



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

## **Relatório de Estágio – Cuidados de Saúde à Família em Contexto de Unidade de Saúde Familiar**

Margarida Marques Gaspar

Leiria, 25 de março de 2024

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

## **Relatório de Estágio – Cuidados de Saúde à Família em Contexto de Unidade de Saúde Familiar**

Valorização da Família pelos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem

Margarida Marques Gaspar, nº 5220062

**Unidade Curricular:** Estágio de Natureza Profissional - Enfermagem de  
Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF, com Relatório Final

**Docente Orientador:** Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> João Frade

**Supervisor Clínico:** Enf<sup>a</sup> Especialista e Mestre Paula Renca

Leiria, 25 de março de 2024

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

**Antoine de Saint-Exupéry**

## AGRADECIMENTOS

Neste espaço deixo o meu especial agradecimento a quem esteve do meu lado neste desafio, pela sua presença e apoio, que não irei esquecer. Porque apesar de ter chegado aqui com muita dedicação e empenho, não poderia fazer esta caminhada sem algumas pessoas significativas. É por isso, com profunda gratidão, o momento de dizer: obrigada!

Ao professor Drº João Frade, pela sua orientação científica e disponibilidade, contributos indispensáveis à consolidação deste trabalho.

À enfermeira Paula Renca, pela excelência da sua orientação e partilha de conhecimentos.

À minha família, a minha fonte de inspiração...

Aos meus Pais, Paulo e Fátima. Pela compreensão e colo nos momentos mais desafiantes.

À minha irmã, Liliana. Pelo amor incomparável, ajuda e atenção.

Aos meus avós. Pelo amor, carinho e preocupação.

Ao António, o meu companheiro de vida e melhor amigo, pelo amor incondicional, presença, compreensão e pelas palavras reconfortantes no momento certo.

Às minhas colegas de curso, pela amizade, apoio e entreaajuda.

A todos os utentes e famílias que tive oportunidade de cuidar, ao longo dos ensinamentos clínicos, e com os quais cresci e desenvolvi competências na área de enfermagem de saúde familiar.

A todos,

Muito obrigada!

## RESUMO

O presente relatório de estágio é apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este é um relatório de cariz crítico-reflexivo às experiências e atividades desenvolvidas no estágio em contexto de unidade de saúde familiar, que decorreu entre 7 de setembro de 2023 e 8 de janeiro de 2024. O seu principal objetivo é o de refletir sobre os cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar desenvolvidos no contexto clínico, tendo como referenciais as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar e ainda o desenvolvimento e apresentação de um trabalho de investigação.

De modo a enquadrar o desenvolvimento de competências, este relatório inicia-se pelo enquadramento aos contextos da prática clínica da enfermagem de saúde familiar, com a caracterização da unidade de saúde familiar Leiria Nascente, o seu compromisso e a caracterização dos utentes por ela abrangidos.

É apresentada a conceptualização teórica da prática especializada em enfermagem de saúde familiar com o enquadramento teórico a esta área do cuidar, abordando o conceito de família e abordagem sistémica à família, enfermagem de saúde familiar e o processo de enfermagem à família, conceitos fundamentais na conceção dos cuidados de enfermagem centrados na unidade familiar.

Dando ênfase à importância da investigação em enfermagem na área de saúde familiar, é apresentado o trabalho de investigação com a temática “Valorização da família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem”. Esta foi eleita em resposta aos desenvolvimentos da profissão de enfermagem, que apontam cada vez mais a importância de reconhecer a família como alvo dos cuidados e um elemento proativo no contexto de cuidar, contribuindo para a promoção, manutenção e recuperação da saúde da família.

Este estudo visa identificar e descrever as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem na integração das famílias nos cuidados de enfermagem e relacionar as suas características sociodemográficas e profissionais com as atitudes que demonstram no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Esta investigação segue o método científico quantitativo, descritivo, correlacional e transversal e aplica-se numa população de enfermeiros e estudantes de enfermagem. Foi aplicada a escala “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros”, validada e adaptada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009). O tratamento de dados foi realizado através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

A amostra do estudo foi constituída por 74 indivíduos, dos quais 39 estudantes de enfermagem e 35 enfermeiros em exercício profissional em contexto de cuidados de saúde primários. A média de importância atribuída à família foi superior nos enfermeiros (*score* total = 84,49) face aos estudantes de enfermagem (*score* total= 80,26), com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p=0,026$ ). Foram ainda encontradas diferenças significativas ( $p= 0,028$ ) na média de importância atribuída à família por enfermeiros (*score* total= 82,41) e enfermeiros especialistas (*score* total= 88,00), com os enfermeiros detentores deste título profissional a revelarem maior importância atribuída à família no cuidar em enfermagem.

**Palavras-chave:** atitude; família; cuidados de enfermagem; enfermagem familiar

## ABSTRACT

The present internship report has been submitted to obtain the master's degree in community health nursing in the area of family health nursing, by the school of health sciences of Leiria. This is a critical-reflective report on the experiences and activities developed during the internship in the context of a family health care unit, which took place between September 7, 2023 and January 8, 2024.

Its main objective is to reflect on the specialized care of family health nursing developed in the clinical context, with reference to the common and specific competencies of the community nursing specialist nurse, in family health nursing, as well as the development and presentation of a research project.

In order to frame the development of competencies, this report begins with an overview of the clinical practice contexts of family health nursing, with a characterization of the health care unit, its commitment, and the characterization of the users it serves.

The theoretical conceptualization of specialized family health nursing practice is presented, with theoretical frameworks in this area of care, including the concept of family and systemic approach to the family, family health nursing, and the nursing process with families, fundamental concepts in the design of nursing care centered on the family unit.

Emphasizing the importance of nursing research in the family health area, the research project on the theme "Valuing the family by nurses and nursing students" is presented. This theme was chosen in response to developments in the nursing profession, which increasingly highlight the importance of recognizing the family as the target of care and as a proactive element in the caregiving context, contributing to the promotion, maintenance, and recovery of family health.

This study aims to identify and describe the attitudes of both nurses and nursing students in integrating families into nursing care and to relate their sociodemographic and professional characteristics to the attitudes they demonstrate in family involvement and participation in the care process.

This is a quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional study in a population of nurses and nursing students. The scale used in this study, validated and adapted for the Portuguese population, is presented in "A importância das famílias nos cuidados de

enfermagem – atitudes dos enfermeiros”, by Oliveira et al. (2009). The data was then processed with the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®).

The study sample consisted of 74 individuals: 39 nursing students and 35 nurses working in primary healthcare. On average, the importance attributed to family members was higher among nurses (total *score* = 84.49) than among nursing students (total *score* = 80.26), the differences between the two groups ( $p=0.026$ ) being statistically significant. Important differences ( $p=0.028$ ) were also found in the importance attributed to the patient’s family members by nurses (total *score*= 82.41) and specialist nurses (total *score*= 88.00), the latter giving greater importance to the family members in health care.

**Keywords:** attitude; family; nursing care; family nursing

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>19</b>
1.1. ENQUADRAMENTO DA USF LEIRIA NASCENTE: ACES PINHAL LITORAL.....	20
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF LEIRIA NASCENTE .....	22
1.2.1. Espaço físico.....	24
1.2.2. Equipamentos e recursos materiais .....	24
1.2.3. Recursos humanos.....	25
1.2.4. Acessibilidade e circuito de utentes .....	26
1.3. COMPROMISSO DA USF LEIRIA NASCENTE.....	27
1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF LEIRIA NASCENTE.....	29
<b>2. CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>32</b>
2.1. FAMÍLIA .....	32
2.2. ABORDAGEM SISTÉMICA À FAMÍLIA .....	33
2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	36
2.3.1. Contributos teóricos e conceptuais para a enfermagem de saúde familiar.....	37
2.3.1.1. Teorias das ciências sociais da família.....	37
2.3.1.2. Teorias das terapias familiares .....	39
2.3.1.3. Teorias de enfermagem .....	41
2.3.2. Processo de enfermagem à família e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família .....	43
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....</b>	<b>46</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	46
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	46
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....	47
3.1.3. Gestão de cuidados .....	48
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	49

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	50
3.2.1. Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital.....	50
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito de enfermagem de saúde familiar .....	56
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>59</b>
4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	59
4.1.1. Problema de investigação .....	59
4.1.2. Objetivos do estudo .....	62
4.1.3. Questões de investigação.....	62
4.1.4. Hipóteses .....	63
4.2. METODOLOGIA .....	64
4.2.1. Tipo de estudo.....	64
4.2.2. População-alvo e Amostra .....	65
4.2.3. Operacionalização das variáveis.....	67
4.2.3.1. Variáveis independentes.....	68
4.2.3.2. Variável dependente .....	69
4.2.4. Instrumento de Colheita de dados .....	70
4.2.4.1. Consistência Interna da escala IFCE-AE .....	74
4.2.5. Procedimentos Éticos e formais .....	75
4.2.6. Procedimentos de tratamento de dados .....	77
4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	80
4.3.1. Caraterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	80
4.3.2. Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem.....	83
4.3.3. Testes de hipóteses.....	85
4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	91
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** - Processo de enfermagem à família segundo o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF)

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Organograma Funcional do ACeS Pinhal Litoral

**Anexo II** - Compromisso de Confidencialidade do Estudante

**Anexo III** - Instrumento de Recolha de dados

**Anexo IV** - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UCISA:E)

**Anexo V** - Parecer do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1:** Localização e área geográfica do ACeS Pinhal Litoral

**Figura 2:** Mapa do Município de Leiria

**Figura 3:** Mapa da União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes

**Figura 4:** Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários da USF Leiria Nascente

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1:** População residente segundo os Censos: região centro, região de Leiria e municípios que integram o ACeS Pinhal Litoral

**Tabela 2:** População residente na área de abrangência do ACeS Pinhal Litoral, segundo os Censos: por grandes grupos etários

**Tabela 3:** Testes de verificação da normalidade do resultado da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem em estudo

**Tabela 4:** Teste de homogeneidade das variâncias do resultado da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem em estudo

**Tabela 5:** Teste de assimetria e curtose dos resultados da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros em estudo

**Tabela 6:** Distribuição da amostra de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem pelas suas características sociodemográficas e profissionais

**Tabela 7:** Distribuição da amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem por dimensões e *score* total da escala IFCE-AE

**Tabela 8:** Relação entre as atitudes enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e a idade

**Tabela 9:** Relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o ano do curso de licenciatura que frequentam

**Tabela 10:** Relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o número de ensinios clínicos realizados

**Tabela 11:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil

**Tabela 12:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade

**Tabela 13:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional

**Tabela 14:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização em Enfermagem

**Tabela 15:** Relação entre as atitudes dos Enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional

**Tabela 16:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em Enfermagem de Família

**Tabela 17:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto do processo formativo em Enfermagem de Família

## ÍNDICE DE QUADROS

**Quadro 1:** Definição operacional das variáveis independentes em estudo – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem

**Quadro 2:** Definição operacional da variável dependente em estudo – Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)”

**Quadro 3:** Escala IFCE-CE: dimensões, itens, indicadores e *scores*

**Quadro 4:** Avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE no estudo de Oliveira et al. (2009) e a comparação com o presente estudo

## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CiTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

FINC-NA - Families’ Importance in Nursing Care-Nurses’ Attitudes

IFCE-AE – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

IFNA – International Family Nursing Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção na Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

A implementação de políticas de saúde com o compromisso de integrar as famílias no contexto dos cuidados têm emergido pela pertinência das famílias nos cuidados de saúde (Frade et al., 2021).

É fundamental olhar a família como unidade, de modo a entender a sua complexidade, reciprocidade, globalidade e multidimensionalidade, numa abordagem que considere quer a sua história quer o seu contexto e que permita uma ampliação do foco de atenção do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012).

A abordagem de enfermagem com foco na família vê esta unidade como o espaço privilegiado de cuidados de saúde aos seus membros e dotada de capacidade de auto-organização (Figueiredo, 2023). De modo que, o conceito de saúde familiar, como refere Figueiredo (2012, p.68) consiste num:

“Processo dinâmico de ajustamento co-evolutivo dos padrões transacionais que num contexto ecossistémico são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes das transições normativas e acidentais. Traduz-se na capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros.”

Neste paradigma emergem os cuidados de enfermagem à família, baseados no estabelecimento de um processo interpessoal, terapêutico e significativo e centrados na interação enfermeiro-família (Figueiredo, 2012).

A inclusão da família como alvo de cuidados de enfermagem, essencialmente ao nível dos cuidados de saúde primários, em Portugal, têm um enquadramento internacional e conceptual nas políticas de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) da região europeia, conforme consta no Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto.

Do reconhecimento da relevância da família no contexto dos cuidados de saúde surgiu a regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, que enfatiza a importância da formação especializada dos enfermeiros para trabalharem com as famílias (Silva et al., 2013).

No desempenho da minha profissão identifiquei a necessidade crescente de aperfeiçoar os meus conhecimentos sobre a família e a prestação de cuidados de enfermagem à família, por compreender em diferentes situações que seria um fator-chave ter a oportunidade de contactar com esta e o quanto faria toda a diferença tê-la como foco dos cuidados. Foi nesse sentido que integrei o curso de mestrado em enfermagem nesta área.

O presente trabalho surge integrado na unidade curricular Estágio III – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)/ Unidade de Saúde Familiar (USF), que integra o 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

O presente relatório procura, de forma crítica e reflexiva, integrar os conhecimentos, competências e momentos reflexivos que surgiram tanto no contacto com a prática clínica quanto no contexto académico. O seu objetivo geral é o de refletir sobre os cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Como objetivos específicos, identificar os resultados esperados/objetivos que foram atingidos, fundamentando como foram importantes para o desenvolvimento de competências e, identificar as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

A investigação em enfermagem de família é um pilar fundamental, pelo seu contributo na mudança de paradigma para colocar a família e a saúde no centro dos cuidados (Figueiredo, 2012). Desta forma, foi proposta a inclusão de um capítulo referente ao desenvolvimento de um trabalho de investigação no presente relatório.

O trabalho de investigação desenvolvido intitula-se “Valorização da família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem”. Trata-se de um estudo numa população de enfermeiros e estudantes de enfermagem, com o intuito de compreender a importância atribuída à família por estes, medida através da escala “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009).

Como objetivos, o presente estudo pretende: conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos estudantes de enfermagem e enfermeiros; conhecer as atitudes dos estudantes de enfermagem e enfermeiros na abordagem à família, para a sua integração no processo de cuidados; analisar as atitudes dos estudantes de enfermagem e enfermeiros, na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados; e, relacionar as

caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos estudantes de enfermagem e enfermeiros com as suas atitudes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

O presente relatório inicia-se com um primeiro capítulo em que é realizado o enquadramento aos contextos da prática clínica na área de enfermagem de saúde familiar. São apresentados dados importantes sobre a USF Leiria Nascente, nomeadamente o seu enquadramento no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Litoral, a sua caracterização, o seu compromisso assistencial e a caracterização dos utentes que a integram, de modo a contextualizar o meu processo de aprendizagem.

De seguida é apresentada uma conceptualização teórica da prática especializada em enfermagem de saúde familiar, importante para enquadrar os principais conceitos e teorias que procurei mobilizar para o contexto da prática clínica. São abordados os conceitos de família, abordagem sistémica à família, enfermagem de saúde familiar e o processo de enfermagem à família, considerando o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família (MCAIF).

O terceiro capítulo apresenta uma fundamentação e reflexão do desenvolvimento de competências especializadas que foi possível pela integração do contexto da prática clínica. Encontra-se dividido pelas competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e visa articular as competências desenvolvidas com as dificuldades sentidas e as estratégias implementadas para as ultrapassar.

O quarto capítulo corresponde à prática especializada baseada na evidência e inclui a componente de investigação deste relatório. Inicia-se por um enquadramento conceptual ao assunto estudado, a metodologia utilizada e apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O presente relatório termina com uma conclusão referente à experiência de ingressar neste curso de mestrado, com relevância para o contacto com a prática clínica, mas também pela pertinência dos conhecimentos teóricos adquiridos e a concretização deste trabalho. Inclui ainda uma reflexão sobre a importância de continuar o caminho de valorização de investigação na área de enfermagem de saúde familiar, e também de conhecer as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família aquando da prestação de cuidados.

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A OMS, no seu documento “Saúde XXI” inclui a família como alvo de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Esta surge como unidade sistémica com funções sociais e o espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Segundo o Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto (p.4070):

“(…) a compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamentos da família permitirá a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades”.

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem-se a base do sistema de saúde sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, priorizadas as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo vital, no contexto das UCSP e USF, no entanto, colocando relevância nas USF (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

As USF foram regulamentadas pela primeira vez em 2006, pelo despacho normativo nº9/2006 (Teixeira, 2016). Posteriormente, com o despacho normativo nº 10/2007 de 26 de janeiro foi regulamentado o lançamento e implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multiprofissional, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma dada população, assegurando a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei Nº 298/2007 de 22 de agosto).

O mesmo Decreto-Lei (p.5588) enuncia as USF como “(…) unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo”.

Estas unidades são caracterizadas pela sua autonomia organizativa, funcional e técnica, bem como precursoras de ganhos em saúde e melhoria na qualidade dos cuidados prestados com melhoria da satisfação dos utentes e profissionais (Decreto-lei Nº 298/2007 de 22 de agosto). São, segundo a mesma fonte, um modelo organizacional leve e flexível que difere das tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical.

Estão previstas três modalidades de USF, sendo estas os modelos A, B e C, que são definidas por uma lista de critérios e metodologia (Decreto-Lei Nº298/2007 de 22 de agosto). Segundo

a Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro, as USF estão direcionadas para um quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Estas modalidades diferenciam-se entre si com base no grau de autonomia, modelo retributivo e modelo de financiamento/estatuto jurídico (Teixeira, 2016).

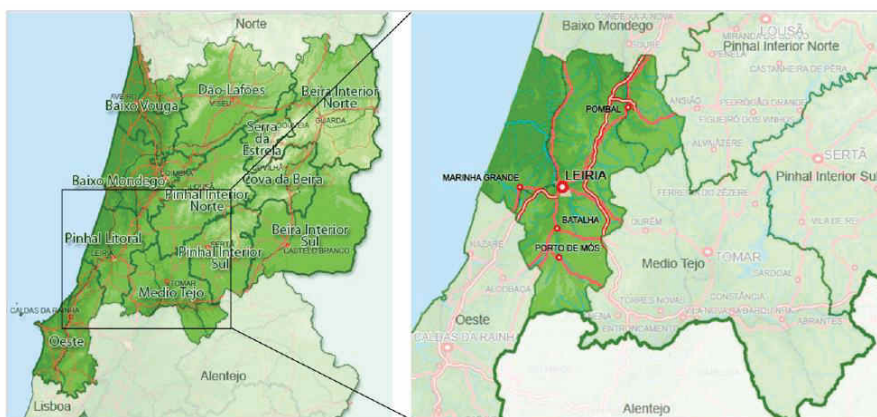
A reforma dos CSP consagra, desta forma, uma estrutura organizativa baseada em unidades funcionais e equipas multiprofissionais, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto). Segundo o mesmo decreto, neste contexto, é possível evidenciar o papel do enfermeiro, como o profissional direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todas as fases da vida e todos os contextos da comunidade.

Após esta breve contextualização do conceito de saúde familiar nos CSP em Portugal, apresento o enquadramento da USF Leiria Nascente no ACeS Pinhal Litoral e caracterizo esta unidade funcional, onde decorreram os meus ensinamentos clínicos.

### 1.1. ENQUADRAMENTO DA USF LEIRIA NASCENTE: ACES PINHAL LITORAL

Os estágios do âmbito da minha formação especializada foram realizados na USF Leiria Nascente, polo de Pousos, unidade que integra o ACeS Pinhal Litoral, que por sua vez se encontra inserido na Administração Regional de Saúde do Centro (ACeS Pinhal Litoral, 2022).

A região do Pinhal Litoral faz parte do centro do país e abrange a área territorial dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós, ocupando uma área territorial de aproximadamente 1743,7 Km<sup>2</sup> (ACeS Pinhal Litoral, 2022). Quanto à sua localização, este situa-se na faixa litoral e no sudoeste da região centro (figura 1).



**Figura 1:** Localização e área geográfica do ACeS Pinhal Litoral

**Fonte:** ACeS Pinhal Litoral, 2022

A população residente na região do Pinhal Litoral para os censos de 2021, correspondente a 257556 habitantes, decresceu relativamente aos censos realizados no ano de 2011, demonstrando uma contração da população (Pordata, 2023a).

Quanto à distribuição dos indivíduos por concelho, aproximadamente metade dos habitantes pertencem ao município de Leiria, sendo Leiria e Marinha Grande os concelhos que apresentaram uma variação positiva da sua população em 2021 relativamente ao ano de 2011, tal como é possível observar na tabela 1 (Pordata, 2023a).

**Tabela 1:** População residente segundo os Censos: região centro, região de Leiria e municípios que integram o ACeS Pinhal Litoral

	População residente segundo os Censos	
	2011	2021
<b>Centro</b>	2327755	2227239
<b>Região de Leiria</b>	294632	286752
<b>Batalha</b>	15805	15557
<b>Leiria</b>	126897	128603
<b>Marinha Grande</b>	38681	39024
<b>Pombal</b>	55217	51170
<b>Porto de Mós</b>	24342	23202
<b>ACeS Pinhal Litoral</b>	260942	257556

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022) consultado através da Pordata (2023a)

Quanto à distribuição dos habitantes pela faixa etária a que pertencem, a região do Pinhal Litoral, apresenta no ano de 2021, uma diminuição dos indivíduos na faixa etária dos 0-14 anos comparativamente ao ano de 2011, e simultaneamente um aumento na proporção de indivíduos com 65 ou mais anos de idade (Pordata, 2023a), sendo o reflexo do envelhecimento da população. Na tabela 2 são apresentados alguns dados sobre a distribuição da população da região do Pinhal Litoral pelas faixas etárias.

**Tabela 2:** População residente na área de abrangência do ACeS Pinhal Litoral, segundo os Censos: por grandes grupos etários

	Faixa Etária					
	0-14 anos		15 – 64 anos		65 ou mais anos	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
<b>Batalha</b>	2470	2193	10374	9786	2961	3578
<b>Leiria</b>	19317	16977	85544	82991	22036	28635
<b>Marinha Grande</b>	5802	5051	25719	24881	7160	9092
<b>Pombal</b>	7728	5945	34319	30398	13170	14827
<b>Porto de Mós</b>	3658	2876	15624	14532	5060	5794
<b>ACeS-Pinhal Litoral</b>	38975	33042	171580	162588	50387	61926

Fonte: INE (2022) consultado através da Pordata (2023a)

Relativamente à população inscrita nas unidades de saúde do ACeS Pinhal Litoral, esta inclui 294164 utentes, dos quais 148039 pertencem ao concelho de Leiria, segundo dados de junho de 2022 (ACeS Pinhal Litoral, 2022).

A principal missão do ACeS Pinhal Litoral consiste na prestação de cuidados de saúde primários à população da área geodemográfica do Pinhal Litoral (ACeS Pinhal Litoral, 2022). A sua sede encontra-se na cidade de Leiria e é composta pelos centros de saúde e respetivas extensões de saúde dos concelhos que abrange, estando desta forma descentralizado em várias unidades funcionais (ACeS Pinhal Litoral, 2022).

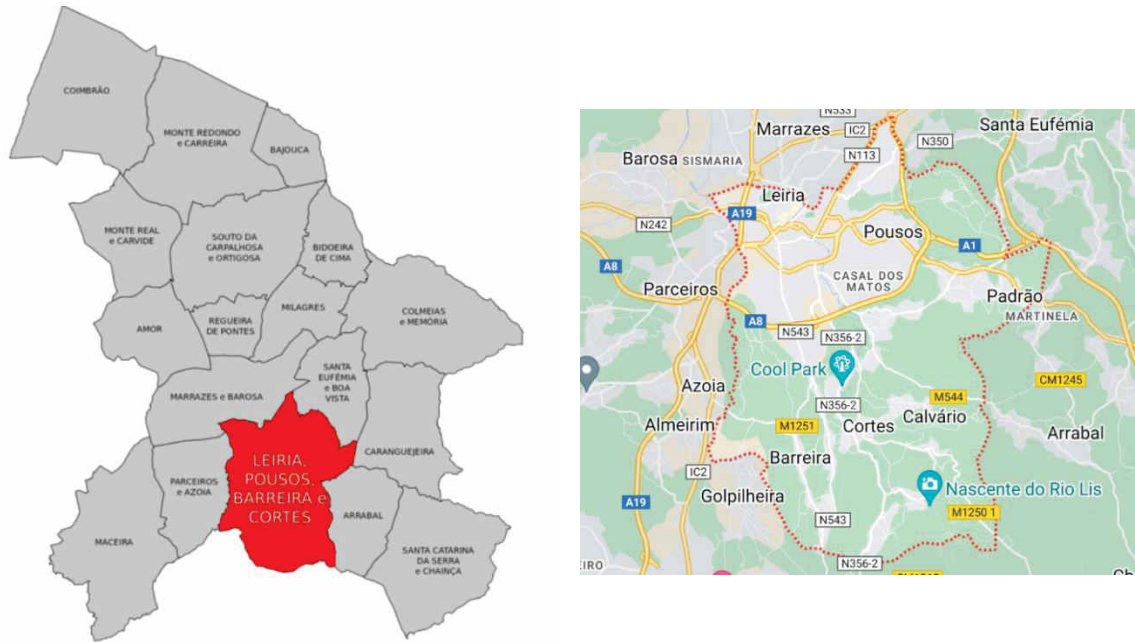
O ACeS Pinhal Litoral engloba diferentes unidades funcionais, entre as quais se destaca uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, uma Unidade de Saúde Pública e seis centros de saúde, que na sua totalidade contemplam catorze USF, nove UCSP e cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (ACeS Pinhal Litoral, 2022).

O centro de saúde Drº Gorjão Henriques é um dos centros de saúde abrangido pelo ACeS Pinhal Litoral, no qual está integrada a USF Leiria Nascente (USF Leiria Nascente, 2022). Este engloba distintas unidades funcionais, num total de quatro USF. Além da USF Leiria Nascente, integra a USF Dº Diniz, USF Cidade do Lis e USF PoLis. Engloba ainda a UCC Drº Gorjão Henriques e três UCSP sendo estas a UCSP A Cidade e as Serras, UCSP Flor do Liz e a UCSP Lapedo, abrangendo as localidades de Leiria, Santa Catarina da Serra, Pousos, Milagres e Colmeias (ACeS Pinhal Litoral, 2022). Em anexo I consta o organograma funcional do ACeS Pinhal Litoral.

## 1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF LEIRIA NASCENTE

A USF Leiria Nascente é, como já referido, uma unidade funcional que integra o Centro de Saúde Drº Gorjão Henriques e iniciou a sua atividade a 1 de julho de 2021 (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2023).

A USF Leiria Nascente está inserida no concelho de Leiria e a sua área de influência inclui as freguesias de Pousos, Barreira e Cortes, que constituem, juntamente com Leiria, uma união de freguesias desde o ano de 2013 (USF Leiria Nascente, 2023).



**Figura 2 e 3:** Mapa do Município de Leiria e da União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes  
**Fonte:** Município de Leiria (2024); União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes (2024)

A união de freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes possui aproximadamente 34647 habitantes, sendo a localidade dos Pousos a que apresenta maior número de habitantes e maior densidade populacional, situando-se a sede da USF Leiria Nascente nesta localidade (USF Leiria Nascente, 2023).

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), a missão da USF Leiria Nascente assenta em “prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade, com base num compromisso de qualidade, confiança e eficiência fomentando ganhos em saúde e satisfação” (SNS, 2023, p.1).

Segundo o BI-CSP (SNS, 2023) consultado a 23 de outubro de 2023, a USF possui um total de 9940 utentes inscritos, aos quais é assegurada a prestação de cuidados de saúde definidos na sua carteira básica de serviços.

Quanto às modalidades previstas para as USF, a USF Leiria Nascente é, atualmente, uma USF do modelo A (USF Leiria Nascente, 2023), estando, no entanto, em fase de transição em breve para o modelo B.

Segundo o Despacho nº24 101/2007 de 22 de outubro (p. 30419), o modelo A é o modelo inicial pelo qual todas as USF passam previamente, uma vez que são “(...) uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar”.

Segundo o mesmo despacho (p. 30419), o modelo B corresponderá a:

“(...) equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização do desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF”.

Nos subcapítulos seguintes consta uma breve caracterização do polo dos Pousos da USF Leiria Nascente, local que foi o meu contexto de estágio.

---

### **1.2.1. ESPAÇO FÍSICO**

O polo dos Pousos da USF Leiria Nascente localiza-se na Rua Virgílio Monteiro, nº 2 e está inserido num edifício de três pisos ao qual pertencem a junta de freguesia e o posto de correios (USF Leiria Nascente, 2023).

O espaço físico é de construção recente e acessível, localizando-se ao nível do rés-do-chão esquerdo. A unidade têm uma porta direta de acesso ao exterior. À entrada da unidade localiza-se a sala de espera, o balcão administrativo e é possível aceder à zona das casas de banho dos utentes e dos profissionais e ao fraldário, incluindo estruturas acessíveis para os utentes com mobilidade reduzida.

A unidade é ainda composta por três gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos e uma zona restrita aos profissionais de saúde, com acesso ao vestiário e à copa (USF Leiria Nascente, 2021). Estas áreas são acessíveis a partir da sala de espera.

A unidade não contempla sala de esterilização, desta forma, o material por esterilizar é acondicionado e enviado para a sede do centro de saúde Drº Gorjão Henriques.

Esta unidade não possui sala de reuniões, o que poderia ser positivo para a equipa, uma vez que poderia ser um espaço destinado à realização de sessões de educação para a saúde a grupos de utentes e famílias, bem como um espaço destinado à formação entre profissionais. Esta é uma dificuldade colmatada pela articulação entre os polos e respetivas equipas, bem como pela cedência, por parte da junta de freguesia, de uma sala de reuniões no mesmo edifício.

---

### **1.2.2. EQUIPAMENTOS E RECURSOS MATERIAIS**

Os gabinetes e a sala de tratamentos encontram-se equipados com material de escritório, tal como secretária, cadeiras, computador, telefone, armários, bem como material clínico. Na sala

de espera encontra-se uma impressora e fotocopiadora, disponível através de todos os computadores (USF Leiria Nascente, 2021).

Os gabinetes de enfermagem possuem equipamentos de refrigeração para o acondicionamento de vacinas, bem como balança de adulto e pediátrica e demais material clínico para a avaliação de enfermagem (USF Leiria Nascente, 2021). De salientar que ambos os gabinetes de enfermagem estão direcionados para a realização de consultas de saúde infantojuvenil, nomeadamente possuem marquesa pediátrica, craveira pediátrica e material direcionado à vigilância da saúde das crianças e jovens (USF Leiria Nascente, 2021).

A sala de tratamentos está também equipada com uma marquesa, bancada de trabalho e armários para acondicionamento de todo o material clínico, nomeadamente o malote de enfermagem para acondicionar o material necessário ao enfermeiro aquando da prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio.

Pelo facto de existirem apenas dois gabinetes de enfermagem e a equipa ser constituída por três enfermeiras, e enquanto elemento integrado na equipa multidisciplinar, considero que essa característica implica o planeamento prévio das consultas de enfermagem a realizar por cada enfermeira. Esta condição requer, a título de exemplo, que no mesmo dia, as três enfermeiras da equipa multidisciplinar tenham de articular o horário de atendimento dos utentes e famílias de forma a evitar a sua sobreposição e indisponibilidade do gabinete ou da sala de tratamentos. Apesar de esta ser uma condicionante importante, considero que a equipa de enfermagem consegue colmatá-la pela sua articulação e entreajuda.

Este polo não possui carro de emergência, uma vez que existe apenas um e se encontra no polo das Cortes. Foi desenvolvido ao longo do estágio um protocolo interno para implementação de uma “Caixa de Emergência” de forma a colmatar esta situação, o que considero ser um fator positivo, na medida em que potencia e facilita a resposta da equipa em situações de urgência.

---

### **1.2.3. RECURSOS HUMANOS**

A equipa de saúde que compõe o polo dos Pousos da USF Leiria Nascente é constituída por uma equipa multidisciplinar de três assistentes de medicina geral e familiar, três enfermeiras e três assistentes técnicas (USF Leiria Nascente, 2023). O terceiro elemento assistente de medicina geral e familiar aposentou-se no ano de 2023, no entanto prolongou o exercício das

suas funções durante alguns meses, tendo sido substituído recentemente, e estando atualmente a equipa novamente preenchida.

Na sua totalidade, a equipa multidisciplinar perfaz três equipas de saúde familiar, com um elemento de cada grupo profissional, sendo que a cada uma destas equipas corresponde um ficheiro de utentes (USF Leiria Nascente, 2023).

Este método de organização dos cuidados assegura que, sempre que possível, a cada família corresponderá o seu enfermeiro de família. Como refere Figueiredo (2009), neste contexto o enfermeiro presta cuidados de enfermagem a uma comunidade específica, proporcionando à família e ao indivíduo uma resposta acessível, humana e personalizada, de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar, considero que desta forma é possível intervir junto das famílias com maior proximidade e personalizando os cuidados, promovendo a sua continuidade.

O ficheiro de utentes atribuído à minha enfermeira orientadora era partilhado com a médica que terminou as suas funções por aposentação, no entanto, a mesma médica continuou a assegurar o seu ficheiro de utentes até à sua substituição, que aconteceu no mês de setembro de 2023. Considero que esta alteração não prejudicou o meu processo de aprendizagem, uma vez que foi sempre assegurada a continuidade de cuidados a todas as famílias. No entanto, foi importante ter alguma flexibilidade e adaptação por parte de toda a equipa, no sentido de partilhar métodos de trabalho e partilhar experiências de modo à própria equipa se reencontrar.

---

#### **1.2.4. ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DE UTENTES**

A acessibilidade dos utentes e famílias aos cuidados de saúde primários é uma questão importante, uma vez que “(...) o acesso aos cuidados de saúde deve manifestar a qualidade, disponibilidade, segurança, necessidade e relevância, no tempo e local apropriado dos cuidados” (Ramalho, 2021, p.1). Quanto melhor for a adequação entre as necessidades de saúde e a resposta dos serviços, maiores são os ganhos em saúde (Ramalho, 2021).

Quanto á acessibilidade á unidade, o acesso físico é facilitado pela sua construção, uma vez que se situa ao nível do rés-do-chão e as infraestruturas estão preparadas para a frequência de utentes com dificuldade na mobilidade. Todos os espaços da unidade são acessíveis e próximos.

Relativamente ao seu horário de funcionamento, este polo encontra-se em funcionamento de segunda a sexta-feira. Às segundas e quartas-feiras das 8-17h e às terças, quintas e sextas-feiras das 8h30 às 20h, sendo que existe garantia de que um dos polos da USF estará em funcionamento das 8h às 20h todos os dias úteis (USF Leiria Nascente, 2023).

A USF procura garantir resposta em situação de doença aguda no próprio dia, desde que dentro do seu período de funcionamento, bem como dar resposta, por meio de agendamento, às consultas que fazem parte da sua carteira de serviços: consulta de saúde de adultos, consulta de diabetes, consulta de hipertensão arterial, consulta de saúde infantil e juvenil, consulta de planeamento familiar/rastreio oncológico e consulta de saúde materna (USF Leiria Nascente, 2023).

O agendamento de consulta é o primeiro passo para o acesso aos cuidados de saúde prestados pela USF. Este pode ser realizado de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira de forma presencial, via telefónica, por e-mail ou através da área do cidadão no portal da saúde (USF Leiria Nascente, 2023).

O facto de existirem diferentes meios de marcação torna a unidade mais acessível e próxima das famílias, fator determinante na atualidade em que o acesso das famílias e utentes aos cuidados de saúde primários é, em muitos contextos, muito difícil.

Neste sentido, a reestruturação do modelo de organização de cuidados de saúde e a criação das USF apresenta-se, como referido no Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto (p.4070) “(...) orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde”. Compreendi que em muitas situações o contacto de enfermagem por via telefónica ou e-mail permitiram uma resposta mais célere a dúvidas/questões e encaminhamento adequado, sem a presença física na unidade e assim, uma maior proximidade entre o enfermeiro e as famílias.

### 1.3.COMPROMISSO DA USF LEIRIA NASCENTE

A USF Leiria Nascente desenvolve anualmente o plano de ação da unidade funcional, no qual apresenta os indicadores a que se propõe para esse mesmo ano, permitindo os mesmos a análise do trabalho desenvolvido (USF Leiria Nascente, 2022).

No ano de 2022 foram definidos oitenta indicadores na área do desempenho assistencial, nas subáreas: acesso, gestão da doença, gestão da saúde e qualificação da prescrição (USF Leiria Nascente, 2022). De salientar o balanço positivo feito pela equipa neste período, com um

valor de índice de desempenho global de 76,9, valor superior ao definido pela equipa e que espelha o empenho dos seus profissionais (USF Leiria Nascente, 2022).

Os indicadores definidos incluem a monitorização do desempenho das diferentes classes profissionais e da equipa na sua totalidade. De salientar alguns dos indicadores, sensíveis aos cuidados prestados pelo enfermeiro de família: proporção das consultas realizadas pelo enfermeiro de família; proporção de utentes com diabetes *mellitus* com consulta de vigilância de enfermagem no último ano; proporção de jovens com 14 anos com programa nacional de vacinação cumprido ou em execução; taxa de utilização da consulta de enfermagem a três anos; taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos idosos; índice de utilização anual das consultas de enfermagem e proporção das consultas de enfermagem realizadas no dia do agendamento (USF Leiria Nascente, 2022).

Os resultados obtidos pela equipa nestes indicadores obtiveram *score* máximo em todos à exceção da taxa de utilização da consulta de enfermagem a três anos e da taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos idosos (USF Leiria Nascente, 2022).

Quanto ao primeiro, este pode ser explicado pelo facto de, à data, a USF contar apenas com um ano e meio desde a sua abertura, estando ainda assim empenhada na implementação de medidas de melhoria destes, onde incluem a importância da convocação de utentes não frequentadores, com realização de consultas oportunistas e convocação de utentes para atualização do programa nacional de vacinação (USF Leiria Nascente, 2022).

Quanto ao segundo, a USF propõe a realização de visita domiciliária conjunta médica e de enfermagem e o agendamento trimestral das vigilâncias de enfermagem dos utentes dependentes ou não dependentes, mas com idade superior a 65 anos, mediante a avaliação das necessidades (USF Leiria Nascente, 2022).

A USF Leiria Nascente pretende assim continuar um percurso de melhoria e mantém compromissos relativos à prestação de cuidados da carteira básica de serviços, ao desenvolvimento profissional e à cooperação interdisciplinar dos profissionais, com vista ao melhor interesse dos utentes e da sua saúde (USF Leiria Nascente, 2021).

Considero que, futuramente, seria importante os relatórios realizados pela USF abordarem também os diagnósticos de enfermagem e dados sobre o processo de enfermagem às famílias da USF. Desta forma, seria possível refletir sobre a saúde das famílias e melhor direcionar os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

Este olhar e mensuração da saúde familiar da população da USF seria essencial ao enfermeiro especialista, uma vez que, como refere Figueiredo (2012) é essencial ao enfermeiro de família reconhecer a unidade familiar como alvo dos seus cuidados de forma a assumirem um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família.

### 1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF LEIRIA NASCENTE

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19357), o enfermeiro de família “(...) estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”.

O enfermeiro especialista em saúde familiar é o profissional que promove uma prática de enfermagem fundamentada em pressupostos sistémicos potencializadores da utilização integral do potencial do enfermeiro de família (Figueiredo, 2012). É por isso importante conhecer a população e a sua caracterização sociodemográfica e epidemiológica de modo a implementar intervenções de enfermagem específicas do enfermeiro especialista nesta área.

A USF Leiria Nascente assegura a prestação de cuidados de saúde primários a um total de 9940 utentes inscritos nesta unidade funcional, tal como é possível observar na figura 4, que representa o BI-CSP da USF Leiria Nascente (SNS, 2023).

Figura 4: BI-CSP da USF Leiria Nascente



Fonte: SNS (2023)

Na figura 4 é possível constatar que todos os utentes inscritos na USF Leiria Nascente possuem médico de família, à exceção de apenas um indivíduo que se encontra sem médico por opção (SNS, 2023).

A pirâmide etária dos utentes inscritos apresenta a base estreita e um centro e topo alargados, refletindo uma população envelhecida, com uma reduzida renovação de gerações. Dos utentes inscritos, 2278 (cerca de 22,9%) possuem 65 ou mais anos de idade, sendo este um valor superior ao número de crianças e jovens até aos 19 anos de idade, num total de 1805, representando aproximadamente 18,2% dos utentes inscritos (SNS, 2023).

O número de mulheres inscritas é ligeiramente superior ao número de homens, representando as mulheres aproximadamente 51,5% e os homens 48,5% dos utentes inscritos (SNS, 2023). Da totalidade das mulheres inscritas, 2112 mulheres encontram-se em idade fértil, valor que representa 41,3% do total de mulheres.

A faixa etária predominante é a correspondente aos 40-44anos de idade, com um total de 773 utentes, seguida da faixa etária dos 50-54 anos que engloba 762 utentes (SNS, 2023).

Segundo a análise do BI-CSP (SNS, 2023) o índice de dependência dos idosos corresponde a 36,16%, sendo representativo de um elevado número de idosos por pessoas em idade ativa. O índice de dependência dos jovens é de 21,62%, concretizando um índice de dependência total de 57,78% (SNS, 2023).

Estão inscritas na USF 82 crianças com até um ano de idade e 673 até aos seis anos de idade (SNS, 2023).

Relativamente ao perfil de saúde da população, segundo o ACeS Pinhal Litoral (2019) no seu plano local de saúde, os diagnósticos médicos mais frequentes nesta população foram a alteração no metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial e as perturbações depressivas.

De forma a melhor caracterizar a população do ponto de vista da saúde familiar, considerei importante consultar dados adicionais relativos às famílias. Neste sentido, considero que os mesmos devem ser sucessivamente mais mensurados e valorizados, na medida que espelham também a saúde da família da população abrangida e evidenciam a importância e a pertinência da intervenção do enfermeiro de família.

Não foi possível obter dados relativos apenas aos utentes da USF Leiria Nascente. Os dados encontrados sobre as famílias encontram-se nas unidades mais próximas possível, ou seja,

preferencialmente referentes ao município de Leiria, no entanto, outros referentes à região centro, estando apenas estes disponíveis.

Segundo os dados dos Censos a dimensão média das famílias do município de Leiria tem vindo a decrescer nos últimos anos. Em 2021 a dimensão média das famílias foi de 2,5 indivíduos por família, valor inferior ao do ano de 2011 (2,6 indivíduos por família), e muito dispar quando comparado ao ano de 1960, em que as famílias possuíam em média quatro elementos nesta região (Pordata, 2023b)

As famílias com um indivíduo tem ocupado também uma maior proporção do total de famílias do município de Leiria, sendo o reflexo do envelhecimento da população. No ano de 1960 estas correspondiam a 2239 famílias e este valor no ano de 2021 multiplicou-se num valor cinco vezes superior (Pordata, 2023c).

O número de casais sem filhos tem vindo a representar mais famílias da região centro, constituindo 189,7 mil famílias no ano de 2021, valor consideravelmente diferente do obtido no ano de 1992, que foi de 137,7 mil casais sem filhos (Pordata, 2023d).

O número de núcleos familiares monoparentais aumentou também consideravelmente. No ano de 1992 estas famílias constituíam 33 milhares, 84 milhares no ano de 2011 e no ano de 2021 este valor situava-se nos 95,7 milhares de agregados familiares, correspondente a aproximadamente 11,4% do total de agregados familiares (Pordata, 2023d).

Desta forma, as transformações na sociedade portuguesa implicam importantes mudanças na estrutura e organização familiar, que associadas a alterações sociodemográficas introduzem novas necessidades em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste contexto, emerge a necessidade de direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, sendo o enfermeiro de família o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida aos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

## 2. CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

“O conhecimento empírico traduz o campo de experimentação e, por sua vez, as teorias como explicação do mundo empírico e referência para as práticas de cuidados com as famílias” (Figueiredo, 2023, p. 19)

### 2.1. FAMÍLIA

Os conceitos de família têm vindo a modificar-se em função da evolução da sua estrutura e função, alicerçada a importantes transformações políticas e sociais que condicionaram estas alterações (Fernandes, 2014).

No sentido jurídico, conforme referido no artigo 1576º do Código Civil Português, a família é composta pelas pessoas que se encontram ligadas pelo casamento, parentesco, afinidade ou adoção (Decreto-Lei nº 47344, de 25 de novembro 1966).

Numa perspetiva distinta, Hanson (2005) refere que o conceito de família abrange realidades bastante diferentes para cada indivíduo ou grupo, cujo significado tem evoluído ao longo do tempo. Estas realidades têm, no entanto, em comum uma perspetiva de ascendência, descendência, semelhança, de proximidade de estrutura e cruzamento, o qual cria novos laços, a “minha família”, os “meus”, “a tua”, “os teus” (Fernandes, 2014). É desta forma que acresce à definição de família as ligações afetivas, não dependente de laços sanguíneos (Relvas, 2006).

A enfermagem como ciência, ao longo da sua história, sempre evidenciou a preocupação de “pensar a família” e tem acompanhado as mudanças ocorridas no seu conceito (Fernandes, 2014). Um dos primeiros organismos oficiais da enfermagem de família definiu a família como “(...) um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária”, que se caracteriza pelo “(...) compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos” (Hanson, 2005, p.6 citando Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, 1985).

A família é então uma unidade constituída por “(...) dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-

definidos” (Hanson, 2005, p.6 citando Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, 1985).

A OMS, em 1994, reforça que o conceito de família deve considerar os grupos cujas ligações se baseiem na confiança, suporte mútuo e um destino comum, não podendo ser limitada aos laços de sangue, casamento, parceria sexual e adoção, uma vez que, “Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos” e ““(…) importa pensar que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas, dependendo tanto da história individual como familiar, dos vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso, entre outros aspetos” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.1).

A família é, simultaneamente, o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse percurso possamos encontrar e ter mais do que uma família (Alarcão, 2002). Ela é o contexto em que a pessoa cresce e se desenvolve física, psicológica e socialmente e adquire crenças e valores para a vida (Martins et al., 2012).

A família constitui assim uma unidade complexa e o contexto natural para crescer sendo uma teia, sobretudo, de laços afetivos (Relvas, 2000). Numa perspetiva sistémica, é um sistema vivo e aberto, composto por vários elementos que estabelecem laços entre si, no qual o todo é mais do que a soma das suas partes e onde os seus elementos estabelecem entre eles um sentimento de pertença (Relvas & Alarcão, 2002).

Este pensamento e visão da família evidencia a abrangência do conceito de família, que é reforçado por Wright & Leahey (2009, p.48) que salientam a importância pelo respeito das ideias relativas aos relacionamentos significativos das famílias, uma vez que ““(…) a família é quem os seus membros dizem que são”.

As diferentes definições mencionadas desvendam assim uma complexidade que é fundamental salientar, de modo a conhecer e atuar com base na evidência científica.

## 2.2.ABORDAGEM SISTÉMICA À FAMÍLIA

De entre as definições de família salienta-se a importância de a considerar como um todo e a emergência dos seus elementos que a tornam uma e única (Alarcão, 2002). Um olhar sistémico sobre a família implica ter uma visão global sobre a sua estrutura e sobre o seu desenvolvimento (Alarcão, 2002).

A família pode ser considerada como um sistema, por possuir propriedades específicas como qualquer outro sistema, entre estas (Alarcão, 2002, p.40):

“(…) é composta por objetos e respetivos atributos e relações; contém subsistemas e é contida por diversos outros sistemas, ou supra-sistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada; e, possuem limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio”.

A família é assim, mais do que a soma dos seus elementos, devido à sua riqueza e complexidade relacional (Jackson, 1965; Gameiro, 1992 citados por Alarcão, 2002).

Segundo Sampaio e Gameiro (1985) citados por Alarcão (2002, p.39), a família é:

“um sistema, um conjunto de elementos ligados, por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

Segundo Relvas (2000) a estrutura da família é avaliada pela forma como os seus subsistemas se organizam, ou seja, o tipo de relações que se estabelecem entre eles, no interior de cada um e como se organizam os seus elementos e respetivas funções e papéis.

O sistema familiar é, então, organizado em subsistemas, estes considerados como unidades sistémico-relacionais, podendo distinguir-se os subsistemas individual, conjugal, parental e fraternal (Alarcão, 2002).

O subsistema individual é constituído por um indivíduo, com o seu estatuto e funções familiares bem como funções e papéis noutros sistemas, com o seu desenvolvimento e forma de estar distintas em cada um dos contextos (Alarcão, 2002).

O subsistema conjugal é composto pelo casal, sendo que ambos os elementos devem complementar-se e adaptar-se reciprocamente, de forma a assegurar a simetria que lhes permita simultaneamente manter a sua individualidade. Constitui uma plataforma de suporte para o casal lidar com o *stress* intra e extra-familiar e visa estabelecer limites que protejam o casal da intrusão de outros elementos. É também o subsistema que serve de modelo relacional para os filhos no estabelecimento de futuras relações de intimidade (Alarcão, 2002).

O subsistema parental pode variar na sua composição, mas é, habitualmente, constituído pelos mesmos elementos do subsistema conjugal, no entanto neste possuem funções executivas, de educação e proteção das gerações mais novas (Alarcão, 2002). É na interação entre pais-filhos

a partir deste subsistema que as crianças adquirem competências na gestão de relações verticais e apreendem o sentido de autoridade (Alarcão, 2002).

O subsistema fraternal é composto pelos irmãos constitui-se como fundamental na socialização e experimentação de papéis face ao mundo extrafamiliar, uma vez que permite o desenvolvimento de capacidades relacionais com o grupo de iguais (Alarcão, 2002).

Como refere Alarcão (2002), cada um dos subsistemas tem diferentes funções, podem incluir indivíduos de diferentes subsistemas e a estrutura familiar pode variar, de forma adaptativa ao longo do ciclo de vida da família.

Entre os subsistemas bem como entre a família e o meio existem limites, os quais regulam a passagem de informação, sendo regras que definem quem participa no subsistema e como o faz visando proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros (Alarcão, 2002). Jackson (1981) citado por Alarcão (2002) refere que estas regras que regem o sistema familiar determinam que os seus membros se comportem entre eles de forma repetitiva e organizada, constituindo um princípio diretor da vida familiar.

Os limites definidos podem ser claros, se delimitam o espaço e funções de cada membro ou subsistema, mas permitindo troca de influências entre os mesmos; difusos, se demasiado permeáveis que ameaça a diferenciação dos subsistemas ou rígidos, que dificultam a comunicação e compreensão recíproca (Minuchin, 1979 citado por Alarcão, 2002).

As funções da família, enquanto sistema familiar, podem ser classificadas como função interna, do dever da proteção e autonomia dos diferentes elementos da família, mantendo o sentimento de pertença familiar; e como função externa, pela transmissão da cultura dominante e integração social e cultural (Alarcão, 2002)

A recolha destes dados do sistema familiar, como os subsistemas existentes, as suas funções e limites, da hierarquia e poder e das alianças e coligações, permitem avaliar a estrutura do sistema familiar através das suas interações (Alarcão, 2002).

A abordagem à família como um sistema coloca a família como alvo dos cuidados de enfermagem e esta é vista como um sistema interativo (Hanson, 2005). Neste sentido, o foco dos cuidados de enfermagem é simultaneamente o indivíduo e a família, com ênfase nas interações familiares (Hanson, 2005).

### 2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem de Família é considerada uma área da enfermagem com um corpo específico de conhecimentos e que se têm desenvolvido pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar e na investigação pela alteração de paradigma, colocando a família como objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

Os cuidados de enfermagem evidenciaram desde cedo a preocupação em incluir a família como foco de atenção, tendo o seu início desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2012). A investigação na área da enfermagem de família, contudo, desenvolveu-se a partir dos anos 90, revelando um interesse crescente, a nível teórico e clínico, relativamente à família enquanto alvo de intervenção (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, tem crescido o interesse dos enfermeiros nos estudos sobre a família e a sua inclusão como unidade de cuidados. Estes têm elevado a família para uma matriz mais sistémica, holística e globalizante e em que esta é vista como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio (Figueiredo, 2012).

Para poder conceptualizar a enfermagem de saúde familiar, é importante começar por abordar o conceito de saúde familiar. Para Hanson (2005, p.7) a saúde familiar é “um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar”. É nesta perspetiva que se considera a influência da saúde de um indivíduo na função de toda a família e, por sua vez, que a função da família afeta a saúde de cada indivíduo (Hanson, 2005).

A saúde da família é assim mais do que apenas a saúde de cada um dos seus elementos, e a unidade familiar é considerada “(...) um ecossistema próprio e o centro de ação do enfermeiro da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.10).

Assim, saúde familiar implica considerar que as relações familiares são cruciais para a saúde da família, e que esta inclui a saúde da família enquanto unidade e a interação da saúde individual com a família em si como também a nível biopsicossocial, espiritual e outros (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Enfermagem de Saúde Familiar pode ser definida, segundo Hanson (2005, p.8) como “(...) processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem”.

Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Familiar devem recorrer aos seus conhecimentos para avaliar e facilitar a saúde da família, tendo em conta a saúde e a interação dinâmica dos diferentes membros da família e enquanto unidade familiar, como a sua interação a nível biopsicossocial (Anderson & Tomlinson, 1992 citados pela International Family Nursing Association (IFNA), 2017).

A identificação colaborativa das necessidades da família e a formulação de diagnósticos de enfermagem constitui-se um elemento organizador do processo de cuidados à família enquanto unidade sistémica, integrando os diagnósticos como problemas, mas enquadrados num sistema detentor de forças e recursos para a sua resolução (Figueiredo, 2012).

Nos subcapítulos seguintes são apresentados os contributos teóricos e conceptuais para a enfermagem de saúde familiar de distintas áreas científicas, de forma a melhor contextualizar a enfermagem de saúde familiar.

---

### **2.3.1. CONTRIBUTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Diversas áreas científicas têm considerado a família como objeto de especial atenção nos últimos tempos (Fernandes, 2014).

As estruturas conceptuais ou teóricas e as abordagens que forneceram os fundamentos para a enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três áreas científicas: teorias das ciências sociais da família, teorias da terapia familiar e modelos e teorias de enfermagem (Hanson, 2005 citando Hanson & Boyd, 1996; Hanson & Kaakinen, 1996; Hanson et al., 1998).

#### **2.3.1.1. Teorias das ciências sociais da família**

As teorias das ciências sociais da família foram desenvolvidas a partir de várias disciplinas das ciências sociais, principalmente da sociologia. Estas proliferaram nos anos 50 e decorreram na segunda metade do século XX, organizando o conhecimento concetual acumulado sobre a família (Hanson, 2005).

O contributo das teorias das ciências sociais possibilita a descrição do funcionamento e dinâmica familiar, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática de enfermagem de família (Figueiredo, 2012). De seguida enumeram-se algumas destas teorias e os seus principais contributos.

A teoria estrutural-funcional conceptualiza a família como um sistema social, com as suas funções, normas e valores interiorizados. Considera que estes são aprendidos sobretudo através da socialização e que a análise familiar passa pelo estudo da relação entre os seus membros, entre os seus membros e o todo e as relações da família com outras grandes instituições sociais (Hanson, 2005).

A teoria geral dos sistemas da autoria de Von Bertalanffy apresenta a definição de sistema e formula princípios sobre o funcionamento de qualquer sistema, independentemente da sua natureza (Alarcão, 2002). Segundo esta, um sistema é composto por um conjunto de elementos interativos, em que cada elemento é distinto do ambiente em que existe. Os sistemas podem ser abertos ou fechados, mediante permitam ou não troca de energia e matéria com o ambiente e dependem de mecanismos de *feedback* positivo e negativo para manter a sua homeostase (Hanson, 2005).

Nesta perspetiva, o sistema familiar está inserido no contexto dos seus suprassistemas e é visto como um todo organizado, em que os seus membros são interdependentes e interativos (Hanson, 2005). Existem fronteiras dentro do sistema familiar que podem ser abertas, fechadas ou aleatórias como também há hierarquias e relações lógicas entre os subsistemas, por exemplo mãe-filho ou família-comunidade (Hanson, 2005). Apesar do sistema familiar ter mecanismos para manter a sua estabilidade, a família está continuamente a modificar-se em resposta ao *stress* e tensões do ambiente externo, aumentando a sua complexidade de modo a assegurar uma maior adaptabilidade, tolerância à mudança e diferenciação (Hanson, 2005). Esta perspetiva do sistema familiar coloca ênfase no todo e não nos indivíduos e defende que as intervenções dos enfermeiros de família devem abordar os subsistemas, processos e funcionamento de toda a família (Hanson, 2005).

A teoria interativa vê a família como um conjunto de elementos interativos e analisa a dinâmica familiar interna, nomeadamente, os processos de comunicação, papéis, tomada de decisões, resolução de problemas e padrões de socialização (Rose, 1962 citado por Hanson, 2005). Esta perspetiva interativa permite ao enfermeiro de saúde familiar avaliar a interação e a comunicação entre os membros da família, o papel da família, a forma como é distribuído o poder, o *coping* da família, os seus padrões de socialização e as relações entre os seus membros. O foco são os processos internos de interação social dentro das famílias, tendo a desvantagem de não considerar o ambiente, história, cultura ou ambiente socioeconómico da família (Hanson, 2005).

A teoria do *stress* derivou do trabalho de investigação de Rueben Hill, em 1949 e observou a forma como diferentes fatores de *stress* eram percebidos pelas famílias e como se adaptavam a este (Hanson, 2005). Esta teoria compreende que a definição da família sobre um acontecimento determina o modo como ela vai lidar com o mesmo e de quão tenso será para ela. O modelo de *stress* familiar de Artinian identificou como especialmente causadores de tensão acontecimentos inesperados ou não planeados e/ou que aconteçam dentro da família (Hanson, 2005). Para os enfermeiros de saúde familiar, esta teoria dá uma perspetiva sobre como avaliar o fator de *stress*, como a família o vê, que recursos têm, o *coping* da família e impacto desse acontecimento no funcionamento familiar (Hanson, 2005).

A teoria do desenvolvimento reporta-se à história processual da família, com ênfase no ciclo vital (Duvall & Miller, 1985 citados por Figueiredo, 2012). O desenvolvimento da família ocorre ao longo de diferentes etapas, marcadas pela entrada e saída de elementos na família, e que incluem tarefas de desenvolvimento a realizar (Hanson, 2005). Desta forma, é uma estrutura que prevê o que a família irá sentir em cada período do ciclo de vida familiar.

Esta teoria permite aos enfermeiros que cuidam as famílias avaliar o estágio de desenvolvimento da família, o grau de cumprimento das tarefas associadas a cada um e os problemas existentes, permitindo antecipar problemas clínicos, identificar pontos fortes da família e os recursos que possui para os ultrapassar (Hanson, 2005). Como desvantagem, salienta-se o facto de existirem hoje muitos tipos e trajetórias de família que não se encaixam dentro da estrutura tradicional de desenvolvimento que vigorava por norma aquando da conceção desta teoria (Hanson 2005).

A teoria da mudança salienta que as famílias precisam de um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade para assegurar a sua continuidade (Wright & Leahey, 2009). A mudança no sistema familiar advém de estímulos internos e externos e ocorre como uma compensação pelas perturbações com o propósito de manter a estabilidade (Hanson, 2005 citando Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1992). O enfermeiro de família, à luz desta teoria deve trabalhar com as famílias no sentido de facilitar a mudança, criando um contexto para que esta seja mais possível (Hanson, 2005).

### 2.3.1.2. Teorias das terapias familiares

Os modelos das terapias familiares são influenciados por teorias da psicologia e da sociologia e descrevem a dinâmica e os padrões familiares encontrados, de certa forma, em todas as

famílias (Hanson, 2005). Segundo o mesmo autor, estes foram desenvolvidos sobretudo para trabalhar com famílias problemáticas e são assim mais concentrados na patologia familiar.

Destacam-se três modelos das terapias familiares, sendo estes: a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa de comunicações (Goldenberg & Goldenberg, 1996 citados por Hanson, 2005). Ambos estes modelos veem a família composta por subsistemas interdependentes e maiores do que as suas partes em que a mudança ocorrida em uma das partes afeta todas as outras partes do todo (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar estrutural foi desenvolvida por Minuchin em 1974 e é orientada para os sistemas, vendo a família como um sistema sociocultural aberto e que é continuamente confrontado com mudanças quer dentro, quer fora da família (Hanson, 2005). Esta teoria foca-se em todo o sistema familiar, subsistemas, fronteiras, padrões de transição e regras secretas (Hanson, 2005). É uma abordagem focada no presente, no problema, orientada para a ação e visa facilitar a reestruturação da família. O papel do enfermeiro é o de avaliar todo o sistema familiar e encorajar/ajudar a família a reestruturar-se e reforçar os seus sucessos (Hanson, 2005 citando Minuchin & Fishman, 1981).

A teoria da terapia dos sistemas familiares foi desenvolvida por Bowen em 1978 e mais tarde por David Freeman, em 1992 (Hanson, 2005). Esta teoria entende a ansiedade como uma parte inevitável e omnipresente na vida sendo a ansiedade crónica a principal responsável por disfunção nos indivíduos e famílias, e a sua resolução só possível através da distinção do «eu» e capacitação dos indivíduos a distinguirem-se emocional e intelectualmente da sua família de origem (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar interativa ou teoria da comunicação foi desenvolvida por Don Jackson, John Weakland, Paul Watzlawick e Virginia Satir no Mental Research Institute em Palo Alto, na Califórnia (Becvar & Becvar, 1996, Goldberg & Goldberg, 1996 citados por Hanson, 2005). Esta teoria vê a família como um sistema de comportamentos interativos, interligados ou um processo comunicacional em que todo o comportamento tem um valor de comunicação e baseia-se nas regras fundamentais da comunicação desenvolvidas por Watzlawick, Beavin e Jackson, em 1967 (Hanson, 2005). É denominada de interativa por se basear na dinâmica de intercâmbio entre os indivíduos e defende que os problemas emocionais estão relacionados com a forma como as pessoas interagem umas com as outras dentro do contexto familiar, sendo esta avaliação importante para o enfermeiro de família (Hanson, 2005).

### 2.3.1.3. Teorias de enfermagem

Os enfermeiros desde sempre reconheceram a importância da família nos cuidados de saúde (Bell et al., 1990).

Apesar da enfermagem à família não estar evidente nos enunciados da maioria das teorias até então e a maioria colocar o seu foco no indivíduo e não na família (Hanson & Kaakinen, 2005), as teorias e modelos de enfermagem foram incorporando conceitos importantes para a prática de enfermagem à família (KaaKinen & Hanson, 2015).

Mais tarde, emergiram modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, pela necessidade de colocar a família como alvo e contexto dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Com o intuito de melhor compreender a enfermagem de família, de seguida apresenta-se uma breve abordagem a diferentes teorias que contribuíram para a expansão da prática de cuidados de enfermagem dirigida à família e a sua afirmação conceptual.

Hanson (2005) destaca algumas teorias mais aplicáveis à prática de enfermagem com as famílias, incluindo estas:

A teoria dos seres humanos unitários, de Martha Rogers (1970), é baseada na teoria geral dos sistemas e abordou primeiramente o indivíduo, como um campo de energia multidimensional unitária empenhado num processo contínuo mútuo com o ambiente (Hanson, 2005). Em 1981, Fawcett alargou a teoria de Rogers, aplicando-a à família e aborda-a como um campo de energia constante e um sistema aberto em constante mudança nas suas interações com o ambiente, e que se desloca por estádios de desenvolvimento de um modo sequencial e unidirecional (Hanson, 2005).

A teoria do défice de autocuidado, de Dorothea Orem (1971) vê a família como o meio em que o indivíduo aprende a cultura, os papéis e responsabilidades e no papel que os membros da família desempenham na ajuda a um dos seus elementos para conseguir cuidar de si próprio, vendo a família em primeiro lugar como o apoio do indivíduo e não como cliente ou recetor de cuidados (Hanson, 2005). Mais tarde, em 1985, esta autora sugeriu que os indivíduos, quer individualmente quer como integrados na família recebessem cuidados de saúde (Hanson, 2005). Esta teoria foi alargada por Gray, em 1996, para incluir as famílias e conceptualiza de que forma a teoria pode ser aplicada à enfermagem de família. A adaptação deste modelo à família foca-se nas competências dos indivíduos e família para desenvolverem

comportamentos no sentido do seu desenvolvimento adequado, enquanto sistema, individual ou familiar (Figueiredo, 2012).

O modelo de adaptação, de Callista Roy (1976), vê o indivíduo como um sistema adaptativo, que responde em função de estímulos ambientais e a família como o contexto para o desenvolvimento e adaptação individual (Hanson, 2005). Em 1981, Roy e Roberts redefiniram esta visão e descreveram a família como “(...) um sistema adaptativo que, tal como o individuo, recebe informação, tem controlo interno, processos de *feedback* e produção” (Hanson, 2005, p.55 citando Whall e Fawcett, 1991). Este modelo procura compreender de que forma é que as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2015). Mais tarde, em 1983, McCubbin e Figley sugeriram alargar este modelo de adaptação de forma a incluir padrões de *coping* familiar ineficazes, responsáveis por problemas de funcionamento dentro da família (Hanson, 2005).

A teoria de consecução do objetivo, de Imogene King (1981) apresenta uma estrutura conceptual de sistemas abertos, têm como conceito principal os seres humanos como sistemas em interação com o meio e centra-se na interdependência dos sistemas, englobando o conceito de interação enfermeiro-paciente e em que ambos trabalham pela concretização de metas definidas e cujas perceções se influenciam mutuamente (Figueiredo, 2012).

O modelo de sistemas, de Betty Neuman (1982) é cimentado na teoria geral dos sistemas e centra-se no *stress* e na reação do sistema em relação a este, visando a diminuição dos seus efeitos na saúde (Figueiredo, 2012). Segundo Figueiredo (2012, p.14) citando George (2000), “(...) a pessoa é definida como um sistema total, multidimensional e dinâmico, que “*responde aos stressores do ambiente*””.

A teoria da estrutura da organização sistémica, de Marie-Louise Friedemann, foi contruída com base na visão da família como cliente e um sistema social com as suas funções próprias (Hanson, 2005). Considera como elementos centrais a estabilidade, o crescimento, o controlo e a espiritualidade familiares. Desta forma, a família proporciona segurança aos seus membros, à medida que vão aprendendo valores do grupo, normas e comportamentos aceitáveis e à medida que os seus membros crescem, também a família cresce e interage com outros sistemas (Hanson, 2005). Segundo esta perspetiva, os enfermeiros devem ter em conta as características particulares de cada família e a diversidade familiar (Friedemann, 1998; Duhamel, 1995 citados por Figueiredo, 2009).

No capítulo do “Desenvolvimento das Competências Especializadas” abordo ainda a teoria das transições de Af Af Meleis, teoria na qual procurei basear a minha prática aquando da prestação de cuidados, onde fundamento a minha escolha por esta teoria em particular. Refiro ainda importantes instrumentos de avaliação familiar que foram utilizados durante a prestação de cuidados e aos quais recorri para dar sentido à minha prática de cuidados. No subcapítulo seguinte abordo o MCAIF, destacando assim o modelo que elegi na intervenção com as famílias a quem prestei cuidados.

---

### **2.3.2. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA E O MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA**

O processo de cuidados de enfermagem à família deve ser centrado na promoção da autonomia e capacitação do sistema familiar e, é por isso essencial que os enfermeiros desenvolvam competências para o cuidar à família enquanto unidade, numa perspetiva sistémica da família (Figueiredo, 2009).

O processo de enfermagem é indicado nos cuidados de enfermagem centrados na família (Friedman & Levac, 1998 citadas por Figueiredo, 2009). Este possibilita desenvolver um plano de cuidados constituído por distintas etapas, sendo estas: avaliação, recolha e análise de dados da família, planeamento e implementação de cuidados e avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem à família (Hanson, 2005).

O processo de enfermagem à família integra, desta forma, a avaliação e intervenção familiar, a qual requer uma estrutura conceptual que permita a conceção dos cuidados, orientados para a colheita de dados e planeamento de intervenções (Figueiredo, 2012).

Este pensamento é reforçado pela Ordem dos Enfermeiros (2023a) que refere que a prática da enfermagem de saúde familiar utiliza a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, diagnósticos, intervenções e os cuidados centrados na família. Nesse sentido emerge a necessidade de recorrer a um modelo de enfermagem que reconheça “(...) a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (Ordem dos Enfermeiros, 2023a, p.1)”.

No mesmo documento, a Ordem dos Enfermeiros (2023a) elege o MCAIF como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) baseia-se no fundamento teórico que envolve os sistemas, cibernética, comunicação e mudança (Wright & Leahey, 2009). Este modelo foi publicado pela primeira vez em 1984, tendo sido reconhecido mundialmente e tendo sido já revisado, em 1994 e apresentado por Wright e Leahey em 2000 (Wright & Leahey, 2009). Constitui uma estrutura multidimensional que assenta em três categorias, sendo estas a estrutural, do desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2009).

A avaliação estrutural da família procura compreender quem faz parte da família, a ligação entre os seus membros e o contexto da família (Hanson, 2005). O genograma e o ecomapa são as estratégias recomendadas para a avaliar a estrutura da família (Hanson, 2005).

O desenvolvimento da família refere-se a todos os processos de evolução transacional relacionados com o crescimento da família (Falicov, 1988 citado por Wright & Leahey, 2009). A avaliação do desenvolvimento da família inclui a avaliação das etapas da família, tarefas e vínculos (Hanson, 2005). Apesar de não existir uma ferramenta específica para esta avaliação, devido às alterações no ciclo de vida das famílias, podem usar-se como linhas orientadoras as tarefas de desenvolvimento que acontecem em cada etapa do ciclo de vida da família, permitindo que os enfermeiros avaliem e intervenham de modo mais objetivo, significativo e específico (Hanson, 2005).

Por sua vez, a avaliação funcional da família relaciona-se com os detalhes sobre como os indivíduos se comportam uns com os outros, e que são possíveis de ser observados ou são apresentados pela família (Wright & Leahey, 2009).

O MCAF coloca o seu foco na avaliação familiar, centrando-se menos nas pessoas que compõem a família e mais na interação entre os seus membros (Wright & Leahey, 2009). Das subcategorias que integra, o enfermeiro elege quais explorar e avaliar em cada família e a cada momento no tempo, pois nem todas as subcategorias precisam de ser avaliadas num primeiro contacto e algumas poderão nunca ser necessárias (Wright & Leahey, 2009).

Assim, considera que não basta colocar o foco nas dificuldades da família no sentido de solucionar problemas se não se conhecer a sua estrutura, e ainda, que deve ser considerada a história anterior de desenvolvimento da família, mas de forma integrada e na medida em que ajude a explicar o seu funcionamento atual (Wright & Leahey, 2009).

Este modelo constitui assim um “mapa da família” que através das suas categorias permite ao enfermeiro obter uma macroavaliação das forças e problemas da família e uma

microavaliação, explorando em detalhe áreas específicas do funcionamento da família, numa avaliação integrada (Wright & Leahey, 2009).

Após esta avaliação minuciosa da família, cabe ao enfermeiro, em articulação com a mesma, determinar a necessidade ou não de uma intervenção à família (Wright & Leahey, 2009).

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) é uma estrutura organizada para concetualizar o relacionamento enfermeiro-família que ajuda a efetuar mudanças e promover a saúde, sendo um modelo colaborador e não-hierárquico, que considera a experiência dos membros da família e do enfermeiro na promoção da saúde e tratamento de doenças (Hanson, 2005).

Este modelo enfoca a promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009). O MCIF ajuda a determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e a intervenção mais adequada para que a mudança naquele domínio ocorra (Wright & Leahey, 2009).

Assim, o MCAF permite obter dados relativos à situação familiar, fundamentais na formulação de diagnósticos de enfermagem de saúde familiar e o MCAIF surge como estrutura concetual e parte integrante do processo de cuidados à família. Em apêndice I consta a aplicação destes modelos a uma família, realizada no decorrer do estágio II, e onde procuro ao longo do trabalho justificar a avaliação feita com fundamentação teórica mais aprofundada sobre estes modelos e instrumentos de avaliação familiar.

No capítulo seguinte relaciono este modelo com outras teorias e instrumentos e exemplifico o seu valor no processo de enfermagem à família.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

Os estágios realizados foram momentos importantes e que acrescentaram novos desafios durante a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas.

Neste capítulo irei abordar o percurso de aquisição e aperfeiçoamento de competências, refletindo sobre este e a sua importância no meu desenvolvimento profissional. Este encontra-se dividido em dois subcapítulos: competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, incluindo cada um dos seus domínios.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Segundo o regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), os enfermeiros especialistas partilham entre si um conjunto de competências especializadas que advém da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Segundo o mesmo regulamento, estão definidos quatro domínios das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

---

##### **3.1.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

Segundo o regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e a sua competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

No decorrer do estágio procurei desenvolver uma prática clínica ética e profissional, promovendo cuidados baseados no respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, tendo sempre por base o Código Deontológico do Enfermeiro e o respeito pelos princípios éticos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), estes incluem o respeito pela dignidade humana, a salvaguarda da privacidade da família/utente, a confidencialidade da informação, respeito pela autonomia, crenças, valores e escolhas da família/indivíduo bem

como assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com as famílias.

Para atingir esta competência foi determinante a integração ao contexto do local de estágio, desde conhecer o espaço físico, à compreensão da dinâmica organizacional e caracterização da população, permitindo uma prática mais autónoma e responsável e com desenvolvimento de consciência crítica. Em anexo consta o compromisso de confidencialidade do estudante, que assinei e com o qual me comprometi (Anexo II).

Como referido no Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), a análise do trabalho realizado e a identificação de eventuais pontos a melhorar é uma das competências a desenvolver para a excelência do exercício profissional, de forma a promover a qualidade dos cuidados ao indivíduo e família.

Procurei desde início integrar-me na instituição e sua organização, de forma a compreender quais os domínios em que poderia melhorar e também participar em equipa, dando sugestões. Esta reflexão e autoavaliação foram importantes para reconhecer e superar as dificuldades sentidas.

Refletindo sobre possíveis caminhos para melhoria da prática, considero que no âmbito dos registos de enfermagem no programa SClínico®, a plataforma permite o registo de algumas intervenções no processo familiar. Este é um fator positivo e que dá visibilidade à prática de enfermagem especializada em saúde familiar, uma vez que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) o registo informático deve promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre a enfermagem de saúde familiar. Ainda assim, este poderá ser um ponto a melhorar futuramente, de forma a documentar e registar os cuidados de forma mais completa, organizada e eficaz e que pode ser conseguida através da partilha de conhecimentos sobre os recursos de que dispõe o SClínico®.

---

### **3.1.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

Estão definidas três competências no domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e estas passam por: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Neste âmbito procurei conhecer e envolver-me na organização da instituição, priorizando a partilha de conhecimentos. Esta integração foi conseguida pela consulta de informação

relativa à USF, nomeadamente o regulamento interno da USF e o seu plano de ação, o manual de acolhimento aos profissionais, o guia de acolhimento ao utente, bem como a consulta do BI-CSP da USF Leiria Nascente, tendo sido o ponto de partida para a evolução desta competência.

No decorrer da prestação de cuidados procurei ter em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2017) em todos os seus domínios: a satisfação do cliente (a família enquanto unidade de cuidados e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital); a promoção da saúde; a prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, foi importante fundamentar as minhas intervenções com base na evidência científica, na área de enfermagem de saúde familiar. O conhecimento adquirido permitiu-me vivenciar algumas situações de forma distinta, e estar mais atenta às singularidades da família enquanto unidade. Foi muito positivo conseguir estabelecer parcerias colaborativas e recorrer a instrumentos especializados para fazer a avaliação das famílias, competências que aperfeiçoei e abordo no capítulo das competências específicas em enfermagem na área de saúde familiar.

---

### **3.1.3. GESTÃO DE CUIDADOS**

As competências desenvolvidas no âmbito da gestão de cuidados foram facilitadas pela integração no contexto prático e envolvimento no mesmo. Foi possível a aplicação prática de alguns conteúdos aprendidos na unidade curricular de gestão em enfermagem, nomeadamente relembrar os conceitos de direito de proteção à saúde e acessibilidade, organização do SNS e das diferentes unidades funcionais, nomeadamente das USF, dotações seguras e os vários níveis de gestão dos cuidados de enfermagem, desde a gestão dos recursos humanos, recursos materiais, gestão do risco e do tempo.

Destaco a gestão do tempo, que foi inicialmente desafiante pela inserção num contexto prático distinto do meu contexto profissional atual e as suas especificidades. Considero que foi um aspeto que melhorei com o decorrer do estágio, uma vez que ia conhecendo melhor as famílias de quem cuidava, e também pelo facto de planear as consultas e entrevistas antecipadamente, o que me permitiu uma boa continuidade de cuidados e melhor gestão do tempo.

Foi ainda possível melhorar a gestão de recursos materiais, na medida em que pude colaborar com a enfermeira orientadora, participando na gestão do material clínico, conseguindo assim compreender o circuito de fornecimento, armazenamento e organização do material.

A realização de pesquisas autónomas e a consulta dos indicadores definidos para a USF Leiria Nascente foi também determinante para compreender melhor as características da população e assim gerir os cuidados de modo mais efetivo.

---

### 3.1.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A este nível considero que foi importante refletir diariamente sobre as competências desenvolvidas. Após cada dia de ensino clínico procurei organizar o meu pensamento e analisar as diferentes situações vividas de forma crítica. Assim, foi importante refletir sobre as atividades realizadas e determinar as áreas nas quais devia reforçar os meus conhecimentos de forma a colmatar as dificuldades que foram surgindo.

Ao longo de todo o ensino clínico procurei também estabelecer relações assertivas com a equipa multidisciplinar, envolver-me e estar presente com a equipa de enfermagem na partilha de conhecimentos, mantendo uma postura assertiva e recetiva.

Existiram diversas situações de partilha de conhecimento entre a equipa de enfermagem e também com a restante equipa multidisciplinar, através de reuniões periódicas da equipa. Estes eram momentos privilegiados para partilha de conhecimentos e trabalho desenvolvidos recentemente, a sua apresentação e/ou discussão em equipa. Muitas vezes eram também uma oportunidade de reflexão e de realizar um ponto de situação sobre o trabalho a ser desenvolvido, (re)definir metas, objetivos e planear o mesmo. Foi, desta forma, importante ter a possibilidade de participar e intervir nas mesmas.

Tomei iniciativa de realizar um folheto de apoio à consulta de enfermagem de saúde infantojuvenil, com o tema “Alimentação no primeiro ano de vida”. Este foi realizado também na sequência da prestação de cuidados à família que menciono no trabalho de aplicação do MCAIF, cujo folheto consta em apêndice do mesmo documento.

## 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Neste subcapítulo procuro refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências específicas. Este encontra-se dividido nas duas competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) no Regulamento nº 428/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar.

Ao longo desta reflexão procurei articular, sempre que possível, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, abordando também as dificuldades sentidas e as estratégias implementadas para as ultrapassar.

---

### 3.2.1. CUIDA DA FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL

Esta competência prevê que o enfermeiro veja a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e em cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e suas transições (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O conhecimento e fundamentação da minha prática em modelos e teorias de enfermagem significativos na área de enfermagem de saúde familiar foi importante no desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem à família com base na evidência científica.

Saliento como principais modelos e teorias pelos quais procurei orientar a minha prática a Teoria das Transições, o Modelo das Forças e o MCAIF, além dos conceitos da Teoria Geral dos Sistemas. Estes foram destacados pela Ordem dos Enfermeiros (2023a) como os mais significativos para a prática de enfermagem de saúde familiar e foram os modelos que me fizeram mais sentido no decorrer da prestação de cuidados às famílias.

A teoria de médio alcance das transições de AfAf Meleis defende que o enfermeiro colabora com as famílias, após uma mudança, ajudando-as a adquirir novas competências, de modo a proporcionar transições saudáveis (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito de transição refere-se à passagem de um estado estável para outro estado estável e implica a incorporação de conhecimentos, alteração de comportamento e redefinição do *self* (Guimarães & Silva, 2016 citando Meleis, 1985).

Esta teoria define que as transições podem ser de quatro tipos: desenvolvimental, ou seja, inerente ao ciclo vital da família; situacional, se associada a acontecimentos que implicam alterações de papéis; saúde/doença, quando ocorre mudança de um estado de bem-estar para um estado de doença; e organizacional, se relacionada ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional (Guimarães & Silva, 2016).

No âmbito da prestação de cuidados compreendi ser fundamental ao enfermeiro especialista a avaliação da família e identificação das transições a ser vividas por elas. Todas as transições implicam mudanças, que o enfermeiro deve conhecer e compreender para que possa cuidar com conhecimento, empenho e experiência e proporcione à família conhecimento e capacidade para que a resposta às mesmas seja positiva (Meleis, 2000 citada por Guimarães & Silva, 2016).

O conhecimento sobre a família, quais as transições que estavam a vivenciar e as condicionantes às transições, permitiu uma melhor definição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, no sentido de antever questões a trabalhar com a família e facilitar a sua mudança.

As transições implicam eventos críticos, habitualmente associados à consciência de mudança e podem ocorrer, por exemplo, com a ocorrência de um nascimento, o diagnóstico de uma doença crónica, a menopausa ou a morte (Guimarães & Silva, 2016). Conhecer as características das transições permite ao enfermeiro estar atento e aplicar o seu conhecimento e experiência, pois é neste momento que as famílias encontram maiores dificuldades para se cuidarem (Guimarães & Silva, 2016).

O enfermeiro deve averiguar se uma transição é saudável ou não, o que é avaliável por indicadores de processo e de resultado. Os primeiros indicam se a vivência da transição se está a dar em direção à saúde e bem-estar ou de vulnerabilidade e riscos. O segundo refere-se ao domínio de novas competências e integração fluída de identidade (Guimarães & Silva, 2016).

Mais compreendi que é muito importante o enfermeiro conhecer e compreender o crescimento e desenvolvimento da família, ao longo do seu ciclo vital, e a forma como lidou ao longo do tempo com as suas transições, de modo a proporcionar conhecimento e capacidade às famílias e que estas sejam capazes de desencadear “(...) respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar” (Guimarães & Silva, 2016, p. 4).

Na aplicação do MCAIF que consta em apêndice I, abordo também a teoria das transições, na qual fundamento o processo de cuidados à família tendo por base a mesma teoria e a transição de desenvolvimento a ser vivida pelo nascimento do primeiro filho da família.

No decorrer da minha prática, tive também oportunidade de realizar consultas de enfermagem a utentes e famílias, recentemente diagnosticados com doenças crónicas. Sendo estas transições de saúde-doença, foi também fundamental compreender os fatores que influenciavam a transição, nomeadamente: de que forma o utente e família sentiam o apoio da família/amigos ou do centro de saúde; a forma como interagiam e contavam com o apoio da nossa equipa; a forma como estava a ser vivida a nova realidade pelo utente e família e, se a família desenvolveu os conhecimentos e competências de forma a dar resposta à nova condição de saúde de um dos seus elementos, que no fundo interferiam com toda a dinâmica familiar.

O Cuidar Baseado nas Forças é uma abordagem do cuidar que tem em conta a totalidade da pessoa ou unidade familiar, e que se centra no que está a trabalhar e a funcionar, nas potencialidades e recursos de que a pessoa/família já dispõe para melhor lidar com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

Considero que os conhecimentos sobre este modelo foram importantes em distintas situações, nomeadamente nas situações de transição vividas pelas famílias. Como refere Gottlieb (2016) o enfermeiro deverá intervir na família com a finalidade de fortalecer os seus pontos fortes, ajudando-as a lidar com as suas preocupações através do *empowerment*, de uma relação colaborativa, das forças e do desenvolvimento da pessoa/família.

Neste sentido, senti que foi possível evoluir e aperfeiçoar a relação com as famílias à medida que as fui conhecendo e conhecendo a sua história, procurando as suas forças em situações anteriores das suas vidas, pelos conhecimentos que fui adquirindo com este modelo.

Como refere Gottlieb (2016) existem várias abordagens para desocultar as forças da família e, quando os enfermeiros descobrem e se focalizam nessas forças “(...) são capazes de se relacionar a um nível mais profundo e estar plenamente presentes nas relações” (Gottlieb, 2016, p. 370).

Segundo Figueiredo (2009) existem diferentes níveis de abordagem da enfermagem de família, considerando-a como contexto ou como cliente. Enumeram-se quatro níveis (Friedmann, 1989,1998, 1999; Hanson, 2005 citados por Figueiredo, 2009), sendo: a família

como contexto, em que os cuidados são dirigidos à pessoa de forma individual e a família é vista apenas como rede de suporte; a família como soma dos seus membros, em que a família é o alvo de cuidados, mas considerada a soma dos seus membros, não tendo em conta as relações e interações familiares; o subsistema familiar como cliente ou nível interpessoal, em que o foco de avaliação e intervenção são os subsistemas familiares; a família como sistema ou cliente, em que a família enquanto unidade é o foco dos cuidados de enfermagem.

Considero ter sido uma mais-valia o facto de o ensino clínico ter ocorrido numa USF, uma vez que a forma como estas unidades se organizam, e em particular a USF Leiria Nascente, me permitiu planear e prestar cuidados de enfermagem durante todo o ciclo vital e, tendo como objetivo promover a saúde familiar, indo de encontro a este último nível de cuidados mencionado.

Gostaria de destacar uma situação específica. Uma utente idosa, a Sr<sup>a</sup> M, que residia no seu domicílio. Acompanhada pela equipa de saúde familiar por recorrência de episódios de feridas traumáticas, e por apresentar critérios para receber a consulta de enfermagem ao domicílio. Apesar da ferida traumática ter sido o diagnóstico de enfermagem individual considerado inicialmente, ao longo das consultas de enfermagem foi possível avaliar a família e compreender que poderíamos promover a saúde familiar primeiramente. A Sr<sup>a</sup> M, com elevado grau de dependência no autocuidado, passava grande parte do dia só. Os seus filhos viviam preocupados com a sua mãe, por nem sempre poderem estar presentes e esta requerer progressivamente mais cuidados. A Sr<sup>a</sup> M recebia diariamente cuidados por parte do centro de dia, mas que não estavam a ser eficazes e nem a corresponder às expectativas da família. Constatámos assim que existia *déficit* de conhecimentos sobre as medidas para prevenir a ferida traumática por parte dos cuidadores do centro de dia e intervimos junto deles para podermos prevenir o seu aparecimento. Mas havia também preocupação por parte dos filhos, dúvidas quanto à resposta social mais adequada para a mãe, bem como alteração dos papéis familiares desde que a Sr<sup>a</sup> M começou a precisar de maior apoio. Desta forma, foi possível intervir na família após uma avaliação familiar estruturada.

Assim, considero que o contexto de USF potencia o atingimento do último nível de cuidados, em que é dada ênfase às interações entre a família e entre esta e o ambiente, com foco na saúde familiar e forças da família, não excluindo as abordagens dos outros níveis de cuidados (Figueiredo, 2009).

Como refere Figueiredo (2009) é fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências para o cuidar à família enquanto unidade, com uma perspetiva sistémica da família, o que propõe um processo de cuidados centrados na promoção da autonomia e capacitação do sistema familiar.

Durante a prática clínica senti inicialmente alguma dificuldade em estruturar as consultas de enfermagem de forma a recolher os dados relevantes sobre a família e simultaneamente corresponder às suas expectativas sobre a consulta, gerindo o tempo de forma eficaz.

A aplicação do MCAIF foi um instrumento muito importante de forma a organizar os cuidados de enfermagem e recolher informação sobre as famílias de forma mais organizada.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de aplicar e documentar o processo de enfermagem a uma família, tendo utilizado este modelo (apêndice I). Previamente à consulta de enfermagem foi importante também a realização de um guião orientador da entrevista, que facilitou a mesma. Este consta também em apêndice do referido trabalho.

A aplicação do MCAIF foi muito relevante pois senti que consegui realizar uma abordagem mais organizada à família. Este facilitou a etapa da colheita de dados e a escolha dos instrumentos especializados a utilizar na avaliação da família. Destaco o programa informático Genopro® na elaboração do genograma da família e do ecomapa. Estes instrumentos têm sido descritos como instrumentos de avaliação familiar importantes na compreensão dos processos familiares e contribuirão para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa (Figueiredo, 2012).

O genograma é um instrumento utilizado para a colheita de dados familiares, ao representar a estrutura familiar numa perspetiva transgeracional e os seus problemas (Figueiredo, 2012). Este permite a construção de uma perspetiva sobre o passado familiar e dos problemas potenciais no futuro, incluindo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família, bem como a sua composição e vínculos (Wright & Leahey, 2009 citando Rempel et al., 2007).

O ecomapa explora as relações e ligações da família com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares (Figueiredo, 2012 citando Rempel et al., 2007) ou seja, as relações com os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012 citando Hanson & KaaKinen, 1999; Nascimento et al., 2005).

Outros instrumentos que utilizei foram a escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II) e a escala de APGAR Familiar de Smilkstein. Posteriormente foi facilitado o planeamento de cuidados de enfermagem à família, de forma sistémica e colaborativa, tendo por base o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF).

Senti que o modelo acrescentou sentido à minha prática, na medida em que me permitiu integrar vários parâmetros que, até então, avaliava de forma mais implícita e com uma intenção e olhar diferentes. Destaco, por exemplo, o facto de integrar parâmetros específicos para a observação das relações familiares, dos diferentes tipos de comunicação presentes nas famílias ou a avaliação dos papéis familiares.

É importante que o conhecimento de enfermagem de família seja transferido para a prática clínica (IFNA, 2015). Desta forma, considero que o conhecimento sobre as teorias, modelos e instrumentos em enfermagem de saúde familiar me permitiu a recolha de dados relativamente às famílias e a elaboração do processo de enfermagem à família como cliente, que foi uma das competências que procurei aperfeiçoar.

Durante o ensino clínico foi também importante fundamentar os meus conhecimentos no âmbito dos registos de enfermagem nas plataformas informáticas, tais como a Siima® rastreios e SClínico®. Inicialmente senti alguma dificuldade na plataforma SClínico®, uma vez que a sua organização nos cuidados de saúde primários é diferente da que utilizo no meu contexto profissional. Foi possível melhorar esta dificuldade com a sua utilização ao longo do estágio. Recorri ao programa SClínico® para documentar alguns parâmetros da avaliação realizada à família, avaliar informaticamente algumas escalas, nomeadamente a avaliação do tipo de família, notação social de Graffar e identificação da etapa do desenvolvimento da família segundo Duvall e Miller. Foi possível a definição de diagnósticos de enfermagem de saúde familiar e documentar o processo de enfermagem à família.

Inicialmente, senti em algumas situações, dificuldade em organizar toda a informação/avaliações realizadas à família, considerando que nem sempre a plataforma era acessível à forma como mentalmente conceptualizava os cuidados. Este foi um aspeto melhorado à medida que me familiarizava com o SClínico®, e considero que foi possível aperfeiçoar a documentação do processo de enfermagem à família como cliente.

Como referem Bastos et al. (2022) o sistema de informação de enfermagem (SIE) SClínico® recorre a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a

investigação produzida em torno dos SIE têm “(...) permitido o desenvolvimento de terminologias necessárias à documentação e partilha de informação sobre a prática de enfermagem” (Bastos et. al, 2022, p. 82). Ainda assim, a parametrização do SIE Português “(...) não traduz a importância que, nas práticas discursivas dos enfermeiros, se atribui à família e aos modelos teóricos que suportam a enfermagem de família. Reflexo desta realidade é a pouca visibilidade do cliente família (coletivamente).” (Silva et. al, 2014 citados por Bastos et. al, 2022, p. 91). Neste sentido, este será um ponto a melhorar por forma a promover a visibilidade da enfermagem na área de saúde familiar.

---

### **3.2.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Ao longo dos estágios tive oportunidade de intervir junto de diferentes famílias aos diferentes níveis de prevenção.

De acordo com a finalidade dos cuidados de enfermagem, é possível definir quatro níveis de intervenção, de modo a ajudar o indivíduo e família na adaptação a situações de doença/*stress* (*Family Health Nursing Model* (sd) citado por Figueiredo, 2009, p.169):

“(...) prevenção primária, direcionada essencialmente para a promoção da saúde familiar; prevenção secundária, que visa a promoção do conhecimento da família no sentido de minimizar o impacto dos fatores de *stress* no funcionamento familiar; a prevenção terciária direcionada para a reabilitação das forças da família e a intervenção em crises, centrada na resolução de problemas e reabilitação”.

Segundo Almeida (2005) citando Jamouille (2000) e Jamouille et al. (2002), a prevenção primária inclui o conjunto de intervenções que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco antes que se desenvolva um mecanismo patológico. Nas intervenções direcionadas à prevenção primária procurei atualizar conhecimentos no âmbito dos cuidados antecipatórios, formular diagnósticos de enfermagem à família e promover a saúde familiar. Saliento a consulta de enfermagem de saúde infantojuvenil, que constituiu a área na qual precisei de fundamentar melhor os meus conhecimentos, com destaque por exemplo para a avaliação do processo familiar e do papel parental como ponto de partida para planear as intervenções específicas a cada família.

A prevenção primária inclui também a imunização ou vacinação. Neste âmbito, houve oportunidade de intervir ao longo de todo o ciclo de vida. No artigo de Figueiredo (2021,

p.12) do Jornal Enfermeiro, a autora salienta e conjuga o sucesso da vacinação e o enfermeiro de família, referindo que:

“No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a vacinação é uma atividade assistencial integrada nas diferentes consultas de enfermagem ao longo do ciclo de vida. Os enfermeiros especialistas diagnosticam em permanência o regime de imunização, avaliando os conhecimentos, as crenças e a adesão ao programa nacional de vacinação; de acordo com os seus diagnósticos, vão desenvolvendo intervenções (...) do tipo formar e ensinar, otimizar crenças e promover a adesão.”

A prevenção secundária tem como finalidade a deteção de um problema de saúde numa fase precoce, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Almeida, 2005 citando Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002). Ao nível da prevenção secundária foi importante fundamentar os meus conhecimentos sobre as etapas do ciclo vital da família. Compreendi que conhecendo bem os vínculos e as tarefas previsíveis em cada etapa, era possível antever fatores de *stress*, inerentes às transições normativas do ciclo vital da família e intervir no sentido de diminuir o seu impacto. Como refere Hanson (2005) este conhecimento ajuda os enfermeiros a anteciparem a reorganização necessária para a família acomodar o crescimento e desenvolvimento dos seus membros.

O nível da prevenção secundária enquadra os rastreios, nomeadamente o rastreio do cancro do colo do útero realizado no âmbito da consulta de saúde da mulher e o rastreio do cancro colorretal no âmbito da saúde do adulto, nos quais tive oportunidade de intervir. Compreendi que o enfermeiro de família tem um papel muito importante através da educação para a saúde, capacitando as famílias para a tomada de decisão sobre a sua saúde.

Por sua vez, a prevenção terciária visa a reabilitação, reintegração precoce e potenciação da capacidade funcional (Almeida, 2005). Neste âmbito pude intervir ao nível das consultas de enfermagem para vigilância de doenças crónicas, nomeadamente de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus*. Neste âmbito foi importante intervir junto das famílias, nomeadamente ao nível da literacia em saúde, de forma a potenciar escolhas adequadas à situação de saúde individual e familiar.

No âmbito da prevenção terciária foi também possível rever e aplicar no contexto prático os princípios do cuidar baseado nas forças, em que explorar junto da família as suas forças e potencialidades em situações anteriores foi importante para as famílias entenderem essas mesmas forças e recorrer delas nas transições presentes. Algumas intervenções tais como

elogiar as forças da família e dos indivíduos, oferecer informações e opiniões, validar e normalizar respostas emocionais e estimular o apoio da família são alguns dos exemplos propostos por Gottlieb (2016).

Relativamente ao último nível de intervenção, destaco uma consulta de enfermagem a uma família a vivenciar simultaneamente uma transição para a parentalidade e uma transição saúde-doença, com o diagnóstico de insuficiência cardíaca de um dos elementos do casal. Foi possível compreender que estavam a coincidir distintas tarefas de ambas as transições, estando a ser uma situação complexa para toda a família e a requerer intervenções da equipa de enfermagem, na área da saúde familiar. Desta forma, foi possível planejar os cuidados à família e criar momentos para abordar a vivência de ambas as transições, com o planeamento prévio das consultas à família.

Intervir nos diferentes níveis de prevenção permitiu-me criar uma visão mais abrangente sobre os cuidados de saúde às famílias, bem como ver e priorizar a família como foco dos cuidados e a saúde familiar ao longo de todo o ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

## 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação é um método de aquisição de novos conhecimentos, indispensável à evolução de qualquer ciência e que pode ser definida como um processo sistemático e rigoroso que procura examinar fenómenos com intuito de obter respostas a questões precisas e que merecem uma investigação (Fortin, 2009).

Em enfermagem, a investigação procura responder a questões ou solucionar problemas, em benefício dos utentes, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006). O conhecimento que produz visa desenvolver uma prática baseada na evidência, ou seja, que incorpore a melhor evidência científica existente, bem como melhorar e otimizar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde (International Council of Nurses, 1999a, b; Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Na área da enfermagem de saúde familiar, o desenvolvimento da investigação constitui-se como um potencial complexo de conhecimento (Figueiredo, 2012). Os seus resultados são um fator de desenvolvimento de um corpo de conhecimentos, impulsionadores de práticas formativas e clínicas centradas no sistema familiar, enquanto unidade dinâmica co-evolutiva (Figueiredo, 2012).

### 4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A fase conceptual é a primeira das três fases do processo de investigação e refere-se ao início de trabalho de uma ideia pelo investigador, de modo a orientar a sua investigação (Fortin, 2009). É nesta que se incluem as etapas de formulação do problema de investigação, a revisão da literatura, a definição dos objetivos e das questões de investigação ou das hipóteses (Fortin, 2009).

O presente estudo surge integrado no projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, do Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare), da Escola Superior de Saúde de Leiria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este projeto teve início em janeiro de 2018 e prevê-se o seu término no final do ano de 2026.

---

#### 4.1.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Nos últimos anos, tem crescido o interesse na compreensão da relação entre os enfermeiros e as famílias, em diferentes contextos de saúde (Benzein et al, 2008a). Esta preocupação está

associada aos desenvolvimentos da disciplina e da profissão de enfermagem, que apontam cada vez mais a importância de reconhecer a família como objeto e alvo de cuidados e simultaneamente um elemento proativo no decorrer da prestação de cuidados (Oliveira et al., 2011).

O ensino de enfermagem é, neste campo, um fator de elevada importância e responsabilidade no modo como os estudantes e futuros enfermeiros pensam a família, de modo que, o ensino sobre a família têm sido objeto de estudo na área da enfermagem de família (Ângelo, 1999).

Mendes e Bousso (2006) sublinham também a importância da sensibilização para o cuidado à família desde a formação dos enfermeiros, com o intuito de aperfeiçoar a sua futura prática profissional no que respeita à prestação de cuidados à família enquanto unidade.

O foco dos cuidados na família em Portugal tem-se desenvolvido no contexto teórico e de investigação, mas também no domínio prático, pelas experiências de implementação de cuidados centrados no sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Marcos importantes, conducentes à emergência dos cuidados de enfermagem à família aconteceram por exemplo, com a conferência e publicação do livro “A cada família seu Enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2002) e do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A par do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à família também o ensino e formação em enfermagem se foram desenvolvendo para incluir formação em cuidados à família enquanto unidade. Atualmente, os planos curriculares dos cursos de licenciatura em Enfermagem incluem formação direcionada aos cuidados de saúde à família, que visam o desenvolvimento de competências globais no domínio da intervenção generalista na área de enfermagem de saúde familiar, com o objetivo de facultar aos estudantes conhecimentos, instrumentos e técnicas de intervenção que empoderem as famílias nos processos adaptativos de transição inerentes ao seu ciclo vital (Loureiro, 2023).

Figueiredo (2012) salienta o reconhecimento da família como alvo de cuidados como fundamental aos enfermeiros, com maior destaque aos que prestam cuidados no contexto de cuidados de saúde primários e que devem possuir um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família.

Os estudos de Oliveira et al. (2011) referem as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias como possíveis de traduzir o entendimento dos mesmos

sobre a importância de integrar a família no processo de cuidados e o nível de condução a práticas mais ou menos dirigidas à potencialização funcional das famílias. Benzein et al. (2008b), no mesmo sentido, confirmaram que estas atitudes influenciam a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Considera-se que relação estabelecida entre os enfermeiros e os membros da família é um elemento central na qualidade dos cuidados prestados, sendo a importância atribuída à família pelos enfermeiros hoje reconhecida e investigada por ser um indicador determinante no sucesso dos cuidados de enfermagem prestados (Hagedoorn et al., 2017; Østergaard et al., 2020).

O conceito de atitude reporta-se à forma de agir ou proceder, à demonstração de uma intenção, sendo uma disposição interior da pessoa que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e depois experimentadas (Sousa, 2011). É um conceito mediador entre o pensamento e a ação, resulta de um conjunto de crenças, sentimentos, valores e experiências vividas e traduz-se em comportamentos observáveis (Coelho & Mendonça, 2017).

Diversos estudos têm sido conduzidos no sentido de compreender a influência de algumas variáveis nas atitudes dos enfermeiros em relação à família, salientando algumas destas, como a formação, o contexto de prestação de cuidados, experiência profissional, entre outras (Fernandes et al., 2015).

Pela sua pertinência, a análise reflexiva das atitudes dos enfermeiros e das suas práticas com as famílias deve ser considerada como elemento importante na produção de conhecimento, integrada num processo contínuo de construção de significados (Figueiredo, 2012). Esta avaliação das atitudes dos enfermeiros nas interações com as famílias e o seu envolvimento nos cuidados é considerada um indicador da qualidade da relação enfermeiro-família (Benzein et al., 2008b; Oliveira et al., 2011).

A avaliação das atitudes pode ser realizada por vários métodos, incluindo a observação direta do comportamento e/ou as respostas fisiológicas dos indivíduos, no entanto, o mais usual é o recurso a uma escala de atitudes (Alves, 2011). Esta técnica parte do pressuposto de que é possível medir as atitudes através de crenças, opiniões e avaliações do sujeito sobre dado objeto (Eugénio, 2009). Estas escalas são habitualmente do tipo *likert* e os indivíduos inquiridos respondem o seu grau de concordância/discordância relativamente a um objeto atitudinal (Alves, 2011).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, Benzein et al. (2008a) desenvolveram a escala “Families’ Importance in Nursing Care-Nurses’ Attitudes (FINC-NA)”, um instrumento que procura medir as atitudes dos enfermeiros quanto à importância de cuidar as famílias. Este foi posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa, intitulado “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)” por Oliveira et al. (2009), reconhecendo-se como um instrumento fidedigno e capaz de avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Considerando a importância dos aspetos abordados nesta breve introdução, pretende-se realizar um estudo intitulado “Valorização da família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem”. Este estudo consiste em avaliar as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e a sua integração no processo de cuidados de enfermagem. O estudo procura, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão dos fatores determinantes das atitudes dos estudantes de enfermagem e enfermeiros com as famílias, visando contribuir para uma melhoria das intervenções de enfermagem com foco na família e a obtenção de ganhos em saúde.

---

#### **4.1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO**

O objetivo de uma investigação trata-se de um enunciado que refere claramente o que o investigador pretende fazer no decurso do estudo e pode incluir explorar, identificar, descrever ou explicar um determinado fenómeno (Fortin, 2009).

No presente estudo foram delineados os seguintes objetivos:

- 1) Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e estudantes de enfermagem;
- 2) Conhecer as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem na abordagem à família, para a sua integração no processo de cuidados;
- 3) Analisar as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados;
- 4) Relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e estudantes de enfermagem com as suas atitudes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

---

#### **4.1.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

As questões de investigação são enunciados interrogativos precisos, redigidos no presente, que incluem uma ou mais variáveis em estudo e a população estudada (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, estas decorrem do objetivo e determinam as variáveis que serão descritas e possíveis relações entre elas.

Tendo por base os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- 1) Quais são as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e estudantes de enfermagem?
- 2) Quais são as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados?
- 3) Quais são as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados?
- 4) Qual é a relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem na abordagem à família e algumas características sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

---

#### 4.1.4. HIPÓTESES

A hipótese de investigação define-se como uma “(...) resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação” (Vilelas, 2017, p. 129). Constitui uma antecipação da relação entre as variáveis-chave e a população-alvo, carecendo de verificação empírica (Fortin et al., 2009).

De acordo com os problemas de investigação enunciados e no sentido de conhecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem e as suas características sociodemográficas e profissionais, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- **Hipótese 1:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e a idade.
- **Hipótese 2:** Existe relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o ano de licenciatura que frequentam.
- **Hipótese 3:** Existe relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o número de ensinamentos clínicos realizados no âmbito da licenciatura em enfermagem.

- **Hipótese 4:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.
- **Hipótese 5:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade.
- **Hipótese 6:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.
- **Hipótese 7:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização em enfermagem.
- **Hipótese 8:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.
- **Hipótese 9:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em Enfermagem de Família.
- **Hipótese 10:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto do processo formativo em Enfermagem de família.
- **Hipótese 11:** Existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à família por enfermeiros e estudantes de enfermagem.

## 4.2. METODOLOGIA

A metodologia de investigação refere-se às fases e procedimentos que se seguem numa determinada investigação (Vilelas, 2017). Esta é utilizada pelo investigador de forma a obter respostas às questões de investigação ou hipóteses colocadas e simultaneamente assegurar a confiabilidade dos dados (Fortin, 2009).

Esta fase corresponde à operacionalização do estudo e passa por definir o desenho de investigação apropriado mediante a natureza do estudo, definir a população e amostra, seleccionar os instrumentos de colheita de dados e verificar os aspetos da sua fidelidade e validade, bem como precisar os tipos de análises estatísticas que serão úteis no tratamento de dados (Fortin, 2009).

Nos subcapítulos seguintes é descrita a metodologia utilizada neste estudo.

---

### 4.2.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo pode classificar-se em **quantitativo**, uma vez que procura explicar e prever a importância atribuída à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem através da medida de variáveis e análise de dados numéricos.

Segundo Fortin (2009), os estudos quantitativos caracterizam-se pelo facto de medirem variáveis, operação a partir da qual resultam dados numéricos que podem ser generalizáveis a outras populações e a outros contextos. Estes procuram encontrar relações entre variáveis, testar teorias, descrever fenómenos através do tratamento estatístico de dados, generalizar os resultados à população em estudo, estabelecer relações de causa-efeito e prever fenómenos (Carmo & Ferreira, 2008).

Assim, a escolha de uma metodologia quantitativa surgiu na sequência da formulação do problema de investigação e das hipóteses (Sousa, 2005); de controlar as variáveis (Carmo & Ferreira, 2008); de compor uma amostra representativa e possível de generalizar os resultados à população em estudo (Sousa, 2005), no nosso estudo composta pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem; e da testagem de hipóteses após uma recolha de dados rigorosa e da respetiva análise estatística (Carmo & Ferreira, 2008).

Partindo da análise dos objetivos delineados neste estudo, é um estudo de cariz **descritivo**, uma vez que, procura conhecer as características de uma determinada população ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis (Vilelas, 2017), e que pode ser realizado sob forma de palavras, números ou de enunciados descritivos sobre as relações entre variáveis (Fortin, 2009).

É simultaneamente **correlacional**, por examinar a covariação das variáveis e a associação de uma a outras variáveis (Fortin, 2009), permitindo estabelecer relações complexas entre as variáveis e recolher uma elevada quantidade de dados sobre um problema (Vilelas, 2017). Pode considerar-se assim descritivo-correlacional, uma vez que se descrevem relações entre variáveis (Fortin, 2009) e procura compreender qual a influência de algumas características sociodemográficas e profissionais nas atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Este estudo classifica-se ainda como **transversal**, uma vez que se focou na sua amostra da população em estudo e a recolha de dados aconteceu num único momento no tempo (Ribeiro, 2010).

---

#### **4.2.2. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA**

A população do estudo é constituída por um grupo mais restrito do que a população teórica e corresponde aos indivíduos que podem ser realmente acedidos (Marôco, 2014). Assim, a população-alvo é constituída por indivíduos que partilham um conjunto de características, que

satisfazem os critérios de seleção previamente delineados e que permitem fazer generalizações (Fortin, 2009).

A população-alvo deste estudo são os enfermeiros e os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem.

No presente estudo, definimos cumulativamente os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros portugueses ou estudantes do curso de licenciatura em enfermagem a desenvolverem ensino clínico em Portugal; enfermeiros e estudantes de enfermagem que concordem participar no estudo, fornecendo o seu consentimento informado.

A amostra corresponde à fração da população sobre a qual o estudo se desenvolve e deve representar fielmente a população em estudo (Fortin, 2009). Neste estudo, a amostra foi obtida através da divulgação de um instrumento de recolha de dados, quer aos enfermeiros que integram as unidades de saúde do ACeS Pinhal Litoral, quer aos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria. Assim, a amostra é constituída pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem destas instituições, que consentiram participar no estudo e preencheram o instrumento de recolha de dados.

O instrumento foi disponibilizado aos enfermeiros e estudantes de enfermagem através da plataforma *Google Forms*. Aos enfermeiros, foi divulgado o *link* de acesso ao questionário por via de *e-mail* institucional, através do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral. Aos estudantes da Escola Superior de Saúde de Leiria, o questionário foi divulgado através dos professores que integram o projeto.

Assim, a técnica de amostragem aplicada neste estudo foi o método não-probabilístico ou não aleatório, em que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (Marôco, 2014) e em que os mesmos são de fácil acesso e respondem aos critérios de inclusão (Fortin et al., 2009) e de conveniência, o que sucede quando os elementos são selecionados por conveniência do investigador (Marôco, 2014).

Para Fortin (2009) é importante assegurar que o meio é acessível, assim, o instrumento foi aplicado aos enfermeiros pertencentes ao ACeS Pinhal Litoral por estar a frequentar o ensino clínico na USF Leiria Nascente, que integra o mesmo. Tal como a eleição da instituição de ensino, e por ser estudante da Escola Superior de Saúde de Leiria, que considerei ser mais facilmente acessível.

Por sua vez, após a disponibilização do instrumento, o mesmo foi preenchido pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem que concordaram e se voluntariaram para o fazer, correspondendo assim às características do tipo de amostragem supracitado.

A amostra do estudo foi constituída por 35 enfermeiros dos 226 enfermeiros que integram o ACES Pinhal Litoral (SNS, 2023b) e 39 estudantes dos 700 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

---

### **4.2.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Após a delimitação dos fatores mais importantes que intervêm num problema surgem as principais características/fatores que fazem parte do mesmo e através das quais poderemos descrevê-lo, explicá-lo ou explorá-lo (Vilelas, 2017).

As variáveis constituem as unidades-base de um estudo e são uma propriedade observável que varia e á qual são atribuídos valores (Fortin, 2009). Podem ser definidas como “(...) qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Vilelas, 2017, p.135). A essência da investigação passa por compreender o porquê da variação dos valores numa variável e a forma como esta variação pode influenciar uma outra variável (Vilelas, 2017).

A operacionalização das variáveis é um procedimento que possibilita a sua futura medição e determina o método de colheita de dados a implementar na investigação (Fortin, 2009). Consiste no percurso de uma variável, de modo que possua dados empíricos que permitam avaliar o seu comportamento efetivo (Vilelas, 2017).

As variáveis podem ser classificadas em qualitativas, quando não assentam numa série numérica definida, ou quantitativas quando admitem uma escala numérica de medida (Vilelas, 2017). Podem ainda definir-se como contínuas quando entre um e outro valor se encontram infinitas possibilidades, ou discretas se não admitem estas posições intermédias e, dentro destas, se possuírem apenas duas possibilidades de resposta denominam-se dicotómicas (Vilelas, 2017).

Quanto à relação entre as variáveis, estas podem ser independentes, dependentes ou intervenientes. As primeiras, numa dada relação estabelecida, não dependem de nenhuma outra variável, ao contrário da variável dependente, que assume valores diferentes dependendo dos valores de outra. As intervenientes resultam de um fator que intervém entre

duas variáveis, modificando ou alterando as relações que existem entre esses elementos (Vilelas, 2017).

De seguida é apresentada a operacionalização das variáveis identificadas no presente estudo. De forma a sistematizar a identificação destas variáveis, apresentamos primeiramente as variáveis independentes e posteriormente a variável dependente.

#### 4.2.3.1. Variáveis independentes

As variáveis independentes identificadas correspondem às características do perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, incluindo: idade, ano de licenciatura e ensinos clínicos frequentados (as duas últimas apenas no caso dos estudantes de enfermagem), estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização em enfermagem, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, formação e contexto da formação em enfermagem de família.

A operacionalização das variáveis independentes é representada no quadro 1.

**Quadro 1:** Definição operacional das variáveis independentes em estudo – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem (continua)

Perfil	Variável	Escala de medida	Continuidade da variável	Opções de resposta
Sociodemográfico	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em anos)
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Solteiro/a; União de fato/casado/a; Separado/a ou divorciado/a; Viúvo/a.
Profissional	Ano de licenciatura	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1º ano de licenciatura; 2º ano de licenciatura; 3º ano de licenciatura; 4º ano de licenciatura.
	Ensinos clínicos frequentados	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em número de ensinos clínicos)
	Nível de escolaridade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; Outra. No caso da resposta “outra” há lugar a uma questão aberta variável.
	Título profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta e dicotómica	Resposta múltipla: Enfermeiro; Enfermeiro especialista.

**Quadro 1:** Definição operacional das variáveis independentes em estudo – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem (conclusão)

Perfil	Variável	Escala de medida	Continuidade da variável	Opções de resposta
Profissional	Área de especialização em enfermagem	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Enfermagem de saúde materna e obstétrica; Enfermagem de saúde comunitária; Enfermagem de saúde pública; Enfermagem de saúde infantil e pediátrica; Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Enfermagem de reabilitação; Enfermagem à pessoa em situação crítica/médico-cirúrgica.
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em anos)
	Contexto de prestação de cuidados	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Cuidados de saúde diferenciados; Cuidados de saúde primários; Lares; Outra. No caso da resposta “outra” há lugar a uma questão aberta variável.
	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta e dicotómica	Resposta múltipla: Sim; Não.
	Contexto da formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Contexto académico; Formação contínua; Outra. No caso da resposta “outra” há lugar a uma questão aberta variável.

#### 4.2.3.2. Variável dependente

A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente e consiste no comportamento, resposta ou resultado observado que é devido à variável independente (Fortin, 2009). Assim, os valores da variável dependente modificam-se em função dos valores da variável independente (Vilelas, 2017).

No presente estudo, a variável dependente corresponde às atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à importância da família. Estas atitudes são avaliadas através do instrumento de colheita de dados eleito neste estudo, que inclui a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)” e que é exposto no subcapítulo seguinte.

A operacionalização desta variável foi dividida tendo em conta o modo de construção da escala. Incluímos uma variável respeitante ao *score* total da escala e outras três, respeitantes às suas dimensões. A operacionalização da variável dependente consta no quadro 2.

**Quadro 2:** Definição operacional da variável dependente em estudo – Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)”

Variável	Escala de medida	Continuidade da variável	Opções de resposta
<b>Importância da família nos cuidados de enfermagem (<i>score</i> total)</b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: Discordo completamente (1) Discordo (2) Concordo (3) Concordo completamente (4)
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada pela pontuação total da escala. O intervalo de scores será entre 26-104 pontos.
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i></b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: Discordo completamente (1) Discordo (2) Concordo (3) Concordo completamente (4)
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada pelo somatório da pontuação nesta dimensão da escala. O intervalo de scores será entre 12 – 48.
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: Discordo completamente (1) Discordo (2) Concordo (3) Concordo completamente (4)
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada pelo somatório da pontuação nesta dimensão da escala. O intervalo de scores será entre 10-40.
<b>Família: fardo</b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: Discordo completamente (1) Discordo (2) Concordo (3) Concordo completamente (4)
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada pelo somatório da pontuação nesta dimensão da escala. O intervalo de scores será entre 4 – 16.

#### 4.2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados encerra em si todo o trabalho prévio de investigação, sintetizando as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se visa estudar (Vilelas, 2017). O mesmo autor conceptualiza-o como um recurso ao qual o investigador pode recorrer de modo a melhor conhecer os fenómenos e extrair deles informação.

A seleção do instrumento de colheita de dados depende das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende realizar (Fortin, 2009). Nos estudos quantitativos, o questionário é

uma das técnicas mais comuns de colheita de dados, nomeadamente constituído por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas, simplificando a recolha e processamento de dados (Vilelas, 2017).

Os questionários constituem um método de recolha de dados primários e são “(...) instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Vilelas, 2017, p. 315). A sua finalidade é obter, de modo sistemático e organizado, informação sobre a população em estudo e das variáveis que são objeto de estudo (Vilelas, 2017).

Para a concretização dos objetivos deste estudo, utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário e a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. O instrumento de recolha de dados (anexo III) está estruturado em duas partes distintas. Na primeira parte, são efetuadas questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, nomeadamente: idade, ano de licenciatura e número de ensinos clínicos frequentados, no caso dos estudantes de enfermagem; e, idade, estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização em enfermagem, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, formação e contexto de formação no âmbito de enfermagem de família, no caso dos enfermeiros. Na segunda parte, é solicitado o preenchimento da escala IFCE-AE de Oliveira et al. (2009).

A escala IFCE-AE foi adaptada e validada para a população portuguesa, a partir da escala FINC-NA, por Oliveira et al. (2009). A escala original foi desenvolvida na Suécia em 2008, por um grupo de enfermeiras que a testaram para a realidade nesse país (Oliveira et al., 2011). Possui como pilar central a conceção da família como um recurso importante quer para a pessoa doente, como para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009) e procura mensurar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a).

A versão original da escala é de autopreenchimento, composta por 26 itens, que correspondem a uma escala de concordância do tipo *likert* com quatro opções de resposta que se situam de discordo completamente (1) a concordo completamente (4), e que medem as dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens); família como um parceiro dialogante (8 itens); família como um fardo (4 itens) e família como próprio recurso (4 itens) (Benzein et al., 2008a). Segundo as mesmas autoras, os diferentes itens

podem ser integrados na dimensão cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto) ou comportamental (no meu trabalho). O somatório da pontuação obtida situar-se-á entre 26 e 104 pontos, sendo que, quanto maior o *score* obtido, mais são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família (Benzein et al., 2008a).

A versão portuguesa da escala sofreu algumas alterações na sua construção, nomeadamente, a sua recomposição em três dimensões, no lugar das quatro dimensões da versão original (Oliveira et al., 2011). Assim, esta versão mede três domínios das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da família para os cuidados de enfermagem, sendo: família – parceiro dialogante e recurso de *coping* (12 itens – questões 4, 6, 9, 12, 14 a 19, 24 e 25) a qual compreenderá um *score* entre 12 e 48; família – recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens – questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22) e que poderá ser pontuada de 10 a 40 pontos; e família – fardo (4 itens – questões 2, 8, 23, 26) que corresponderá a um *score* entre 4 e 16 pontos (Oliveira et al., 2011).

À semelhança da versão original, os itens da escala são de autopreenchimento, e estrutura-se e é pontuada nos mesmos moldes. A escala IFCE-AE, com representação das suas dimensões, itens da escala, indicadores e *scores* é apresentada no quadro 3.

**Quadro 3:** Escala IFCE-AE: dimensões, itens, indicadores e *scores* (continua)

Escala IFCE-AE			
Dimensões	Itens da escala	Indicadores	Score
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b>	4 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. 6 – No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. 9 – Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. 12 – Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. 14 – Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. 15 – Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. 16 – Pergunto às famílias como as posso apoiar. 17 – Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que, dessa forma, possam lidar melhor com as situações. 18 – Considero os membros da família como parceiros. 19 – Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. 24 – Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados. 25 – Vejo-me como um recurso para as famílias, para	Discordo completamente (1) Discordo (2) Concordo (3) Concordo completamente (4)	12 - 48

**Quadro 3:** Escala IFCE-AE: dimensões, itens, indicadores e *scores* (conclusão)

	que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.		
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	<p>1 – É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 – Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 – A presença dos membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7 – A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 – A presença dos membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 – A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 – O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 – Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 – É importante dedicar tempo às famílias.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	10 - 40
<b>Família: fardo</b>	<p>2 – A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 – Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 – A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 – A presença de membros da família deixa-me em estresse.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	4-16

Fonte: Oliveira et al. (2009); Oliveira et al. (2011)

Uma pontuação elevada na primeira dimensão revela atitudes de suporte (Oliveira et al., 2011).

Na segunda dimensão, uma pontuação elevada subentende que o enfermeiro considera importante o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, que a considera como unidade e alvo de cuidados, detentora de forças e recursos que lhe permitem colaborar no processo de tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento de interações baseadas numa abordagem colaborativa (Oliveira et al., 2011).

Por último, um *score* elevado na dimensão “Família: fardo” podem ser associados a crenças identificadas como obstáculos ao reconhecimento da família enquanto unidade coerente e competente (Wright & Bell, 2009), traduzindo atitudes negativas como não ter tempo para cuidar das famílias ou considerá-las indesejáveis (Alves, 2012).

#### 4.2.4.1. Consistência Interna da escala IFCE-AE

A avaliação da qualidade metodológica de um instrumento é um fator importante no método científico e determinante para garantir que um estudo seja robusto quanto à sua fundamentação científica (Vilelas, 2017).

A escala IFCE-AE foi validada e adaptada para a cultura portuguesa por Oliveira et al. (2009), tendo por isso ultrapassado os testes à sua validade e confiabilidade, e ser considerada como suscetível de conter dados objetivos e de realmente medir o que afirma medir (Vilelas, 2017).

Seguindo o método utilizado por Oliveira et al. (2009), neste estudo consta a avaliação da validade de constructo da escala, realizada através da análise da consistência interna pela avaliação do alfa de Cronbach, método identificado por Vilelas (2017).

A consistência interna traduz a fiabilidade de um instrumento e reporta-se ao grau em que os itens ou pontos de uma determinada escala se correlacionam entre si e a magnitude pela qual medem esse constructo (Campo-Arias & Oviedo, 2008 citando Hebson, 2001; Streiner, 2003; e Sun et al., 2007).

A consistência interna dos fatores, para Pestana e Gageiro (2014, p.531) define-se como:

“(…) a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões”.

O valor do alfa de Cronbach deve ser um valor positivo e compreendido entre 0 e 1, sendo que correspondem a um melhor grau de consistência interna os valores mais próximos da unidade, podendo estes integrar a classificação de muito boa se compreendidos entre 0,9 e 1; boa, se compreendidos entre 0,8 e 0,9; razoável se compreendidos entre 0,7 e 0,8; fraca, se compreendidos entre 0,6 e 0,7 ou de inadmissível, se inferiores a 0,6 (Vilelas, 2017).

Nos estudos realizados por Oliveira et. al (2009), as autoras recorreram ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach da escala IFCE-AE, quer da totalidade da escala quer de cada uma das suas dimensões (Oliveira et al., 2009): escala total de 0,87; dimensão “família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” de 0,90; dimensão “família: recurso nos cuidados de enfermagem” de 0,84; e na dimensão “família: fardo” foi de 0,49. No referido estudo, as autoras obtiveram assim valores próximos ao da escala original, que revelaram uma elevada consistência interna e precisão na população portuguesa, notando que o valor mais baixo, na

dimensão “família: fardo”, tal como aconteceu na versão original, pode ser justificado pelo facto de a dimensão integrar um número reduzido de itens (Oliveira et al., 2009).

No presente estudo, recorreremos também à avaliação do alfa de Cronbach no sentido de verificar o nível de consistência interna do referido instrumento. No quadro 4 são apresentados os resultados obtidos no presente estudo, comparativamente aos obtidos por Oliveira et al. (2009).

**Quadro 4:** Avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE no estudo de Oliveira et al. (2009) e a comparação com o presente estudo

Dimensões da escala IFCE-AE	Itens	α Cronbach	
		Estudo de Oliveira et al. (2009)	Presente estudo
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i></b>	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25	0,90	0,87
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22	0,84	0,85
<b>Família: fardo</b>	2, 8, 23, 26	0,49	0,53
<b>Escala total</b>		0,87	0,88

Fonte: Oliveira et al. (2009); Oliveira et al. (2011)

É possível observar que no presente estudo, o valor do alfa de Cronbach para a escala total é bom, confirmando a confiabilidade da utilização da escala IFCE-AE no presente estudo.

Na dimensão “família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve-se um valor ligeiramente inferior ao do estudo de validação da escala, mas ainda assim considerada uma consistência interna boa. Nas outras duas dimensões obtiveram-se valores ligeiramente superiores aos estudos de validação. Na dimensão “família: recurso nos cuidados de enfermagem” um valor de 0,85, correspondente a boa, e na dimensão “família: fardo” um valor de 0,53, correspondendo a um nível de consistência interna inadmissível (Vilelas, 2017), ainda assim, ligeiramente superior ao obtido por Oliveira et al. (2009).

#### 4.2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A investigação científica é, para Martins (2008, p.62) “(...) uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes (...) podendo ser de grande importância alguns aspetos que, à primeira vista, são de pormenor”.

A investigação em enfermagem requer assim a salvaguarda dos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça que deverão orientar todos os momentos da investigação (Grande, 2000).

O olhar da ética abrange todas as etapas do processo de investigação, sendo importante, para Nunes (2020, p. 5):

“(…) do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação de resultados”.

O presente estudo, como já referido, encontra-se integrado no Projeto “CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem” tendo por isso partido de pareceres neste âmbito já previamente solicitados e adquiridos.

Este projeto detém parecer favorável pela comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UCISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, emitido no ano de 2021 e identificado no Parecer N°P808-10-2021 (Anexo IV).

Previamente à aplicação do instrumento de colheita de dados, foi ainda solicitada autorização ao conselho clínico e de saúde do ACeS Pinhal Litoral, de modo a prosseguir com o estudo, do qual se obteve autorização para a sua aplicação no dia 1 de novembro de 2023 via *e-mail* (ANEXO V). Relativamente á divulgação dos questionários pelos estudantes de enfermagem, a mesma aconteceu por parte dos coordenadores do projeto, tendo os mesmos obtido autorização e concretizado a sua aplicação aos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria.

O instrumento de colheita de dados procurou dar resposta às questões de natureza ética, incluindo, nesse sentido, a garantia à população questionada da confidencialidade, anonimato e voluntariedade de resposta ao mesmo. Este inicia-se pelo pedido de consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes e inclui a apresentação de um resumo dos elementos para a compreensão do estudo, nomeadamente, a contextualização do estudo, os objetivos, o processo de recolha de dados, os pressupostos éticos inerentes ao respeito pela individualidade da pessoa, o anonimato e confidencialidade da informação recolhida e a relevância da participação dos questionados para o desenvolvimento do estudo. Após o conhecimento de toda a informação relevante para este estudo, os participantes deram a sua permissão para a obtenção e apresentação de dados para os fins desta investigação.

Tanto aos enfermeiros como aos estudantes de enfermagem, o instrumento de colheita de dados foi disponibilizado através de um questionário eletrónico. No caso dos enfermeiros, a divulgação do mesmo foi realizada por via eletrónica, através da conta de *e-mail* profissional, e aos estudantes foi divulgado através dos professores. O período de disponibilização do

instrumento de recolha de dados aos enfermeiros da população em estudo decorreu de 4 de novembro a 4 de dezembro de 2023. No caso dos estudantes de enfermagem decorreu durante o ano de 2023.

---

#### 4.2.6. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

No decorrer de uma investigação, com interseção dos seus planos teórico e empírico, obtém-se a ferramenta real que faculta a informação necessária ao investigador, que fica na posse dos dados recolhidos e que precisam posteriormente de ser organizados, ordenados e processados de forma a gerar conclusões e esclarecer o problema formulado (Vilelas, 2017).

Para o processo de tratamento de dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) na versão 29.0.1.0 (171). Este é uma ferramenta de cálculo, a nível informático, que permite realizar cálculos estatísticos complexos rapidamente (Pereira & Patrício, 2016). Esta ferramenta permitiu o tratamento de dados quer ao nível da estatística descritiva como inferencial.

A estatística descritiva refere-se ao conjunto de regras e técnicas que resumem a informação numérica recolhida numa determinada amostra, sem perda e/ou distorção de informação relativa à mesma (Vilelas, 2017). Engloba um conjunto de medidas e de representações gráficas que permitem uma sistematização, de forma sumária, de um conjunto de dados (Martins, 2011).

Foram utilizadas neste estudo técnicas de estatística descritiva, tais como: frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central – média ( $\bar{X}$ ), mediana (Md) e moda (Mo); medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão ( $\sigma$ ), valor mínimo ( $X_{\min}$ ) e valor máximo ( $X_{\max}$ ).

Após a caracterização da amostra recorrendo à estatística descritiva, surge a estatística inferencial ou inferência estatística que “(...) consiste em inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras e/ou validar hipóteses” (Marôco, 2014, p.35).

De forma a dar seguimento à investigação, foi necessário selecionar os testes estatísticos indicados, paramétricos ou não paramétricos, de forma a verificar se os resultados obtidos advinham de flutuações aleatórias desconhecidas (Vilelas, 2017) e posteriormente aplicá-los e divulgar os seus resultados.

Os testes paramétricos exigem a verificação simultânea de que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso estejamos a comparar duas ou mais populações (Pereira & Patrício, 2016).

Quanto às técnicas de estatística inferencial para a avaliação da normalidade da amostra em estudo, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo o mais utilizado para testar a normalidade, sobretudo em amostras de maiores dimensões, e também o teste de Shapiro-Wilk com o mesmo intuito (Pereira & Patrício, 2016), tendo-se obtido os resultados constantes na tabela seguinte.

**Tabela 3:** Testes de verificação da normalidade do resultado da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem em estudo

Score total da escala IFCE-AE	População-alvo do questionário	n	Testes de normalidade			
			Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			Estatística	p	Estatística	p
	Enfermeiro	35	0,158	0,026	0,918	0,012
	Estudante de Enfermagem	39	0,109	0,200	0,970	0,379

É possível observar que a amostra em estudo possui distribuição normal para a amostra de estudantes de enfermagem, em ambos os testes de normalidade utilizados. No teste de Kolmogorov-Smirnov obteve-se em valor de significância superior a 0,05 ( $p=0,200$ ) à semelhança do teste de Shapiro-Wilk ( $p=0,379$ ).

A amostra de enfermeiros em estudo, por sua vez, não apresenta distribuição normal. No teste de Kolmogorov-Smirnov obteve-se um valor de significância inferior a 0,05 ( $p=0,026$ ), como se sucedeu no teste de Shapiro-Wilk ( $p=0,012$ ).

Apesar da amostra de enfermeiros em estudo não cumprir o requisito de distribuição normal, prosseguimos ainda assim para a testagem da homogeneidade das variâncias de modo a certificar o melhor rumo a dar à investigação. Foi considerado o teste de Levene por ser um dos mais potentes (Marôco, 2014). Obteve-se que a amostra em estudo possui variâncias homogêneas, apresentando valor de  $p$  superior a 0,05, tal como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 4:** Teste de homogeneidade das variâncias do resultado da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem em estudo

Score total da escala IFCE-AE	n	Teste de homogeneidade das variâncias		
		Teste de Levene		
			Estatística de Levene	p
	74	Com base na média	1,404	0,240

Temos então que a amostra possui distribuição normal na amostra de estudantes de enfermagem em estudo, mas tal não se verifica na amostra de enfermeiros. Por sua vez a amostra possui variâncias homogéneas.

Tem sido estudado o efeito da violação do pressuposto da normalidade sobre o resultado dos testes paramétricos (Lindman, 1974 & Lix t al., 1996 citados por Marôco, 2014) e os resultados demonstram que os métodos paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e as amostras não sejam extremamente pequenas (Scheffé, 1959; Herwell et al., 1992; Refinetti, 1996 citados por Marôco, 2014).

Há ainda outros estudos a referir que, de modo geral, os testes paramétricos (F da ANOVA e t-Student) são robustos ao erro de tipo 1 mesmo quando as distribuições em estudo apresentam assimetria ou achatamento consideráveis (Marôco, 2014).

De forma a certificar os testes estatísticos a utilizar neste estudo foi avaliada a assimetria (*sk*) e achatamento ou curtose (*ku*), que segundo Kline (1998) citado por Marôco (2014) devem apresentar valores inferiores a 3 e a 8-10, respetivamente, para considerar os modelos paramétricos suficientemente robustos na amostra em estudo e ainda considerado o tamanho da amostra (N= 74), que sendo uma amostra com mais de 30 elementos, segundo a teoria do limite central, tende para uma distribuição normal. Tal como é possível observar na tabela seguinte, a amostra em estudo apresenta valores de assimetria e achatamento que são considerados baixos, podendo assim considerar-se os métodos paramétricos como robustos neste estudo.

**Tabela 5:** Teste de assimetria e curtose dos resultados da escala IFCE-AE na amostra de enfermeiros em estudo

Score total da escala IFCE-AE	Testes			
	População-alvo	n	Assimetria (sk)	Curtose (ku)
	Enfermeiros	35	-0,499	-0,988

A escolha pelos testes paramétricos incidiu nos testes t-student para duas amostras independentes, que, segundo Pereira e Patrício (2016) compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes, e que nos permitiu avaliar a importância atribuída à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem mediante as diferentes variáveis independentes em estudo. E ainda, na análise de variância, ANOVA de um fator, que pode ser utilizada para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis.

Foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), com o intuito de medir a correlação entre duas variáveis (Pereira & Patrício, 2016). Este procura medir a intensidade e direção da associação do tipo linear entre duas variáveis quantitativas, sendo que este coeficiente varia entre -1 e +1 e, quando este valor é superior a 0 as variáveis variam no mesmo sentido e quando é inferior variam no sentido oposto, e o valor absoluto indica a intensidade da relação (Marôco, 2014).

De modo cronológico, de seguida são apresentados e analisados os resultados obtidos, face às hipóteses enunciadas, com objetivo de verificar a existência e natureza das relações e a diferença entre as variáveis em estudo (Vilelas, 2017). Estes serão apresentados sob forma de tabelas, de modo a promover uma análise mais clara, simples e acessível.

### 4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentado o processo de tratamento de dados e são apresentados e analisados os resultados estatísticos obtidos.

Primeiramente, é apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, com a análise das principais variáveis independentes: idade, ano de licenciatura e número de ensinos clínicos frequentados pelos estudantes, estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização em enfermagem, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, formação no âmbito de enfermagem de família e contexto do processo formativo em enfermagem de família.

De seguida é caracterizada a variável dependente “Importância da Família nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. Posteriormente, procede-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

---

#### 4.3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

O estudo das características sociodemográficas e profissionais da amostra incluíram distintas variáveis independentes.

Nos estudantes de enfermagem estas variáveis incluem a idade, o ano de licenciatura e número de ensinos clínicos frequentados. Já os enfermeiros do presente estudo foram questionados quanto ao seu estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização em enfermagem, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de

cuidados, formação no âmbito de enfermagem de família e contexto do processo formativo em enfermagem de família.

A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem é representada na tabela 6.

**Tabela 6:** Distribuição da amostra de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem pelas suas características sociodemográficas e profissionais

Características sociodemográficas e profissionais	Grupo	
	Enfermeiros n = 35	Estudantes de Enfermagem n = 39
<b>Idade (anos)</b>		
Média ( $\bar{X}$ )	44,31	22,18
Desvio padrão ( $\sigma$ )	9,622	4,904
Valor mínimo (Xmin) - Valor máximo (Xmax)	25-65	19-50
<b>Ano do curso de licenciatura</b>		
2º ano	-	9 (23,1%)
3º ano	-	8 (20,5%)
4º ano	-	22 (56,4%)
<b>Ensinos clínicos frequentados (nº)</b>		
1 a 3	-	11 (28,2%)
4 a 6	-	7 (18%)
7 a 9	-	21 (53,8%)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro/a	5 (14,3%)	-
União de fato ou casado/a	28 (80%)	-
Separado/a ou divorciado/a	1 (2,9%)	-
Viúvo/a	1 (2,9%)	-
<b>Nível de escolaridade</b>		
Bacharelato	1 (2,9%)	-
Licenciatura	22 (62,9%)	-
Mestrado	12 (34,3%)	-
<b>Título profissional</b>		
Enfermeiro	22 (62,9%)	-
Enfermeiro-especialista	13 (37,1%)	-
<b>Área de especialização em enfermagem</b>		
Saúde Materna e Obstétrica	2 (5,7%)	-
Saúde Comunitária	6 (17,1%)	-
Saúde Infantil e Pediátrica	2 (5,7%)	-
Reabilitação	2 (5,7%)	-
Pessoa em Situação Crítica/ M. Cirúrgica	1 (2,9%)	-
<b>Tempo de exercício profissional (anos)</b>		
Média ( $\bar{X}$ )	21,06	-
Desvio padrão ( $\sigma$ )	9,38	-
Valor mínimo (Xmin) - Valor máximo (Xmax)	3 – 40	-
<b>Contexto de prestação de cuidados</b>		
Cuidados de saúde primários	35 (100%)	-
<b>Formação em enfermagem de família</b>		
Sim	21 (60%)	-
Não	14 (40%)	-
<b>Contexto da formação</b>		
Formação contínua	11 (31,4%)	-
Contexto académico	9 (25,7%)	-
Ambas: contexto académico e formação contínua	1 (2,9%)	-

É possível observar que, no que respeita à distribuição da idade (anos) dos estudantes de enfermagem, estes têm entre 19 anos ( $X_{\min}$ ) e 50 anos ( $X_{\max}$ ), com uma média de idades de 22,18 anos e um desvio padrão de 4,9 anos. Relativamente aos enfermeiros, a sua idade apresenta um valor mínimo ( $X_{\min}$ ) de 25 anos e um valor máximo de 65 anos ( $X_{\max}$ ), sendo 44,31 anos a média de idades e um desvio padrão de 9,6 anos.

Relativamente ao ano de licenciatura frequentado pelos estudantes de enfermagem verificamos que 23,1% (n=9) frequentavam o 2º ano do curso de licenciatura em enfermagem, 20,5% (n=8) eram estudantes do 3º ano e a sua maioria, 56,4% (n=22) frequentavam o 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem.

Quanto ao número de ensinós clínicos frequentados pelos estudantes, verificamos que 28,2% (n=11) dos estudantes realizaram entre um e três ensinós clínicos no âmbito do curso de licenciatura. Cerca de 18% (n=7) realizaram entre quatro e seis ensinós clínicos. Aproximadamente 53,8% (n=21), realizaram sete ou mais ensinós clínicos no âmbito da sua formação.

O estado civil dos enfermeiros corresponde a 80% (n=28) casados ou a viver em união de fato, 14,3% (n=5) solteiros, 2,9% (n=1) viúvos e 2,9% (n=1) separados ou divorciados.

Quanto ao nível de escolaridade dos enfermeiros, 62,9% (n=22) possuem licenciatura, 34,3% (n=12) possuem mestrado e apenas 2,9% (n=1) possuem bacharelato.

No que respeita ao título profissional atribuído aos enfermeiros, 62,9% (n=22) têm atribuído o título profissional de enfermeiro e 37,1% (n=13) possuem título profissional de enfermeiro especialista.

Dos enfermeiros que possuem o título profissional de enfermeiro especialista 46,2% (n=6) são da área de especialidade de enfermagem de saúde comunitária. As especialidades de enfermagem de saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediátrica e reabilitação representam, cada uma, 15,4% (n=2) e a especialidade de enfermagem à pessoa em situação crítica/médico-cirúrgica representa 7,7% (n=1).

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verifica-se uma média ( $\bar{X}$ ) de 21,06 anos no exercício da profissão, um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 9,38 e com um valor mínimo ( $X_{\min}$ ) de 3 anos e um valor máximo ( $X_{\max}$ ) de 40 anos.

A totalidade dos enfermeiros que participaram no estudo (n=35) exercem funções no contexto de cuidados de saúde primários.

Relativamente à formação no âmbito de enfermagem de família, observamos que 60% (n=21) dos enfermeiros possuem formação neste âmbito. Da totalidade dos enfermeiros detentores desta formação, 52,4% (n=11) adquiriram-na em contexto de formação contínua, 42,9% (n=9) em contexto académico e 4,8% (n=1) em ambos os contextos, académico e de formação contínua.

### 4.3.2. IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – ATITUDES DOS ENFERMEIROS E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

A avaliação das atitudes dos estudantes de enfermagem e enfermeiros face às famílias foi realizada através da aplicação da escala IFCE-AE (Oliveira et al., 2009; 2011), que define que quanto mais elevado o score obtido, mais são as atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias (Oliveira et al., 2009: 2011).

De forma a melhor caracterizar as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família, recorreremos à distribuição da amostra quer pelas três dimensões da escala como quanto ao seu *score* total, e que é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 7:** Distribuição da amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem por dimensões e *score* total da escala IFCE-AE

	Dimensões da Escala IFCE-AE				
	População-alvo	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Família: fardo	Score total da escala
<b>Média (<math>\bar{X}</math>)</b>	Total	40,38	34,43	7,45	82,26
	Enfermeiros	41,54	35,54	7,40	84,49
	Estudantes	39,33	33,44	7,49	80,26
<b>Mediana (Md)</b>	Total	40,50	35	7	83,50
	Enfermeiros	42	35	7	86
	Estudantes	38	33	7	80
<b>Moda (Mo)</b>	Total	47	38	7	75
	Enfermeiros	47	35	6	77
	Estudantes	37	38	7	75
<b>Desvio padrão (<math>\sigma</math>)</b>	Total	4,91	3,84	1,92	8,23
	Enfermeiros	4,46	3,48	2,23	7,40
	Estudantes	5,11	3,92	1,62	8,50
<b>Valor mínimo (Xmin) - Valor máximo (Xmax)</b>	Total	27 - 48	25 - 40	4 - 12	62 - 97
	Enfermeiros	33 - 48	28 - 40	4 - 12	69 - 95
	Estudantes	27 - 47	25 - 40	4 - 12	62 - 97

- Dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”

A primeira dimensão da escala “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” poderá contemplar um *score* compreendido entre 12 e 48, como já mencionado.

A amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem em estudo apresentaram nesta dimensão uma média ( $\bar{x}$ ) de 40,38, mediana (Md) de 40,50 e moda ( $M_o$ ) de 47, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 4,91, sendo 27 o valor mínimo ( $X_{min}$ ) e 48 o valor máximo ( $X_{max}$ ), quanto ao *score* obtido.

Considerando apenas a amostra de enfermeiros, esta dimensão apresenta uma média ( $\bar{x}$ ) de *score* de 41,54, mediana (Md) de 42, moda ( $M_o$ ) de 47, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 4,46 e um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 33 e máximo ( $X_{max}$ ) de 48.

Nos estudantes de enfermagem, esta dimensão apresenta uma média ( $\bar{x}$ ) de *score* de 39,33, mediana (Md) de 38,00, moda ( $M_o$ ) de 37, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 5,111 e um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 27 e máximo ( $X_{max}$ ) de 47.

- Dimensão “Família: recurso nos cuidados de Enfermagem”

A dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” poderá compreender *scores* entre 10 e 40.

Na amostra total obteve-se uma média ( $\bar{x}$ ) de 34,43, mediana (Md) de 35 e moda ( $M_o$ ) de 38, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 3,84, valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 25 e máximo ( $X_{max}$ ) de 40.

Considerando apenas as respostas dos Enfermeiros, a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” apresenta uma média ( $\bar{x}$ ) de 35,54, mediana (Md) de 35, moda ( $M_o$ ) de 35, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 3,48 e um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 28 e máximo ( $X_{max}$ ) de 40.

Nos estudantes de enfermagem, esta dimensão apresenta uma média ( $\bar{x}$ ) de *score* de 33,44, mediana (Md) de 33,00, moda ( $M_o$ ) de 38, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 3,92 e um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 25 e máximo ( $X_{max}$ ) de 40.

- Dimensão “Família: fardo”

A dimensão “Família: fardo” pode compreender uma pontuação entre 4 e 16 pontos.

Nesta dimensão, para a amostra total, obteve-se uma média ( $\bar{x}$ ) de 7,45, mediana (Md) e moda ( $M_o$ ) de 7, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 1,92, valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 4 e máximo ( $X_{max}$ ) de 12.

Os enfermeiros apresentaram uma média ( $\bar{x}$ ) de *score* de 7,40, mediana (Md) de 7, moda ( $M_o$ ) de 6, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 2,23 e um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 4 e máximo ( $X_{max}$ ) de 12.

Os estudantes de enfermagem apresentaram uma média ( $\bar{X}$ ) de score de 7,49, mediana (Md) e moda (Mo) de 7, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 1,62 e um valor mínimo (Xmin) de 4 e máximo (Xmax) de 12.

- o *Score* total da escala

O somatório das dimensões da escala, nos enfermeiros e estudantes de enfermagem, aponta para uma média ( $\bar{X}$ ) de *score* de 82,26, mediana (Md) de 83,50 e moda (Mo) de 75. Apresenta um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 8,23, sendo 62 o valor mínimo (Xmin) obtido e 97 o valor máximo (Xmax).

Considerando apenas a amostra de Enfermeiros em estudo, o somatório das dimensões da escala apresenta uma média ( $\bar{X}$ ) de *score* de 84,49, mediana (Md) de 86 e moda (Mo) de 77. Apresenta um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 7,40, sendo 69 o valor mínimo (Xmin) obtido e o valor máximo (Xmax) de 95.

No caso da amostra dos estudantes de enfermagem o somatório dos *scores* da escala apresenta uma média ( $\bar{X}$ ) de *score* de 80,26, mediana (Md) de 80,00, moda (Mo) de 75, com um desvio padrão ( $\sigma$ ) de 8,50 e um valor mínimo (Xmin) de 62 e máximo (Xmax) de 97.

---

### 4.3.3. TESTES DE HIPÓTESES

As hipóteses, enquanto previsão da relação entre duas ou mais variáveis, são suscetíveis de ser colocadas à prova – testes de hipóteses – que levarão à sua aceitação ou rejeição (Pocinho, 2012).

Assim, o teste de hipóteses é uma regra de decisão que permite aceitar ou rejeitar essa hipótese, o que depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância) para cada situação, sendo geralmente 0.05 nas investigações no âmbito das ciências sociais (Vilelas, 2017), tendo por isso sido considerado esse valor no presente estudo.

Para cada característica a testar foram definidas duas hipóteses, uma designada por hipótese nula (H0), que admite que a ação experimental realizada com a amostra não provocou alterações nas suas características e outra, a hipótese alternativa (H1) que afirma as alterações que se espera que ocorram nas características da amostra em função da ação experimental realizada (Vilelas, 2017). A aceitação de uma ou outra hipótese depende dos resultados do teste estatístico e nível de significância aplicados, sendo que, a rejeição da hipótese H0 permite aceitar a hipótese H1 (Vilelas, 2017).

Desta forma, segundo Vilelas (2017), se  $p$  for inferior a 0,05 há uma evidência significativa contra  $H_0$  e é possível rejeitar a hipótese nula; se  $p$  igual ou superior a 0,05 não há uma evidência significativa contra  $H_0$ , pelo que não é possível rejeitar a hipótese nula.

De seguida, apresentam-se os testes às hipóteses formuladas, analisando os resultados dos *scores* obtidos na totalidade da escala IFCE-AE e relacionando as pontuações médias obtidas em função das características sociodemográficas e profissionais em estudo.

- **Hipótese 1:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e a idade.

Para testar esta hipótese foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) e o respetivo teste de significância. Observou-se que não existe evidência estatisticamente significativa de correlação entre a idade e a importância atribuída à família, medida através da escala IFCE-AE ( $p= 0,132$ ).

Assim, sugere-se que a idade não influencia as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família. No entanto, os resultados sugerem uma associação positiva entre a importância atribuída à família e a idade, cerca de um aumento de 17,7% ( $r= 0,177$ ) na importância atribuída à família por cada ano decorrido, tal como é possível observar na tabela 8.

**Tabela 8:** Relação entre as atitudes enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e a idade

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson (r)	Idade (anos)
	n	74
p	0,132	
r	0,177	

- **Hipótese 2:** Existe relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o ano de licenciatura que frequentam.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste paramétrico ANOVA de um fator. Como é possível observar na tabela seguinte, obteve-se no teste de significância um valor não estatisticamente significativo ( $p=0,161$ ) para a relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem e o ano de licenciatura frequentado. No entanto, os estudantes do 4º ano de licenciatura foram os que apresentaram mais atitudes de importância face à família ( $\bar{X} =81,64$ ) relativamente aos estudantes de anos inferiores, como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 9:** Relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o ano do curso de licenciatura que frequentam

Escala IFCE-AE	Ano do curso de licenciatura em Enfermagem	n	Média ( $\bar{X}$ )	ANOVA $p= 0,161$
	2º ano	9	81,44	
	3º ano	8	75,13	
	4º ano	22	81,64	

- **Hipótese 3:** Existe relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o número de ensinoss clínicos realizados no âmbito da licenciatura em Enfermagem.

Para testar esta hipótese foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) e o respetivo teste de significância. Não se observou evidência estatisticamente significativa de correlação entre as duas variáveis.

Assim, sugere-se que o número de ensinoss clínicos realizados pelos estudantes não influencia as suas atitudes face à família. No entanto, os resultados obtidos indicam que a importância atribuída à família parece aumentar à medida que os estudantes contam mais ensinoss clínicos realizados, com um aumento de 7% ( $r=0,072$ ) a cada ensino clínico realizado, tal como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 10:** Relação entre as atitudes dos estudantes de enfermagem face à família e o número de ensinoss clínicos realizados

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson ( $r$ )	Número de ensinoss clínicos realizados
	n	39
	$p$	0,663
	$r$	0,072

- **Hipótese 4:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste paramétrico ANOVA de um fator. Como é possível observar na tabela 11, obteve-se no teste de significância um valor não estatisticamente significativo para a relação entre as atitudes dos enfermeiros e o estado civil, mas ainda assim um valor próximo de o confirmar ( $p=0,072$ ).

Os resultados salientaram com mais atitudes de inclusão da família os enfermeiros com o estado civil de “viúvo”, representando o valor médio mais elevado para a escala IFCE-AE ( $score= 95$  pontos), seguido de “união de fato/casado/a” ( $score= 84,96$ ), “solteiro/a” ( $score= 82,80$  pontos) e “separado/a” apresentou o valor mais baixo ( $score= 69$  pontos).

**Tabela 11:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil

Escala IFCE-AE	Estado Civil	n	Média ( $\bar{X}$ )	ANOVA
	Solteiro/a	5	82,80	
União de fato/a casado/a	28	84,96		
Separado/a ou divorciado/a	1	69,00		
Viúvo	1	95,00		

- **Hipótese 5:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade.

Como é possível observar na tabela seguinte, através da aplicação do teste paramétrico ANOVA de um fator, obteve-se no teste de significância um valor não estatisticamente significativo para a relação entre as atitudes dos enfermeiros e o nível de escolaridade, mas ainda assim um valor não muito distante de o confirmar ( $p=0,088$ ).

Os resultados, ainda assim, apontam para maior importância atribuída à família pelos enfermeiros à medida que o seu nível de escolaridade aumenta. Os enfermeiros com estudos ao nível de bacharelato apresentaram uma média de *score* na escala IFCE-AE de 70 pontos. Este valor situa-se nos 84,05 no caso dos enfermeiros detentores de curso de licenciatura e cresce nos enfermeiros com grau de mestre, para um *score* médio de 86,50 pontos.

**Tabela 12:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade

Escala IFCE-AE	Nível de Escolaridade	n	Média ( $\bar{X}$ )	ANOVA
	Bacharelato	1	70,00	
Licenciatura	22	84,05		
Mestrado	12	86,50		

- **Hipótese 6:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.

De forma a testar a existência de relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional, foi aplicado o teste paramétrico t-student. Obteve-se que os resultados do teste aplicado são estatisticamente significativos, uma vez que os valores de  $p$  obtidos são inferiores a 0,05 ( $p=0,028$ ).

Considera-se que existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional que detêm. A média de importância atribuída à família pelos enfermeiros é superior nos que detêm título de especialista ( $\bar{X} = 88,00$ ) face aos enfermeiros que não possuem este título ( $\bar{X} = 82,41$ ), como é possível observar na tabela 13.

**Tabela 13:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional

Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	Média ( $\bar{X}$ )	T-student $p= 0,028^*$
	Enfermeiro	22	82,41	
	Enfermeiro Especialista	13	88,00	

\*Sig. 2 extremidades

- **Hipótese 7:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização em enfermagem.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste ANOVA de um fator, no qual obtivemos no teste de significância um valor não significativo ( $p=0,651$ ). Desta forma, obtemos que as atitudes dos enfermeiros face à família não se relacionam com a sua área de especialização.

A média de importância atribuída à família pelos enfermeiros especialistas da amostra em estudo foi superior nos detentores de especialidade em saúde infantil e pediátrica ( $score= 90,50$ ), seguido dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica ( $score= 90$ ) e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária ( $score= 89,17$ ). Os enfermeiros das especialidades de saúde materna e obstétrica e enfermagem de reabilitação apresentaram os  $scores$  mais baixos, respetivamente de 85,50 e 83,50 pontos, tal como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 14:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização em Enfermagem

Escala IFCE-AE	Área de especialização	n	Média ( $\bar{X}$ )	ANOVA $p= 0,651$
	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	2	85,50	
	Enfermagem de Saúde Comunitária	6	89,17	
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	2	90,50	
	Enfermagem de Reabilitação	2	83,50	
	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica/Médico-cirúrgica	1	90,00	

- **Hipótese 8:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.

De modo a testar esta hipótese foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). Obteve-se que os resultados deste teste não são estatisticamente significativos ( $p=0,847$ ), pelo que não é possível afirmar que existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.

Apesar de não possuir significado estatístico, o teste apresentou uma relação inversa ( $r = -0,034$ ) entre a importância atribuída à família e o tempo de exercício profissional, como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 15:** Relação entre as atitudes dos Enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson (r)	Tempo de exercício profissional
		n
	p	0,847
	r	-0,034

- **Hipótese 9:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em Enfermagem de Família.

Para testar esta hipótese foi utilizado o teste t-student para amostras independentes e respetivo teste de significância. Obteve-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,498$ ) na importância atribuída à família por enfermeiros que realizaram e não realizaram formação na área de enfermagem de família.

Na amostra em estudo, no entanto, os enfermeiros que realizaram formação em enfermagem de família apresentaram um *score* superior na escala IFCE-AE ( $\bar{x} = 85,19$ ) face aos enfermeiros que não realizaram ( $\bar{x} = 83,43$ ), tal como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 16:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em Enfermagem de Família

Escala IFCE-AE	Formação em Enfermagem de Família	n	Média ( $\bar{X}$ )	T-student
		Sim	21	
	Não	14	83,43	$p = 0,498^*$

\*Sig. 2 extremidades

- **Hipótese 10:** Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto do processo formativo em Enfermagem de família.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste ANOVA de um fator, no qual obtivemos no teste de significância um valor não significativo ( $p=0,853$ ). Desta forma, as atitudes dos enfermeiros face à família não se relacionam com o contexto do processo formativo em Enfermagem de Família.

A amostra de enfermeiros em estudo que obteve maior *score* na escala IFCE-AE foi a que realizou formação em enfermagem de família no contexto académico ( $score = 86,11$ ), tal como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 17:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto do processo formativo em Enfermagem de Família

Escala IFCE-AE	Contexto do processo formativo em Enfermagem de Família	n	Média ( $\bar{X}$ )	ANOVA  $p= 0,853$
	Contexto académico	9	86,11	
	Formação contínua	11	84,36	
	Ambos: contexto académico e formação contínua	1	86,00	

- **Hipótese 11:** Existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à família por enfermeiros e estudantes de enfermagem.

A significância da diferença entre a importância atribuída à família por estudantes de enfermagem e enfermeiros foi avaliada com o teste t-student para amostras independentes.

Obtivemos que os resultados são estatisticamente significativos ( $p=0,026$ ). É possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à família por estudantes de enfermagem e enfermeiros, sendo os enfermeiros detentores de *scores* significativamente mais elevados quanto às atitudes de suporte face à família ( $\bar{X} = 84,49$ ) relativamente aos estudantes ( $\bar{X} = 80,26$ ), como é possível observar na tabela seguinte.

**Tabela 18:** Relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família

Escala IFCE-AE	População-alvo	n	Média ( $\bar{X}$ )	T-student  $p= 0,026^*$
	Estudantes de Enfermagem	39	80,26	
	Enfermeiros	35	84,49	

\*Sig. 2 extremidades

#### 4.4.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a saúde dos seus elementos pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior a ênfase colocada no sistema familiar (Kaakinen et al., 2010).

As atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias demonstram o entendimento que possuem sobre a importância de as integrar no processo de cuidados (Oliveira et al., 2011).

No presente estudo participaram 35 enfermeiros e 39 estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem.

Os estudantes de enfermagem que integraram o estudo apresentaram uma média de idades de aproximadamente 22,18 anos, em que 56,4% (n=22) da amostra eram estudantes do último

ano do curso de licenciatura, contando 53,8% (n=21) com sete ou mais ensinamentos clínicos realizados no âmbito da sua formação, e por isso, com um contacto significativo com o contexto de prestação de cuidados. Frade et al. (2021) no seu estudo sobre a perspetiva dos enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre a integração da família nos cuidados de enfermagem incluíram uma amostra de 93 estudantes de enfermagem, com uma média de idades de 20,40 anos, ligeiramente inferior ao valor obtido na nossa amostra.

No que respeita aos enfermeiros, a idade média foi de 44,31 anos e em média 21,06 anos de exercício da profissão, atualmente todos em funções em contexto de cuidados de saúde primários. Quanto à sua escolaridade, 62,9% (n=22) dos enfermeiros são detentores de estudos ao nível de licenciatura e 34,3% (n=12) ao nível de mestrado, traduzindo-se em 62,9% (n=22) profissionais com o título de enfermeiro e 37,1% (n=13) com título de enfermeiro especialista. Dos enfermeiros detentores deste título, 46,2% (n=6) são especialistas em enfermagem de saúde comunitária. Da totalidade de enfermeiros, 60% (n=21) são detentores de formação na área de enfermagem de família, dos quais 52,4% (n=11) a adquiriram em contexto de formação contínua, 42,9% (n=9) em contexto académico e 4,8% (n=1) em ambos os contextos.

Os dados da **caraterização sociodemográfica e profissional** da amostra de enfermeiros foram comparados com os de outros estudos quer a nível nacional quer internacional.

Quanto à **idade**, os estudos de Frade et al. (2021) obtiveram uma média de idades de 41,93 anos para os enfermeiros. Pires (2016) e Silva et al. (2013) obtiveram respetivamente amostras com 41,53 e 40,59 anos de idade, estudos com valores não muito disparem aos por nós obtidos. Barbiéri-Figueiredo et al. (2012) no seu estudo sobre as atitudes, conceções e práticas dos enfermeiros nos cuidados às famílias em contexto de cuidados de saúde primários, obteve uma média de idades de 37 anos. À semelhança dos estudos de Fernandes et al. (2015), Martins et al. (2010), Oliveira et al. (2011) e Sousa (2011) obtiveram valores semelhantes, inferiores ao do presente estudo, compreendidos entre 33,8 e 38,6 anos de idade. O anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros (2023b), no entanto, aponta a faixa etária dos 36 aos 40 anos como a predominante relativamente à idade dos enfermeiros portugueses.

Quanto à **experiência profissional**, os estudos de Fernandes et al. (2015), Silva et al. (2013), Pires (2016) e Frade et al. (2021) apresentaram valores inferiores quanto ao número de anos de exercício da profissão, respetivamente, 16,2, 16,4, 17,5 e 18,6 anos. Oliveira et al. (2011) obtém valores inferiores, com uma média de 12,9 anos de exercício profissional.

Em todos os estudos consultados, o **nível de escolaridade** predominante dos enfermeiros foi a licenciatura, em consonância com os resultados obtidos. Frade et al. (2021) obteve 66,19% de enfermeiros detentores do grau de licenciado, 30,98% com grau de mestre e 2,81% com grau de doutor, valores muito semelhantes aos obtidos no presente estudo no caso do grau de licenciado e grau de mestre. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023b) no seu anuário estatístico, aproximadamente 74,39% dos enfermeiros são licenciados e apenas 10,6% são detentores do grau de mestre. Por outro lado, distintos estudos salientaram mais de 80% dos enfermeiros inquiridos como detentores do grau de licenciado (Oliveira et al., 2011; Martins et al., 2010; Sousa, 2011; Barbiéri-Figueiredo, 2012; Silva et al., 2013; Fernandes et al., 2015 & Pires, 2016).

Relativamente ao **título profissional** dos enfermeiros, os estudos de Barbiéri-Figueiredo et al. (2012), Sousa (2011), Fernandes et al. (2015) e Pires (2016) apontam, à semelhança do presente estudo, predominância de enfermeiros com título de enfermeiro, com valores compreendidos entre 63% e 78,3%, comparativamente aos enfermeiros com título de especialista em enfermagem. Barbiéri-Figueiredo et al. (2012) constatou na sua amostra que 40% dos enfermeiros com título de especialista eram da área de saúde comunitária, valor ligeiramente inferior ao encontrado no presente estudo (46,2%), no que respeita à **área de especialização em enfermagem**.

Segundo o anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros (2023b), cerca de 6,17% dos enfermeiros especialistas são da área de enfermagem comunitária. Destes, apenas aproximadamente 8% possuem o título de especialista na área de enfermagem de saúde familiar, o que pode ser justificado pelo facto de ser uma especialidade implementada recentemente. No nosso estudo a proporção de enfermeiros com especialidade na área de enfermagem comunitária corresponde a um valor muito superior, o que pode ser mais facilmente compreendido pelo facto de todos os enfermeiros inquiridos trabalharem no contexto de cuidados de saúde primários.

A **formação em enfermagem de família** foi uma variável incluída nos estudos de todos os autores supracitados, dada a sua importância nas atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem. Os estudos de Barbiéri-Figueiredo (2012), Silva et al. (2013) e Pires (2016) revelaram uma proporção de enfermeiros com formação nesta área com respetivamente 37%, 30,4% e 18,9%. Com valores superiores e semelhantes ao do nosso estudo, os estudos de Martins et al. (2010), Oliveira et al. (2011), Sousa (2011) e Frade et al. (2021) obtiveram

respetivamente 59,6%, 59,6, 57,7% e 50,70% enfermeiros com formação nesta área, revelando a preocupação dos enfermeiros na procura pela formação que, como referem Flowers et al. (2008), é essencial para aumentar o nível de preparação e autoconfiança dos enfermeiros no cuidado às famílias. Estes resultados sugerem que os enfermeiros se interessam pela aquisição de conhecimentos e habilidades para uma abordagem centrada na família, também porque possuem essa formação e a adquiriram em diversos contextos. Segundo o anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros (2023b), nos últimos anos tem crescido o número de enfermeiros formados nesta especialidade.

De modo a avaliar as atitudes dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem foi utilizada a escala IFCE-AE de Oliveira et al. (2011). Foi realizada a avaliação da consistência interna da escala para o seu *score* total e suas dimensões e confirmada a sua confiabilidade no presente estudo. Para o *score* total da escala obtivemos um alfa Cronbach de 0,88, valor inclusive superior ao obtido por Oliveira et al. (2011). Na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve-se alfa de Cronbach = 0,87, em “Família: recurso nos cuidados de enfermagem verificou-se alfa de Cronbach = 0,85 e na dimensão “Família: fardo” verificou-se alfa de Cronbach = 0,53. Em suma, os resultados indicaram uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que compõe as três dimensões da escala, o que nos permitiu a sua utilização.

Relativamente à variável dependente, a **importância das famílias nos cuidados de enfermagem**, de salientar que os enfermeiros e estudantes de enfermagem revelaram uma atitude positiva perante a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem, com atitudes de suporte em relação à família e a sua inclusão nos cuidados. A amostra apresentou uma média de 82,26 quanto ao *score* total da escala IFCE-AE, que resultou da soma das médias obtidas nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ( $\bar{x}$ = 40,38), “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ( $\bar{x}$ = 34,43) e “Família: fardo” ( $\bar{x}$ = 7,45).

Os resultados obtidos vão de encontro às orientações quer nacionais quer internacionais para a integração da família nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2009). Constituem assim um bom indicador dos cuidados à família, uma vez que, como refere Benzein et al. (2008b), quando os enfermeiros reconhecem a importância da família estão empenhados em estabelecer relações significativas com ela. Também Frade et al. (2021) salienta que a pertinência da inclusão da família nos cuidados de enfermagem está vinculada à promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias.

Outros estudos realizados a nível nacional corroboram a importância da integração da família nos cuidados de enfermagem, em diferentes contextos de prestação de cuidados (Martins et al., 2010; Sousa, 2011; Silva et al., 2013; Barbieri-Figueiredo et al., 2012; Fernandes et al., 2015; Pires, 2016) que nos seus estudos obtiveram igualmente atitudes positivas dos enfermeiros face às famílias.

Relativamente à importância atribuída à família por enfermeiros e estudantes de enfermagem, confirmamos que esta foi superior nos enfermeiros ( $\bar{x}= 84,49$ ) comparativamente aos estudantes de enfermagem ( $\bar{x}= 80,26$ ), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,026$ ). Ou seja, os enfermeiros demonstram atribuir maior importância à família no contexto da prestação de cuidados. Relativamente a estudos que incluíssem na sua amostra estudantes de enfermagem e enfermeiros salientamos o estudo de Frade et al. (2021) que obteve resultados distintos, com os estudantes de enfermagem a demonstrarem mais importância atribuída à família comparativamente aos enfermeiros.

Os estudos realizados por Pires (2016) concluíram, com aplicação do mesmo instrumento de medida, que os enfermeiros possuem elevada concordância quanto ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, em concordância com os estudos de Ângelo et al. (2014), Silva et al. (2013) e Fernandes et al. (2015).

Por outro lado, é reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido pelos académicos em Portugal, ao nível da formação em enfermagem, no sentido de promover nos estudantes a preocupação em envolver a família nos cuidados de enfermagem, dotando-os de conhecimentos científicos e técnicos para intervirem junto das famílias (Frade et al., 2021), de tal modo que a média apresentada pelos estudantes face à importância atribuída à família é também considerada elevada.

No que se refere à **relação entre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e as características sociodemográficas e profissionais**, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,028$ ) entre enfermeiros que detêm e não detêm título profissional de enfermeiro especialista. Os resultados sugerem que os enfermeiros especialistas revelam mais atitudes de suporte face à família ( $\bar{x}=88,00$ ) face aos enfermeiros que não possuem este título ( $\bar{x}= 82,41$ ).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) a certificação de competências especializadas assegura que o enfermeiro especialista detém um conjunto específico de conhecimentos, habilidades e capacidades que,

avaliadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, articula para atuar em diferentes contextos da vida das pessoas e diferentes níveis de prevenção.

Estes resultados são corroborados por Silva et al. (2013), que concluíram que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte e atribuem maior importância às famílias no contexto de prestação de cuidados. Por outro lado, Fernandes et al. (2015) não concluiu a existência de diferenças significativas na importância atribuída à família em função do título profissional dos enfermeiros.

Os resultados obtidos não apresentaram correlações significativas que justifiquem a influência nas restantes variáveis em estudo: idade; ano de licenciatura e número de ensinamentos clínicos frequentado pelos estudantes; estado civil; nível de escolaridade; área de especialização em enfermagem; tempo de exercício profissional; formação em enfermagem de família e contexto do processo formativo em enfermagem de família.

Relativamente à variável **idade**, Frade et al. (2021), Silva et al. (2013) e Ângelo et al. (2014) verificaram a relação entre o aumento da idade e maior importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, que na nossa amostra se verificou, mas sem diferenças estatisticamente significativas, em conformidade com Pires (2016) que não observou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala com esta variável.

Relativamente ao **ano de licenciatura e ensinamentos clínicos realizados** pelos estudantes não nos foi possível obter dados para comparar com os nossos resultados. No entanto, na nossa amostra, compreendemos que os estudantes denotam mais atitudes de importância face à família com o decorrer do curso de licenciatura e a realização de ensinamentos clínicos, o que está em concordância com o esforço por incluir na formação dos enfermeiros conteúdos que promovam os cuidados centrados na família (Frade et al., 2021).

À semelhança do presente estudo, Tavares (2017) mostrou que o **estado civil** não parece ter influência na atitude dos enfermeiros face à família. Nos estudos semelhantes pesquisados na literatura não foi avaliada a influência desta variável na importância atribuída à família pelos enfermeiros.

No que respeita ao **ano de escolaridade**, Frade et al. (2021), em consonância com o presente estudo, não observou associação estatisticamente significativa entre esta variável e a importância atribuída à família pelos enfermeiros. Por outro lado, Sousa (2011) e Silva et al. (2013) constataram diferenças estatisticamente significativas, respetivamente nas dimensões

“Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família: fardo”, confirmando que os enfermeiros tendem a ter uma atitude mais positiva face à família quanto mais nível de estudos detém. Ainda que sem significância estatística ( $p=0,088$ ), a nossa amostra de enfermeiros com bacharelato obteve as médias mais baixas de *score* total à aplicação da escala IFCE-AE ( $\bar{x}=70,00$ ), face aos enfermeiros licenciados ( $\bar{x}=84,05$ ) e mestres ( $\bar{x}=86,50$ ), em concordância com os resultados dos últimos estudos citados.

Em relação à **área de especialização em enfermagem**, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre esta e as atitudes dos enfermeiros face à importância de incluir a família. Dos estudos da literatura consultada apenas Sousa (2011) considerou esta variável, num estudo em que comparou a importância atribuída à família por enfermeiros e enfermeiros especialistas em reabilitação, tendo obtido que os enfermeiros especialistas nesta área demonstram mais atitudes de suporte face à família, no entanto, não distribui a amostra de enfermeiros pelas restantes áreas de especialização em enfermagem. De salientar, no entanto, que na amostra do nosso estudo a importância atribuída à família foi mais elevada nos enfermeiros especialistas nas áreas de saúde infantil e pediátrica, médico-cirúrgica e comunitária.

Relativamente ao **tempo de exercício profissional**, Pires (2016) e Tavares (2017), à semelhança do presente estudo, não encontraram relação estatisticamente significativa entre este e as atitudes dos enfermeiros face à família. Por outro lado, Benzein et al. (2008a) na construção da escala original encontraram evidências de que os enfermeiros recém-formados detinham menores atitudes de suporte face à família. Em Portugal, Sousa (2011), Silva et al. (2013) e Frade et al. (2021) determinaram nos seus estudos que o tempo de exercício da profissão e a experiência adquirida associavam-se positivamente com a importância atribuída à família, ou seja, quanto mais tempo de exercício de profissão, mais as atitudes de suporte face à família. Pelo contrário, Ângelo et al. (2014) obteve que os enfermeiros com mais tempo de prática profissional apresentam menores atitudes de suporte face à família. Apesar dos resultados do nosso estudo não possuírem significado estatístico, foram de encontro aos resultados de Ângelo et al. (2014) e revelaram que parece haver uma associação negativa entre o tempo de exercício profissional e a importância atribuída à família.

Não se verificou relação estatística significativa entre a **formação em enfermagem de família** e a importância atribuída à família pelos enfermeiros. Contudo, os enfermeiros detentores desta formação apresentaram médias superiores de atribuição de importância à

família no âmbito dos cuidados de enfermagem. O contexto académico foi o que apresentou *scores* superiores, relativamente ao **contexto do processo formativo em enfermagem de família**, mas também sem diferenças estatisticamente significativas. Os resultados de Fernandes et al. (2015) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à formação em enfermagem de família e o *score* obtido na escala IFCE-AE, mas demonstraram igualmente médias superiores nos enfermeiros detentores desta formação. Por outro lado, Barbiéri-Figueiredo et al. (2012) constatou que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam maiores atitudes de suporte face à família, com diferenças estatisticamente significativas nas primeiras duas dimensões da escala IFCE-AE, à semelhança de Oliveira et al. (2011) que verificou que os enfermeiros com esta formação apresentam uma média superior na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de  *coping* ”. Os estudos de Martins et al. (2010) confirmaram também a existência de relação entre as duas variáveis, com atitudes mais positivas pelos enfermeiros detentores desta formação. Relativamente aos contextos da formação, sublinham o contexto académico e a formação contínua como os proporcionadores de médias superiores, sugerindo a importância de investir em processos formativos na área de enfermagem de família.

Como referido pelo modelo de aquisição de competências de Benner (2001), a competência dos enfermeiros evolui e transforma-se ao longo do tempo. Henriques e Santos (2019) realça a importância da formação de enfermeiros em modelos de avaliação e intervenção familiar no sentido de se afirmar a família como foco de cuidados ao invés de somente um contexto. Assim, é importante realçar a influência da formação nas atitudes dos enfermeiros face à família, uma vez que aperfeiçoar conhecimentos no que respeita às dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e modelos de avaliação e intervenção na família conduz a um aperfeiçoamento na prática profissional no que respeita à área da saúde familiar (Wright & Leahey, 2009).

## 5. CONCLUSÃO

As importantes transformações que têm ocorrido na sociedade portuguesa são responsáveis por mudanças significativas na estrutura e organização familiar, que condicionam o aparecimento de novas e diferentes famílias. Esta mudança pode ser desafiadora para os enfermeiros que trabalham com as famílias, que devem orientar os cuidados considerando as dinâmicas familiares e a complexidade de cada família e das inter-relações estabelecidas entre os seus membros.

O meu interesse pessoal pela área de enfermagem de saúde familiar surgiu aquando do curso de licenciatura, no qual contactei pela primeira vez com esta área do cuidar. Passaram alguns anos, mas recordo-me de me fazer muito sentido pensar a família como foco de cuidados e fazer toda a diferença conhecê-la, recorrendo às teorias e modelos de enfermagem de saúde familiar que na altura conheci pela primeira vez. A riqueza de informação possível de conhecer podia fazer toda a diferença no processo de cuidados. Já no meu contexto profissional, ao nível dos cuidados diferenciados, senti também em muitos momentos a importância de direccionar os cuidados para a família, nomeadamente no período em que prestei cuidados num serviço de internamento em cuidados paliativos. A nível pessoal, este período coincidiu com o diagnóstico de uma doença crónica a um elemento da minha família, e aí, eu e a minha família fomos “a família, a unidade”, porque nesta transição a nossa família transformou-se, nenhum de nós era o mesmo, e foi crucial que todos e cada um de nós fosse alvo de cuidados.

A enfermagem e a promoção da saúde familiar surgem como fundamentais ao bem-estar das famílias, através da monitorização e resposta às questões de saúde da família, fortalecendo-a e capacitando-a em relação aos processos de mudança. Deste facto surge a importância da formação dos enfermeiros na área da saúde familiar, quer no contexto profissional no domínio da formação contínua, quer ao nível da formação especializada, a qual é reconhecida e regulamentada pela ordem dos enfermeiros, com atribuição de competências específicas e respetivos padrões de qualidade dos cuidados especializados nesta área.

A realização dos diferentes estágios na USF Leiria Nascente foi determinante no desenvolvimento de competências especializadas, tanto as competências comuns do enfermeiro especialista como as competências específicas na área de enfermagem de saúde familiar. Procurei, no âmbito dos cuidados que prestei, considerar a família como unidade de cuidados e promover a sua capacitação, vendo-a como um todo e enquadrada no seu ciclo

vital e transições vividas, recorrendo às teorias, modelos e instrumentos específicos da área de saúde familiar, os quais mencionei neste relatório. As principais dificuldades encontradas, nomeadamente na gestão e organização das consultas com as famílias, tendo em conta as suas expectativas e necessidades em função do tempo que possuía, bem como a documentação do processo de cuidados à família foram aperfeiçoados à medida que me integrava na instituição e sua organização e fundamentava a minha prática nos conhecimentos trazidos da teoria. De salientar também a pertinência dos momentos de partilha de conhecimento e reflexão sobre a prática de cuidados à família com a minha enfermeira orientadora e a restante equipa multidisciplinar.

Relativamente à investigação em enfermagem, a sua evolução tem fortalecido a identidade da enfermagem enquanto disciplina e conduzido a novas configurações da prática profissional, nomeadamente na área da enfermagem de saúde familiar.

A decisão pela investigação das atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família surge pela relevância e reconhecimento de que a relação entre os enfermeiros e as famílias é central para a qualidade da prática clínica de enfermagem. Diversas investigações têm sido publicadas no sentido de compreender a importância atribuída à família pelos enfermeiros e de que forma a valorização atribuída à família determina o sucesso dos cuidados prestados.

Surge como determinante que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, através do desenvolvimento de uma parceria colaborativa com esta e promovendo a sua participação em todas as etapas. Este paradigma implica uma mudança de atitude pelo enfermeiro, que conduza ao seu entendimento sobre a importância de integrar a família no processo de cuidar.

Dado o reconhecimento da importância desta temática, o presente estudo procurou ampliar o entendimento da enfermagem de família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem e explorar quais as suas atitudes e valorização atribuída à família. Procurou ainda contribuir para o desenvolvimento da profissão, atendendo à necessidade de investigação nesta área da enfermagem de saúde familiar.

O presente estudo seguiu uma metodologia de investigação quantitativa, com vista a dar resposta às questões de investigação inicialmente delineadas e que motivaram a investigação. Simultaneamente trata-se de um estudo descritivo, analítico e correlacional, metodologia através da qual nos foi possível descrever, analisar e correlacionar dados de modo a obter

*insights* relativos às atitudes dos enfermeiros e estudantes face à família e a sua influência por diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais.

O estudo recorreu à utilização da escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa. Esta escala têm a possibilidade de fornecer informação determinante para melhorar a qualidade em saúde, promovendo a colaboração e envolvimento da família nos cuidados, conseguida através da mensuração das atitudes dos enfermeiros face à importância da família na prestação de cuidados de enfermagem. Confirmámos a validade da escala para a amostra em estudo através da avaliação do alfa de *Cronbach* ( $\alpha= 0,88$ ), o que foi determinante para assegurar a validade dos resultados obtidos e medir e analisar, de forma objetiva, as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família.

Este estudo incluiu uma amostra de 35 enfermeiros em exercício de funções em cuidados de saúde primários no ACeS Pinhal Litoral e 39 estudantes de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Os enfermeiros apresentaram uma média de idades de aproximadamente 44 anos de idade, sendo na sua maioria casados ou em união de fato ( $n=28$ ;  $\%=80$ ). Quanto às suas características profissionais, a licenciatura foi o nível de escolaridade obtido pela maioria dos enfermeiros, bem como o título profissional de enfermeiro ( $n=22$ ;  $\%=62,9$ ) e 37,1% eram detentores do título profissional de enfermeiro especialista ( $n=13$ ). Relativamente à área de especialização em enfermagem, dos enfermeiros especialistas 46,2% ( $n=6$ ) detinham a sua especialidade na área de enfermagem comunitária. Os enfermeiros detinham uma média de 21,06 anos de exercício profissional. A sua maioria ( $n=21$ ;  $\%=60$ ) detinham formação em enfermagem de família, refletindo a sua preocupação pela atualização de conhecimentos no âmbito dos cuidados à família.

Os estudantes de enfermagem apresentaram uma idade média de aproximadamente 22 anos e encontravam-se distribuídos pelo 4º ano ( $n= 22$ ;  $\%=56,4$ ), 3º ano ( $n=8$ ;  $\%=20,5$ ) e 2º ano de licenciatura ( $n=9$ ;  $\%=23,1$ ), tendo na sua maioria contactado com o contexto da prática de cuidados em diferentes ensinamentos clínicos.

Com base nos resultados obtidos, confirmámos que, quer os enfermeiros quer os estudantes de enfermagem revelaram uma atitude positiva perante a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros obtiveram um *score* médio total de 84,49 e os estudantes de 80,26, à aplicação da escala IFCE-AE. Estes resultados são positivos e revelam

o empenho, quer dos enfermeiros quer dos estudantes, no estabelecimento de relações significativas com a família.

Os resultados refletem o esforço dos enfermeiros em envolver a família nos cuidados e a importância que lhe reconhecem. No caso dos estudantes, espelha o esforço desenvolvido pelos académicos em Portugal e o seu reconhecimento da importância deste tema na formação dos futuros enfermeiros, no sentido de promover nos estudantes a preocupação em envolver a família nos cuidados de enfermagem, dotando-os de conhecimentos para intervirem junto das famílias.

Comparando os resultados dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,026$ ) entre os dois grupos, revelando os enfermeiros como demonstradores de maior importância atribuída à família. Dentro da amostra de enfermeiros, encontramos igualmente significância estatística ( $p=0,028$ ) entre a importância atribuída à família por enfermeiros ( $\bar{x}=82,41$ ) e enfermeiros especialistas ( $\bar{x}=88,00$ ). Os resultados obtidos sugerem que a obtenção do título de enfermeiro especialista pressupõe dos profissionais determinados conhecimentos e competências especializadas que promovem uma avaliação fundamentada das necessidades em saúde do grupo-alvo e uma atuação especializada e atenta às necessidades das famílias.

Conclui-se que as demais variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas não parecem influenciar a valorização dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família e as suas atitudes de suporte face à mesma.

Este estudo procurou, desta forma, contribuir para o incremento da enfermagem na área de saúde familiar e evidenciar a relevância da formação dos enfermeiros e estudantes de enfermagem nesta área, pelo seu potencial de promover práticas colaborativas com a família e promotoras da saúde familiar.

Apontamos como principais fatores facilitadores deste estudo o facto de este se integrar num projeto previamente existente e aprovado e a facilidade de acesso à amostra em estudo, uma vez que o acesso aos estudantes foi facilitado pelos coordenadores do projeto e o acesso aos enfermeiros foi aceite e aprovado pelo conselho clínico e de saúde do ACeS Pinhal Litoral.

Como fator dificultador, apontamos a dimensão da nossa amostra, que possui um tamanho reduzido e não permitiu a generalização dos resultados apresentados, ou seja, não lhe foi concedida validade externa. O nosso estudo detém, no entanto, validade interna, uma vez que

que recorremos a uma escala cientificamente validada para a população portuguesa e para a amostra em estudo, e, porque foi aplicada uma metodologia de investigação rigorosa, assegurando a confiabilidade dos dados, o que permite a sua comparação com outros estudos que utilizem a mesma escala.

Aponta-se, ainda assim, para a necessidade de continuidade do estudo em diferentes contextos e com amostras de maior dimensão, no sentido de obter uma visão mais ampla sobre as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família, uma vez que a valorização da família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem condiciona a prática de cuidados à família.

Mediante os resultados obtidos, é importante a sua divulgação e o reconhecimento por parte das instituições de saúde, de modo a proporcionarem aos profissionais formação específica nesta área. Neste sentido, pretende proceder-se à divulgação dos resultados obtidos junto dos enfermeiros que integram o ACeS Pinhal Litoral, visando constituir um estímulo à reflexão individual e planeamento de estratégias com vista à promoção de cuidados de enfermagem com foco na saúde familiar.

Refletindo sobre a experiência de ingressar neste mestrado, considero que procurei desafiar-me e ser metódica perante os desafios que foram surgindo. De salientar a gestão da vida profissional com o tempo necessário ao estudo, frequência do ensino clínico e realização do presente relatório. O trabalho de investigação foi também desafiante, senti necessidade de atualizar os meus conhecimentos sobre a metodologia de investigação e, sobretudo na fase de tratamento de dados. Após esse esforço e com o apoio e orientação do professor supervisor considero ter conseguido superar as dificuldades sentidas durante a elaboração deste relatório e torná-lo possível.

Por fim, considero que foi um caminho de crescimento pessoal e profissional. Sinto que possuo hoje horizontes mais longínquos e um olhar diferente para os cuidados de enfermagem e para as famílias. A minha convicção assenta na importância de se dar continuidade aos desenvolvimentos de enfermagem na área de saúde familiar, num caminho de valorização e reconhecimento do papel dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, pela sociedade, instituições de saúde e profissionais da área da saúde. E ainda, que os resultados em saúde familiar promovidos pelos enfermeiros sejam sucessivamente mais reconhecidos e valorizados, com a definição de políticas de saúde que incentivem a formação e a prática de enfermagem com as famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACeS Pinhal Litoral (2019). *Plano Local de Saúde do ACeS Pinhal Litoral*
- ACeS Pinhal Litoral. (2022). Perfil Local de Saúde - ACeS Pinhal Litoral 2022.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios Familiares: uma visão sistemática*. Coimbra. Quarteto editora.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23(1). pp 91-96. <http://hdl.handle.net/10362/97871>
- Alves, C. M. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71914>
- Alves, M. A. (2012). Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados e sua relação com a vulnerabilidade da família: contexto pediátrico. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. pp. 165-173. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: superando os desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), pp 7-14. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0219.pdf>
- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (Esp.). pp. 75-81. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. pp. 36-43. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31850>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), pp. 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Bell, J. M., Watson, W. L. & Wright, L. M. (1990). *The cutting edge of family nursing*. Canadá. Family Nursing Unit Publications. <http://hdl.handle.net/1880/45100>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt K. F., Berg, A., Saveman, B. I. (2008a). Families’ importance in nursing care: Nurses’ Attitudes— an instrument development. *Journal of Family Nursing*. 14(1), pp 97-117. <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008b). Nurses’ attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), pp 162-180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propriedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*. 10 (5). pp. 831-839. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem* (2ª edição). Lisboa. Universidade Aberta. <http://hdl.handle.net/10400.2/5963>
- Coelho, C., & Mendonça, H. (2017). *Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: Organizações e Sociedade Autores*. Curitiba. Editora Appris.
- DECRETO-LEI Nº 118/2014 DE 5 DE AGOSTO. Diário da República: I Série, Nº 149 (2014). Acedido em 10 setembro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- DECRETO-LEI Nº 298/2007 DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I Série, Nº 161 (2007). Acedido a 10 de setembro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

- DECRETO-LEI Nº 47344 DE 25 DE NOVEMBRO DE 1966 DO CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS. Diário do Governo nº 274/1966: I Série (1966). Acedido em 10 de outubro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49942975>
- DESPACHO Nº24101/2007 DE 22 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II Série, Nº 203 (2007). Acedido a 15 de outubro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- Eugénio, I. C. (2009) – *Ansiedade e percepções/atitude dos profissionais da educação face à avaliação de desempenho*. [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. <http://hdl.handle.net/10284/1959>
- Fernandes, C. S. N. N. (2014). *A Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem - Aprendendo com o "Family Nursing Game"*. Universidade do Porto. Porto. Acedido em: [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral/pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=33839](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral/pub_view?pi_pub_base_id=33839)
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Porto. Editora Lusociência: edições técnicas e científicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. Lidel: edições técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Porto. Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2021). O sucesso da vacinação e o enfermeiro de família. *Jornal Enfermeiro: Enfermagem num Ano de Desafios*. Nº5. pp 12. Acedido em 10 de setembro de 2023. Disponível em: [https://www.jornalenfermeiro.pt/ebooks/anuario2021/page\\_12.html](https://www.jornalenfermeiro.pt/ebooks/anuario2021/page_12.html)
- Flowers, K. A., John, W. S., & Bell, J. M. (2008). The Role of Clinical Laboratory in Teaching and Learning Family Nursing Skills. *Journal of Family Nursing*. 14(2). pp. 242-267. <https://doi.org/10.1177/1074840708316562>
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. (5ª edição). Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F., José, C. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2023a). *População Residente Segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e a Europa. Acedido a 10 de outubro de 2023. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario-19>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2023b). *Dimensão Média das Famílias segundo os Censos*. PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e a Europa. Acedido a 10 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/dimensao+media+das+familias+segundo+os+censos-362>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2023c). *Famílias segundo os Censos: total e por número de indivíduos*. PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e a Europa. Acedido a 10 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/familias+segundo+os+censos+total+e+por+numero+de+individuos-1065-8181>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2023d). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição*. PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e a Europa. Acedido a 10 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/agregados+domesticos+privados+total+e+por+tipo+de+composicao-825>

- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª edição). Loures. Lusodidacta.
- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2. Pp. 49-53
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Journal de Dados. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., Van Der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16, Artigo 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0231-5>
- Hanson, S. M. H. & Kaakinen, J. R. (2005). *Fundamentos teóricos para a enfermagem de Família*. In Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2ª edição). (pp. 39-50). Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª edição). Loures. Lusociência.
- Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (23). pp. 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- International Council of Nurses. (1999a). *Nursing Matters; Nursing Research: A Tool for Action*
- International Council of Nurses. (1999b). *ICN Position Statement on Nursing Research*.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. Acedido a 10 de setembro de 2023. Disponível em: <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-on-generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *IFNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. Acedido a 10 de setembro de 2023. Disponível em: <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>
- Kaakinen J.R., Gedaly-Duff V., Coehlo D.P. & Hanson S. (2010). *Family health care nursing: theory, practice and research*. (4ª edição). Philadelphia: FA Davis
- Kaakinen, J. R. & Hanson, S. M. H. (2015). *Theoretical Foundations for the nursing of families*. In Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson. *Family Health Care Nursing "Theory, Partice and Research"*. (5ª edição). (pp. 63-102). Philadelphia. Davis Plus.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P. & Hanson, S. M. H. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Prattice, and Research*. (5ª edição). Philadelphia. Davis Plus
- Loureiro, H. M. A. M. (2023, 12 11). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar*. Universidade de Aveiro. [site web]. Retrieved from: <https://www.ua.pt/pt/uc/16585>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6ª edição). Pêro Pinheiro. ReportNumber, Lda.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga. Psiquilíbrios Edições.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2). pp. 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Martins, M. M., Fernandes, C. S. & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (4), p. 685-690. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>
- Martins, M.M., Martinho, M.J., Ferreira, M.R. Barbiéri-Figueiredo, M.C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., Vilar, A.I., Figueiredo, M. H., Andrade, L. M. & Carvalho, J. C. (2010). *Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital*. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. pp. 20-33. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Mendes, A. M. C. & Bousso, R. S. (2006). O desafio de aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (1). pp 79 – 81. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/bde-11478>
- Município de Leiria (2023, 10 23). União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes [site web]. Retrieved from: <https://www.cm-leiria.pt/municipio/freguesias/leiria-pousos-barreira-e-cortes>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. [https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Santos, M. R., Andrade, L. M., Barbiéri, M. C., Carvalho, J. C., Martinho, M. J. & Martins, M. M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: validação da escala IFCE-AE. *Da investigação à prática da Enfermagem de Família*. In Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Da Investigação à prática clínica de Enfermagem de Família (pp. 34- 48). Porto. Linha de Investigação em Enfermagem de Família
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M.J., Figueiredo, M. C., Andrade, L. M., Carvalho, J. C.& Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da Escala Families ‘Importance in Nursing Care – Nurse attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (6). pp 1331-1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa. Acedido a 10 de setembro de 2023. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2008, 08 11). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos* [site web]. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde pública – Na Área de Enfermagem de Saúde familiar*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento Nº 428/2018 de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros – *Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: II série, Nº 135 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdp%C3%BAblica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento Nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, Nº 26 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2023a). *Tomada de Posição Nº 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2023b). Anuário Estatístico 2023. [site web]. Acedido a 10 de março de 2024. Disponível em: [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F32785%2F2023\\_anuarioestatisticos\\_nacional.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F32785%2F2023_anuarioestatisticos_nacional.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK)
- Østergaard, B., Clausen, A., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K., Funderskov, K., Nielsen, D., Sorknaes, A., Voltelen, B., & Konradsen, H. (2020). Nurses’ attitudes regarding the importance of families in

- nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (7-8). pp 1290-1301. <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>
- Pereira, A. & Patrício, T. (2016). SPSS – Guia Prático de Utilização. (8ª edição). Lisboa. Edições Sílabo
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família. Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/14030>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda.
- PORTARIA Nº 1368/2007 DE 18 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I Série, Nº 201 (2007). Acedido a 15 de setembro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Ramalho, L. D. Q. G. (2021). *Acesso aos cuidados de saúde primários em Portugal: condicionantes e estratégias*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/23510>
- Regulamento Nº 367/2015 de 29 de junho de 2015 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, Nº 124 (2015a). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_367\\_2015\\_Padroses\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_EnfSaudeFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroses_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf)
- Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica* (2ª edição). Porto. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família* (4ª edição). Porto. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª edição). Lisboa. Placebo Editora.
- Serviço Nacional de Saúde (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: ARS Centro – ACES Pinhal Litoral – USF Leiria Nascente*. [site web]. Acedido a 15 de outubro de 2023. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100994/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – IDG UF Profissionais*. [site web]. Acedido a 10 de setembro de 2013. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em educação*. Lisboa. Livros Horizonte
- Sousa, E. S. (2011). A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>
- Tavares, M. C. (2017). *Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>
- Teixeira, C. J. (2016). *Diferentes Modelos Organizacionais de Cuidados de Saúde Primários Apresentam Diferenças no Desempenho?*. Universidade do Algarve, Algarve. Acedido em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10106/1/Tese%20MGUS%20a52411%20Cristiano%20Jesus%20Teixeira.pdf>
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Edição). Loures. Lusociência.
- União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes. (2024, 01 20). União de Freguesias: Onde estamos [site web]. Retrieved from: <https://uf-lpbc.pt/home>
- USF Leiria Nascente (2021). *Plano de Ação da USF Leiria Nascente*
- USF Leiria Nascente. (2022). *Relatório de atividades da USF Leiria Nascente*

USF Leiria Nascente. (2023). *Regulamento Interno da USF Leiria Nascente*

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª edição) Lisboa. Edições Sílabo

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª Edição). São Paulo. Editora ROCA Ltda.

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

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Processo de enfermagem à família segundo o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF)

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Processo de Enfermagem à Família segundo  
o Modelo de Calgary**

Margarida Marques Gaspar

Leiria, 9 de julho de 2023

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Processo de Enfermagem à Família segundo  
o Modelo de Calgary**

Margarida Marques Gaspar, nº 5220062

**Unidade Curricular:** Ensino Clínico II

**Docente:** Profº Drº João Manuel Graça Frade

**Enfª Orientadora:** Enfª Paula Renca

Leiria, 9 de julho de 2023

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FACES II - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção na família

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.1. Estrutura Interna .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.2. Estrutura Externa .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.3. Contexto.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTAL.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1. Etapas .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2. Tarefas .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.3. Vínculos .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.1. Instrumental.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.2. Expressivo .....</b>	<b>22</b>
<b>2.INTERVENÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE INTERVENÇÃO SISTÊMICA COLABORATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião para a realização de entrevista com a família “R”

APÊNDICE II- Folheto Informativo: “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”

## ANEXOS

ANEXO I – Notação Social de Graffar Adaptado – Família “R”

ANEXO II – Escala de APGAR Familiar – Família “R”

ANEXO III – Escala de FACES II – Família “R”

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1** – Genograma da Família “R” (sem identificação dos vínculos)

**Figura 2** – Ecomapa da Família “R”

**Figura 3** – Genograma da Família “R” (com identificação dos vínculos)

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1** - Plano de cuidados de enfermagem à família “R”

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge integrado na unidade curricular Estágio II – Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)/Unidade de Saúde Familiar (USF). Esta unidade curricular, por sua vez, está inserida no 2º semestre do 1º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

O trabalho consiste na realização e documentação do processo de enfermagem a uma família, utilizando para tal o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), enquanto instrumento especializado.

O objetivo geral da realização deste trabalho consiste em elaborar o processo de enfermagem à família, aplicando o MCAIF. Como objetivos específicos, pretende: recolher dados relativos à família, nos três domínios do Modelo de Calgary de Avaliação da família (MCAF); aprimorar competências no âmbito da utilização de instrumentos especializados em enfermagem de saúde familiar; elaborar um plano de cuidados à família, pautado pelo pensamento sistémico e colaborativo, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Quanto à metodologia deste trabalho, numa fase inicial realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o processo de enfermagem à família e sobre o MCAIF, de forma a estruturar e fundamentar o meu trabalho. Optei por realizar previamente um guião para a entrevista semiestruturada com a família (Apêndice I), de forma a orientar a entrevista de forma mais organizada e concisa. Após a entrevista procurei documentar a informação recolhida segundo o MCAF, organizar a mesma e recorrer a instrumentos facilitadores de apresentação da informação, tal como o Genopro®. Posteriormente, abordei de forma sucinta o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF), como orientador para a formulação de um plano de cuidados à família, fundamentado numa perspetiva sistémica e colaborativa.

Perante o desafio de eleger uma família para a realização deste trabalho, defini que gostaria de optar por uma família com filhos pequenos, dada a importância do papel do enfermeiro de família nesta etapa do ciclo vital da família e na transição para a parentalidade. Além disso, também pelo facto de ser uma área pela qual tenho interesse em aprofundar conhecimentos.

O presente trabalho está dividido em dois capítulos distintos. O primeiro apresenta a avaliação da família segundo o MCAF, estando dividido em subcapítulos, correspondentes às três dimensões de avaliação da família: a avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional. A avaliação estrutural envolve a estrutura interna, externa e os contextos. A avaliação desenvolvimental refere-se à etapa do ciclo vital da família em que a família se encontra, às tarefas inerentes à mesma e aos vínculos. A avaliação funcional integra as subcategorias instrumental e expressiva. O segundo capítulo corresponde à intervenção familiar segundo o Modelo de Calgary. Contempla como subcapítulo o plano de cuidados à família, elaborado com base no pensamento sistémico e recorrendo à linguagem CIPE. Por fim, é apresentada uma breve conclusão sobre a realização deste trabalho e são apresentados os anexos e apêndices referidos aos longo do trabalho. De salientar, o guião para a realização da entrevista com a família “R” que referi, bem como um folheto informativo que elaborei no âmbito do trabalho desenvolvido com a família “R” e com o tema “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”.

## **1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY**

É fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências para o cuidar à família enquanto unidade, com uma perspetiva sistémica da família, que propõe um processo de cuidados centrados na promoção da autonomia e capacitação do sistema familiar (Figueiredo, 2009).

Segundo Friedman e Levac (1998) citadas por Figueiredo (2009), o processo de enfermagem é indicado nos cuidados de enfermagem centrados na família. Este possibilita desenvolver um plano de cuidados constituído por distintas etapas, sendo estas: avaliação, recolha de dados da família, análise dos dados, planeamento e implementação de cuidados e avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem à família (Hanson, 2005).

O processo de enfermagem integral, desta forma, a avaliação e intervenção familiar, que requer uma estrutura conceptual que forneça os dados que fundamentem a intervenção (Figueiredo, 2009 citando Hanson & KaaKinen, 1999).

O MCAF é uma estrutura multidimensional que assenta em três categorias principais, sendo estas a estrutural, do desenvolvimento e funcional. Dentro de cada uma delas existem várias subcategorias, das quais o enfermeiro elege quais explorar e avaliar em cada família e a cada momento no tempo (Wright & Leahey, 2009). Esta avaliação à família permitirá obter dados de forma a planear intervenções à família.

### **1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL**

A avaliação da estrutura familiar contempla três parâmetros: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto.

#### **1.1.1. Estrutura Interna**

A estrutura interna inclui as subcategorias: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

A identificação do tipo de família permite a incorporação das diversas formas de organização familiar e a multiplicidade inerente à sua organização (Figueiredo, 2009).

A família “R”, estruturalmente, trata-se de uma família alargada, constituída por um casal, (A) e (F) com uma filha, (O), que se encontra neste momento a coabitar com o pai de (A), uma vez que estão em processo de construção de moradia. A família tem as seguintes características:

(A) é do género masculino, 31 anos de idade, data de nascimento a 5/10/1991, consultor de fundos de inovação, natural da Suíça, atualmente a residir na localidade de Pousos. É pai de primeira viagem.

(F) é do género feminino, 31 anos de idade, data de nascimento a 27/3/1992. É educadora de infância, natural de Leiria, atualmente a residir na localidade de Pousos. É mãe de primeira viagem. Considerei (F) como a paciente identificada, uma vez que foi o elemento da família que denotou mais dúvidas e receios quanto aos cuidados a prestar à filha (O).

(O) é do género feminino, de 5 meses e 9 dias de idade (à data da primeira consulta), nascida a 4/1/2023. Nasceu com baixo peso, o que foi um fator gerador de alguma ansiedade, insegurança e medo em (F). É a única filha do casal.

(P) é do género masculino, é pai de (A), tem 62 anos de idade, encontra-se em idade ativa e é divorciado.

Relativamente à orientação sexual, (A) e (F) são heterossexuais, formaram um casal em 2013 e coabitam desde 2018. Decidiram recentemente construir uma moradia, pelo que se encontram temporariamente a residir na casa de (P). Em próximas oportunidades seria importante obter mais alguns dados sobre (P), nomeadamente relativamente à vivência do divórcio.

Como referem Wright e Leahey (2009) podem existir vários subsistemas na família e cada pessoa na família pertence a vários subsistemas diferentes.

Na família “R” podemos encontrar diferentes subsistemas. O subsistema individual que é composto por cada um dos seus elementos individualmente. O subsistema conjugal que é constituído pelo Sr<sup>o</sup> (A) e Sr<sup>a</sup> (F) e que possuem uma relação de amor tranquila e harmoniosa. O casal é simultaneamente o subsistema parental. O subsistema filial é constituído por (O). Entre o subsistema parental e filial demonstra-se preocupação dos pais em relação à filha (O) bem como sentimentos de amor, ternura e carinho evidenciados na relação do casal com a bebé.

Neste momento, estruturalmente, (P) também faz parte da família, uma vez que coabitam. Assim, além dos subsistemas familiares mencionados, existem ainda mais díades, tais como a díade pai-filho entre (P) e (A), a díade sogro-nora entre (P) e (F) e a díade avô-neta, entre (P) e (O).

Segundo Wright e Leahey (2009, p.54) citando Minuchin (1974) os limites referem-se às “regras para definir quem e como participa” e estes estão presentes nos sistemas e subsistemas familiares com a função de proteger a diferenciação destes entre si. Segundo as mesmas autoras os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis. Segundo as suas definições, na família “R” os limites são permeáveis, ou seja, permitem uma flexibilidade adequada, isto é, existem regras, mas podem ser modificadas. Estes limites delimitam o espaço e funções de cada subsistema, mas permitindo troca de influências entre os mesmos. Na escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II), explicada na subcategoria da funcionalidade, foi também possível avaliar que a família “R” é considerada como flexível relativamente à adaptabilidade. (A) e (F) desempenham o papel de pais de (O), com as suas responsabilidades. (P) está presente, possui poder de decisão relativamente a aspetos da habitação e procura não interferir nas decisões de (A) e (F). Na família “R” os elementos reconhecem assim os seus papéis na família.

Pela informação recolhida, o casal considera-se a si e à sua filha (O) como a família, referindo-se assim a esta tríade. Como referiu (A), “a nossa família vive neste momento na casa do meu pai”. No seu dia-a-dia, referem as dinâmicas da tríade e salientado que (P) têm a sua independência, sendo transitória a permanência da família na casa de (P). Como referem Wright e Leahey (2009) citando Tomm (1994) as famílias possuem um compromisso de relacionamento a longo prazo, em que os seus elementos se organizam em relações mútuas. Para Wright e Leahey (2009), a família é ainda quem os seus elementos dizem que são.

### **1.1.2. Estrutura Externa**

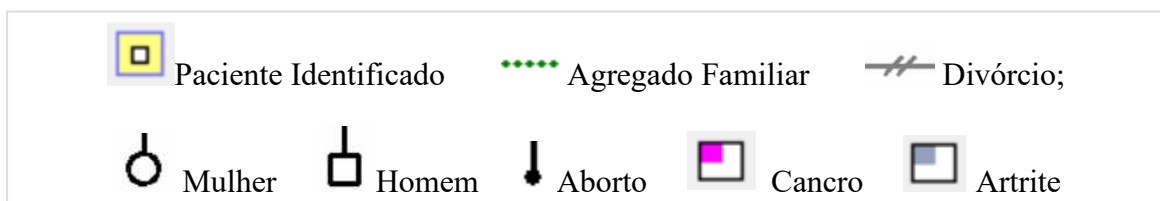
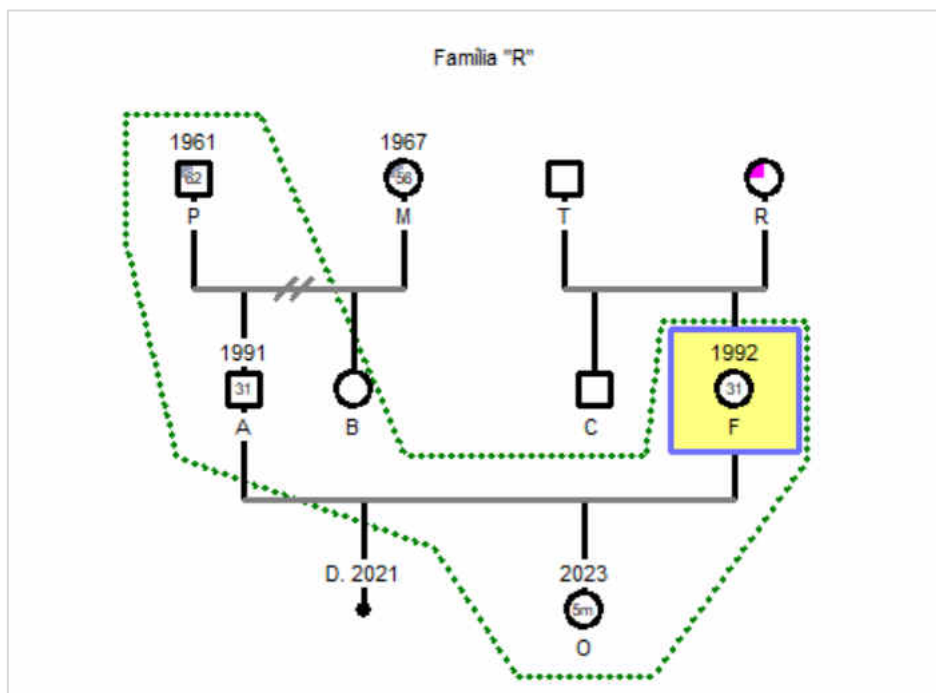
A estrutura externa engloba duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos (Wright & Leahey, 2009).

A família extensa corresponde à família de origem e família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva (Wright & Leahey, 2009). Wright e Leahey (2009) citando Levac, Wright e Leahey (1997) recomendam a avaliação da quantidade e tipo de contacto com a família extensa, de modo a compreender-se a quantidade e qualidade de apoio. Esta avaliação é importante pois são forças muito influentes no sistema familiar (Wright & Leahey, 2009).

O genograma é um instrumento de colheita de dados familiares que possibilita perceber a estrutura familiar, o seu passado familiar e os potenciais problemas futuros (Figueiredo,

2012). Através do mesmo é possível identificar a estrutura interna e externa da família permitindo a compreensão da composição e vínculos da família (Wright & Leahey, 2009), bem como fornecer informações sobre o seu desenvolvimento e funcionamento (Figueiredo, 2012).

Na figura que se segue (Figura 1) é apresentado o genograma da família “R”, que contempla também membros da família extensa e foi realizado com base na informação que possível recolher. Para a sua elaboração foi utilizado o programa Genopro®.



**Figura 1** – Genograma da Família “R” (sem identificação dos vínculos)

O genograma representa três gerações. A geração mais velha é formada pelos pais do casal (A) e (F). Os pais de (A) são divorciados e ambos sofrem de artrite. Este casal teve ainda mais uma filha, (B), que é a irmã mais nova de (A) e reside na Suíça. Os pais de (F) são casados e tem outro filho, (C), mais velho do que (F). (R), foi diagnosticada em 2022 com Neoplasia da Mama, tendo coincidido com a gravidez de (F) e sido um momento delicado



uma relação próxima com a USF Leiria Nascente, referindo que sentem apoio da equipa de saúde familiar. Em relação aos amigos, referem que mantêm alguns amigos com quem têm boas relações, no entanto, salientam a família mais próxima como a principal fonte de apoio e ajuda, incluindo os pais e irmãos de ambos, referindo-a como fundamental após o nascimento de (O).

Considero que, nas consultas seguintes seria importante explorar mais aprofundadamente a relação de (P) com a restante família, bem como o ano do divórcio com (M) e explorar de que forma é que o mesmo influencia (A) e a restante família. Seria também importante aprofundar o tipo de relações estabelecidas por (A) e (F) com os colegas de trabalho.

### **1.1.3. Contexto**

O contexto permeia e circunscreve o sistema familiar e este inclui cinco categorias: etnia; raça; classe social; religião e espiritualidade; e ambiente (Wright & Leahey, 2009).

Na família “R” todos os membros são de nacionalidade portuguesa. Nos dois momentos de contacto com a família não foi abordado o tema da religião, mas considero que seria importante a sua avaliação em consultas futuras.

A classe social influencia a forma como a família se organiza, estabelece crenças e valores, estilo de vida, comportamento e como utiliza os serviços de saúde e outros serviços sociais (Wright & Leahey, 2009). A sua avaliação permite a compreensão dos recursos e fatores de stress que existem na família (Figueiredo, 2012).

A classe social da família “R” foi avaliada através da Notação Social da Família (Graffar adaptado), atualizada por Fausto Amaro. Esta é uma escala com cinco itens de avaliação, sendo estes: profissão; instrução; origem do rendimento familiar; tipo de habitação e local de residência (Figueiredo, 2012 citando Amaro, 2001). O resultado da sua avaliação é expresso em valores que pontuam a posição social da família, desde classe baixa até classe alta (Graffar, 1990; Amaro, 2001 citados por Figueiredo, 2012). A aplicação desta escala permitiu conhecer que se trata de uma família de classe social média alta, tendo obtido um *score* de 11. A avaliação da classe social da família “R” consta no anexo I.

O ambiente inclui aspetos como a adequação do espaço, privacidade, acesso a escolas, creche, recreação, transportes públicos, entre outros, e o mesmo influencia o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2009). A família “R” reside numa moradia num bom local, calmo e seguro. A moradia está próxima de vários serviços importantes

para a família “R” tais como do trabalho de (A) e (F), da creche de (O) e da USF Leria Nascente, bem como de outros serviços. A casa da família é, transitoriamente, a do pai de (A), no entanto, a mesma é segura, confortável e espaçosa. Apesar de estarem confortáveis, referem que estão contentes por estarem a um passo de ter a sua própria casa e o seu espaço e privacidade.

## 1.2. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTAL

O desenvolvimento da família é um conceito abrangente, que se refere aos processos de evolução transacional relacionados ao crescimento da família (Wright & Leahey, 2009 citando Falicov, 1998), destacando a trajetória exclusiva por si construída (Wright & Leahey, 2009).

A avaliação desenvolvimental da família segundo o MCAF inclui três subcategorias: etapas, tarefas e vínculos (Wright & Leahey, 2009).

### 1.2.1. Etapas

A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra ajuda os enfermeiros a anteciparem a reorganização necessária para a família acomodar o crescimento e desenvolvimento dos seus membros (Hanson, 2005).

O desenvolvimento da família ocorre em oito estádios e descrevem as mudanças que são esperadas nas famílias, baseados na presença de filhos e na idade e evolução do filho mais velho (Duvall & Miller, 1985 citados por Hanson, 2005). Os estádios de desenvolvimento familiar para Duvall e Miller incluem: casal sem filhos; família com filhos pequenos; família com filhos em idade pré-escolar; família com filhos em idade escolar; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos-jovens; família de meia-idade e família idosa (Duvall & Miller, 1957 citados por Relvas, 2000; Hanson, 2005).

A família “R” vivenciou recentemente uma transição normativa desenvolvimental, com o nascimento da filha (O). Desta forma, a família encontra-se no estádio “família com filhos pequenos”, que corresponde ao período desde o nascimento do primeiro filho até aos trinta meses (Duvall & Miller, 1957 citados por Relvas, 2000). Assim, a família passou recentemente a ser formada por três elementos, surgindo o subsistema parental e o subsistema filial. Este estádio subentende mudanças familiares, incluindo a redefinição de papéis e tarefas parentais (Hanson, 2005).

### 1.2.2. Tarefas

As etapas do ciclo de vida da família subentendem a existência de tarefas, inerentes ao processo emocional de transição, que implicam mudanças de segunda ordem no *status* da família, necessárias ao seu desenvolvimento (Wright & Leahey, 2009).

As famílias com filhos pequenos passam pelo processo de aceitar novos membros no sistema (Wright & Leahey, 2009). Tal implica ajustar o subsistema conjugal para dar espaço aos filhos, união na educação dos filhos e tarefas financeiras e domésticas, bem como realinhamento do relacionamento com a família extensa (Wright & Leahey, 2009).

Quanto à família “R”, denotaram muita felicidade e união após o nascimento de (O). Referiram ser algo muito desejado e planeado por ambos. Notam que tem ocorrido muitas alterações, salientado a mudança nas dinâmicas como horários, gestão do tempo livre e tarefas, mas sempre transmitindo e verbalizando bem-estar e adaptação positiva.

Na âmbito da responsabilidade pelos cuidados à filha (O), ambos os elementos do casal referem participar e entender-se muito bem, estando confortáveis com a forma como dividem a responsabilidade pelos cuidados. Referem também tomar decisões em conjunto, nomeadamente relativamente à introdução alimentar, que é neste momento o tema que mais gera dúvidas e é novidade para o casal.

Quanto às tarefas financeiras, na primeira consulta com a família, (A) encontrava-se a trabalhar, sendo a principal fonte de rendimento da família nesse período, uma vez que (F) estava no final da licença de maternidade.

Relativamente aos papéis domésticos, o casal verbaliza sentir-se confortável com a divisão das tarefas, sendo que ambos são responsáveis pelas tarefas domésticas.

Ambos os elementos do casal referem que desde que foram pais as relações com as respetivas famílias de origem tornaram-se ainda mais próximas e dizem ser a família mais próxima o principal pilar e fonte de apoio. Notam também alegria nos pais desde que passaram a ser também avós e procuram ter momentos em família.

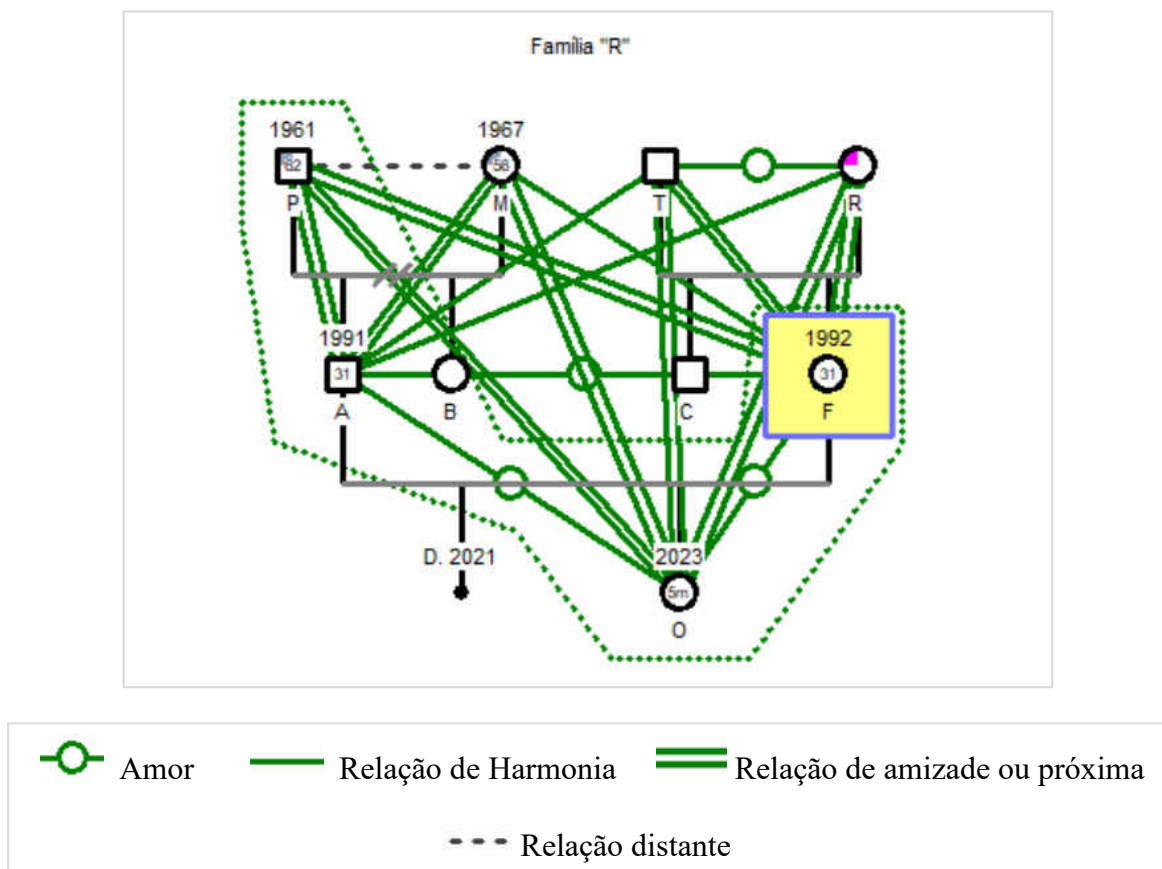
Como referem Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) é importante o enfermeiro de família, na prestação de cuidados às famílias na transição para a parentalidade, implementar intervenções precoces no apoio à adaptação parental. Neste sentido, foi dado à família espaço para colocar as suas dúvidas e demonstrada disponibilidade pela equipa de saúde familiar. Foi possível intervir na família também

através de cuidados antecipatórios, de modo a apoiar a família nesta transição, potenciar a aprendizagem de habilidades e adaptação aos novos papéis e tarefas.

### 1.2.3. Vínculos

Os vínculos referem-se a um laço emocional exclusivo e resistente entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2009). A sua manutenção e renovação são fonte de segurança e alegria (Bowlby, 1997 citado por Wright & Leahey, 2009).

Na figura seguinte consta a representação dos vínculos entre os elementos da família “R” e a restante família representada no genograma.



**Figura 3** – Genograma da Família “R” (com identificação dos vínculos)

É possível observar que existe uma relação de amor no subsistema conjugal, entre (A) e (F) e entre o casal e a filha (O), verbalizada e demonstrada pelo carinho, ternura e amor que partilham. De notar que (F) ainda amamenta, que é visto por esta como um momento especial com a filha (O). De salientar também, que na comparência às consultas de enfermagem compareciam os três juntos.

(A) estabelece uma relação próxima com ambos os pais, considerando-os como um pilar muito importante. Com os seus sogros, (T) e (R) estabelece uma relação harmoniosa e positiva, considerando que são também um apoio muito importante.

(F) estabelece relações próximas com ambos os pais e também com o sogro, (P). Desde o nascimento de (O) tem sentido apoio de ambos.

O nascimento de (O) tem feito a família aproximar-se do casal e sentem-se bem com a sua presença. Os avós estabelecem com (O) uma relação próxima.

Em consultas futuras seria importante continuar a explorar os vínculos da família, nomeadamente na relação de (A) e (F) com os irmãos, de forma a compreender como é que esta interação influencia a família “R”. Também de que forma é que (A) e os pais se sentem por estarem juntos ao mesmo tempo com mais frequência, situação que era pouco frequente após o divórcio.

### 1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família refere-se à forma como os indivíduos interagem, podendo ser explorados dois aspetos (Wright & Leahey, 2009): o funcionamento instrumental e o funcionamento expressivo.

De forma a sustentar a avaliação funcional da família “R” utilizei alguns instrumentos de avaliação familiar, tais como: APGAR Familiar de Smilkstein e a escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar FACES II.

O APGAR Familiar constitui uma tentativa de avaliar o funcionamento das famílias, considerando que os seus membros percebem o funcionamento familiar e são capazes de quantificar o seu grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando-a como funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2012). A sigla APGAR corresponde a cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar: adaptação; participação; crescimento, afeto e decisão (Figueiredo, 2012). O somatório das respostas obtidas confere uma pontuação que classifica a família em altamente funcional, com moderada disfunção ou com acentuada disfunção (Figueiredo, 2012). Segundo a mesma autora citando Smilkstein (1984), a primeira abordagem com a família é uma das quatro situações prioritárias para a utilização desta escala, tendo por isso sido aplicada à família “R”.

Disponibilizei a escala à família “R”, tendo sido esta respondida individualmente por (A) e (F). Na pontuação da escala foi obtido um *score* de 9 pontos, na escala preenchida por (A) e de 8 pontos na respondida por (F). Ambos os *scores* classificam a família como altamente funcional. A avaliação da escala consta no anexo II. Esta classificação fortalece o que verbalizam e demonstram (A) e (F) sobre o funcionamento da sua família.

A escala de FACES II é constituída por trinta itens das dimensões da coesão e adaptabilidade, e cada questão pode ser pontuada de um a cinco em: quase nunca, de vez em quando, às vezes, muitas vezes e quase sempre (Figueiredo, 2012). Assim as famílias são classificadas em quatro tipos gerais: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Lourenço, 1998 citada por Figueiredo, 2012). Quanto ao tipo de família foi possível classificá-la como equilibrada. Quanto à coesão é considerada uma família ligada e é flexível quanto à adaptabilidade. Em anexo III consta a aplicação da escala de FACES II, que foi respondida apenas por (F).

De seguida consta a avaliação das duas subcategorias acima referidas.

### **1.3.1. Instrumental**

O funcionamento instrumental refere-se às atividades que fazem parte da rotina diária, tais como comer, dormir, preparar as refeições e cuidados de saúde (Wright & Leahey, 2009).

No modelo das atividades de vida de Nancy Roper, a autora definiu doze atividades de vida, sendo estas: manutenção de um ambiente seguro; comunicação; respiração; comer e beber; eliminar; cuidados de higiene e vestuário; controlar a temperatura do corpo; mobilidade; trabalho e lazer; “expressão da sexualidade”; dormir/sono e morrer (Tomey & Alligood, 2004).

De seguida, faço referência aos aspetos mais relevantes das atividades de vida, tendo em conta a transição para a parentalidade recentemente vivida pela família “R”.

No âmbito da manutenção de um ambiente seguro, foram realizados e reforçados os cuidados antecipatórios para a prevenção de acidentes e medidas de segurança, quer em casa quer de carro.

Quanto à comunicação, o subsistema conjugal, (A) e (F), interagem através de uma comunicação ativa e assertiva, e ambos interagem com (O) transmitindo amor e cuidado à bebé e sendo responsáveis por todos os cuidados prestados. A divisão de responsabilidades nos cuidados a (O) bem como em outras responsabilidades salientam uma relação

interativa, dinâmica e positiva. Referem conversar em casal sobre o que os preocupa e tomar decisões em conjunto. Nos itens da escala de FACES II “na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião” e “cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares”, a título de exemplo, (F) considerou como “muitas vezes” a sua frequência.

Relativamente à respiração, os pais têm conhecimento sobre a técnica de realização da lavagem nasal à bebé e referem realizá-la com efetividade sempre que necessário.

Quanto à atividade comer e beber, o subsistema parental refere dúvidas quanto à diversificação alimentar que estão a introduzir na alimentação da bebé. (F) denota alguns receios quanto à mesma e alguma ansiedade, referindo que já têm lido sobre o assunto, consultado a opinião de outros profissionais, mas mantendo-se indecisa sobre como o realizar.

Relativamente à eliminação, o casal foi esclarecido sobre as características das fezes da bebé, e as alterações habituais inerentes à diversificação alimentar.

Quanto aos cuidados de higiene e vestuário, (A) e (F) ambos mostraram conhecimentos e aptidão na prestação dos mesmos à bebé (O) e não manifestaram dúvidas.

No que respeita a controlar a temperatura corporal, os pais estão alerta para a importância da sua vigilância, sinais de alarme e sabem como intervir.

Relativamente ao trabalho, (A) encontra-se a trabalhar e (F) está no final da licença de maternidade. Em relação ao lazer, no item “temos interesses e passatempos comuns” da escala de FACES II, a família respondeu “às vezes”. Em consultas futuras seria importante compreender a importância dada pelo casal aos momentos de lazer e os seus gostos, uma vez que este será importante para o bem-estar de ambos.

A expressão da sexualidade na família “R” foi avaliada pelo comportamento e interação do casal. Denotaram ser cúmplices, carinhosos e nutrir amor um pelo outro. Este parâmetro poderá também ser mais explorado futuramente, uma vez que a satisfação com a sexualidade é fundamental para a satisfação conjugal.

Quanto ao dormir/sono, ambos os pais partilham as tarefas também no período noturno, e apesar de referirem que nem sempre conseguem descansar as horas habituais, tem conseguido gerir bem a situação e também (O) têm dormido gradualmente por períodos maiores, pelo que consideram estar a entrar numa melhor fase.

Por último, a família não vivenciou nenhuma situação de morte de familiares ou pessoas próximas recentemente. No entanto, a mãe de (F) foi diagnosticada com neoplasia da mama ainda aquando da gravidez de (O) e esse foi um momento delicado para a família “R” e em especial para (F) que chegou a considerar que a gravidez não aconteceu no melhor momento. (F) diz que foi difícil gerir a sua energia e sentiu-se sobrecarregada e com muitas coisas a pensar ao mesmo tempo. Segundo (F), neste momento este medo já abrandou, e a sua mãe encontra-se bem, apenas a ser seguida em consultas de vigilância.

### **1.3.2. Expressivo**

O funcionamento expressivo inclui nove subcategorias, sendo estas: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e uniões (Wright & Leahey, 2009).

A comunicação emocional refere-se à amplitude e tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados (Wright & Leahey, 2009). A família “R” demonstrou sentimentos de felicidade e afetuosidade entre eles, tanto ao nível do subsistema parental como conjugal. No item “estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor” da escala de APGAR familiar, (A) respondeu “quase sempre”, já (F) respondeu algumas vezes.

Quanto à comunicação verbal esta refere-se ao conteúdo verbal e comunicação direta da mensagem (Wright & Leahey, 2009). (A) e (F) referem ser claros quando conversam um com o outro. Pela observação foi possível observar esta interação.

Por outro lado, a comunicação não-verbal centra-se nas mensagens paraverbais e não-verbais transmitidas pelos membros na família, tais como a postura corporal, contacto ocular, toque, gestos, entre outros (Wright & Leahey, 2009). (A) e (F) demonstram cumplicidade. Fisicamente mantêm-se próximos, falam entre os dois e com a equipa transparecendo tranquilidade. (A) apresenta uma postura corporal aberta, (F) denota, no entanto, alguma inquietação/ansiedade, com uma postura mais inquieta. O casal mantém entre si e com a bebé um contacto ocular intenso.

A comunicação circular refere-se à comunicação recíproca entre pessoas (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967 citados por Wright & Leahey, 2009) e é importante para a compreensão da interação entre díades, sendo que uma pessoa influencia o comportamento de outra (Wright & Leahey, 2009). Está relacionada então com um padrão de interação,

pelo que para avaliar este parâmetro teria de observar a família “R” em mais oportunidades e ocasiões. O que pude compreender foi que (A) e (F) se relacionavam de forma tranquila e transmitiam isso à bebé que também sentia essa tranquilidade.

A subcategoria de solução de problemas refere-se à capacidade de a família dar uma solução eficaz aos problemas (Wright & Leahey, 2009). Relativamente aos problemas relacionados com a sua rotina e mudanças no dia-a-dia, (A) e (F) referem que são ambos descomplicados e que o facto de conversarem sobre estes os ajuda a resolver as situações. De salientar as pontuações atribuídas na escala de FACES II, nos itens “cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares” e “em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas”, respetivamente 4 (muitas vezes) e 5 (quase sempre), que aponta também para a forma unida de o casal lidar com as situações-problema, na perspetiva de (F).

(F) é uma pessoa mais ansiosa e receosa quando existem questões de maior importância por resolver. (A) consegue ver os problemas com maior clareza e calma, transmitindo-o a (F). Dizem que de uma maneira geral, conseguem solucionar os problemas que lhes surgem conversando sobre eles e mantendo a união. Em relação a esta categoria, (A) e (F) referiram por exemplo que a construção da nova moradia é um objetivo que estão a cumprir e veio em resposta à questão de não terem uma casa própria aquando do nascimento de (O), que é visto para o casal como uma questão a resolver. Foi um assunto conversado por ambos e tomaram a decisão unânime de construir uma moradia.

Ainda relativamente à solução de problemas, poderiam ser explorados outros aspetos, nomeadamente, aprofundar o impacto da transição de saúde-doença de (R) na família “R” aquando da gravidez, uma vez que foi uma situação delicada na vida da família. Também quais as características da família que permitiram vivenciar essa situação da maneira mais calma possível. Neste momento, (F) considera que essa fase já passou, uma vez que a sua mãe está bem, segundo o médico lhe referiu.

A descoberta das forças das famílias é um processo complexo para conhecer a família na sua situação atual e a sua história, o que valoriza e prioriza e quais as metas que pretende alcançar (Gottlieb, 2016). Acontece que, “(...) quando os enfermeiros descobrem e se focalizam nessas forças, são capazes de se relacionar a um nível mais profundo e estar plenamente presentes na relação” (Gottlieb, 2016, p.370).

Apesar de não ter sido possível no tempo decorrido, considero que, com o desenvolvimento da relação terapêutica, poderia ser aplicado o questionário das forças familiares à família “R”. Este é um instrumento de autorrelato cuja função é avaliar a percepção que a família tem das suas forças familiares (Lucas, 2012 citando Melo & Alarcão, 2011), sendo importante para o enfermeiro uma vez que lhe permite planear os cuidados tendo em conta as forças da família.

Relativamente aos papéis, estes referem-se aos padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família, ou seja, a um comportamento constante em situações específicas (Wright & Leahey, 2009). Para aprofundar esta categoria necessitaria de mais oportunidades com a família, no entanto, compreendi que (A) é um elemento atento à família, cuidador e empenhado no papel de cônjuge, pai e simultaneamente filho. Tem também um papel tranquilizador, por ser uma pessoa pacífica, sendo muitas vezes o ponto de equilíbrio na família. (F) desempenha também o seu papel de cônjuge, mãe e filha com preocupação. É no entanto mais receosa e ansiosa quanto a situações importantes, sendo importante o equilíbrio com (A).

A preocupação ou stress familiar vivenciados na família podem ser considerados normativos e associados à etapa de transição do ciclo vital da família em que esta se encontra.

No tempo decorrido não foi possível obter dados suficientes relativamente às subcategorias da influência e poder e crenças.

As alianças e uniões referem-se à orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre famílias enfermeiras (Wright & Leahey, 2009). As relações entre dois elementos são descritas como complementares e simétricas, já as relações entre três pessoas são apelidadas de “triângulo” (Wright & Leahey, 2009). Na família “R”, (A) e (F) são unidos e formam uma aliança quando precisam de solucionar problemas ou tomar decisões relativamente a (O). Não foi possível identificar os triângulos existentes na família, por ser necessário mais tempo com a família para essa avaliação.

## **2. INTERVENÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY**

O Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) é uma estrutura organizada para a conceptualização do relacionamento entre as famílias e o enfermeiro, que promove mudanças, com foco na interseção entre o funcionamento familiar e as intervenções oferecidas pelo enfermeiro, que promovem ganhos em saúde (Wright & Leahey, 2009).

Este modelo enfoca a promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009). O MCIF ajuda a determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e a intervenção mais adequada para que a mudança naquele domínio ocorra.

Na família “R” como de seguida se compreende, o domínio que a família mais precisa de desenvolver é o cognitivo. As intervenções no domínio cognitivo do funcionamento familiar são as que oferecem informações ou educação sobre a saúde, mas também novas ideias, crenças e opiniões (Wright & Leahey, 2009). No subcapítulo que se segue é apresentado o plano de cuidados à família “R” de intervenção sistémica colaborativa. A definição das intervenções de enfermagem personalizadas à família “R” teve como ponto de partida as autoras Wright & Leahey (2009) e também Figueiredo (2012) que enumera distintas intervenções de enfermagem tendo em consideração a etapa do ciclo vital da família.

## 2.1. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE INTERVENÇÃO SISTÊMICA COLABORATIVA

Tendo a família como foco e alvo dos cuidados, o enfermeiro de família organiza os cuidados à família, colaborando com ela no planeamento de cuidados (Hanson, 2005). Na tabela seguinte é apresentado o plano de cuidados à família “R”.

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação das Intervenções
13/6/2023 Processo familiar	Processo familiar não comprometido	Processo familiar efetivo mantido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a adaptabilidade e coesão familiar através da Escala FACES II;</li> <li>- Avaliar a funcionalidade da família através da escala de Apgar Familiar de Smilkstein;</li> <li>- Explorar com a família as suas forças, nomeadamente aquando da situação de doença de (R);</li> <li>- Elogiar as forças da família e individuais, nomeadamente de (F) – enquanto família foram duas transições simultâneas, o aproximar da transição desenvolvimental de se tornarem pais e a transição saúde-doença da mãe de (F);</li> <li>- Avaliar a existência de dimensões conflituais em cada papel;</li> <li>- Incentivar a redefinição de papéis pelos membros da família;</li> <li>- Incentivar o envolvimento de todos os membros da família no processo;</li> <li>- Elogiar a presença/ participação de ambos os membros do casal nas dinâmicas da família bem como nas consultas de enfermagem;</li> <li>- Estimular a comunicação de emoções na família;</li> <li>- Elogiar o sucesso na partilha de tarefas entre o</li> </ul>	<p>13/6/2023</p> <p>O casal e a filha (O) compareceram na consulta de enfermagem do programa de saúde infantil, para vigilância. Ambos atentos e participativos durante a consulta. Cúmplices entre casal e com ternura para com (O). Ambos com conhecimento relativamente a (O) e às questões abordadas. Referiram dúvidas e (F) verbalizou alguns receios quanto à diversificação alimentar.</p> <p>22/6/2023</p> <p>Os pais mantêm-se motivados para cuidar do bem-estar da família.</p> <p><b>Processo familiar efetivo mantido</b></p>

			casal e reforçar a sua importância; - Promover a partilha de dúvidas por (A) e (F).	
13/6/2023	Potencial para melhorar o conhecimento da família sobre parentalidade e direitos sociais	Conhecimento efetivo da família sobre parentalidade e direitos sociais	- Avaliar o conhecimento do casal sobre políticas sociais relacionadas com a parentalidade; - Informar o casal sobre os direitos sociais de parentalidade/maternidade.	13/6/2023 O casal esclareceu dúvidas quanto aos direitos sociais. Compreendem funcionamento da dispensa para amamentação.  <b>Conhecimento efetivo da família sobre parentalidade e direitos sociais</b>
13/6/2023 Papel Parental	Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para tomar conta da bebé (O) (necessidades do desenvolvimento)	Conhecimento efetivo dos pais para tomar conta da bebé (O) (necessidades do desenvolvimento)	- Avaliar o papel parental; - Avaliar conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital; - Avaliar o conhecimento da mãe e pai para tomar conta; - Avaliar o conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação; - Avaliar conhecimento da mãe e pai sobre as medidas de prevenção de acidentes; - Ensinar os pais sobre o padrão alimentar/ingestão de líquidos adequado à criança; - Ensinar os pais sobre padrão de eliminação, nomeadamente alterações após o início da introdução alimentar; - Ensinar os pais sobre padrão adequado de sono/repouso da criança e estratégias possíveis para manter rotina de sono do recém-nascido e promover o descanso dos pais; - Ensinar os pais sobre medidas de segurança e	13/6/2023 O casal conhece a mudanças nas suas vidas desde o nascimento de (O) e verbalizam estar muito felizes. Referem que está a correr tudo bem e demonstram conhecimento sobre os cuidados a prestar à bebé (O), no entanto, esclareceram algumas dúvidas relativamente a vários parâmetros, relacionadas com o desenvolvimento de (O). Nesta consulta foi administrada a vacina Rotarix®, no âmbito do Programa Nacional de Vacinação, pois (O) foi uma recém-nascida de baixo peso. O casal mostrou uma dinâmica

			<p>prevenção de acidentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil ao longo das consultas de vigilância de saúde infantil;</li> <li>- Ensinar sobre o papel parental;</li> <li>-Elogiar as forças da família, dando um reforço positivo;</li> <li>-Elogiar e promover partilha das responsabilidades e tarefas domésticas;</li> <li>- Incentivar a família a manter momentos de lazer – passeios em família;</li> <li>- Ensinar os pais sobre os riscos associados ao calor da estação, importância da hidratação da bebé e proteção solar;</li> </ul>	<p>tranquila entre ambos, com interação de ambos e com os cuidados à bebé. Foram conversando com a equipa e participando nos cuidados.</p> <p>A maior preocupação que referiram, estava relacionada com o início da diversificação alimentar a iniciar à bebé (O). Dada a sua idade e a aproximação para entrada na creche, o casal tinha optado por avançar com a introdução alimentar, mas apontava algumas dúvidas sobre a forma mais correta de o realizar. (F) denotou até algum receio de como decorreria.</p> <p>22/6/2023</p> <p>O casal e a bebé mantêm as suas dinâmicas familiares. (F) mais tranquila com a entrada na creche de (O) que está a acontecer gradualmente.</p>
		<p>Conhecimento efetivo dos pais sobre alimentação no primeiro ano de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar os conhecimentos dos pais sobre a alimentação no primeiro ano de vida;</li> <li>- Ensinar os pais sobre diversificação alimentar;</li> <li>- Ensinar sobre importância de começar a oferecer água à bebé;</li> <li>-Ensinar sobre textura dos alimentos e progressão ao longo do tempo;</li> </ul>	<p>22/6/2022</p> <p>O casal refere mais confiança e tranquilidade no processo de diversificação alimentar. (O) já iniciou alguns cremes de hortícolas e frutas como maçã e</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre importância de estimular o paladar a alimentos não doces – iniciar pelo creme de hortícolas;</li> <li>- Ensinar sobre a confeção do creme de legumes;</li> <li>- Ensinar sobre importância de não adicionar sal na confeção, até aos 12 meses;</li> <li>- Ensinar os pais sobre a importância do momento da alimentação como momento de partilha, das características da fase de adaptação da bebé e de ser um processo gradual;</li> <li>- Elaboração e entrega de um folheto sobre “A alimentação no Primeiro Ano de Vida” (Apêndice II).</li> </ul>	<p>pera. Os pais referem que têm estado a correr bem.</p> <p><b>Conhecimento efetivo da família sobre a alimentação no primeiro ano de vida</b></p>
--	--	--	---	---

**Tabela 1** - Plano de cuidados de enfermagem à família “R”

## CONCLUSÃO

A utilização do MCAIF, enquanto instrumento especializado, foi um modelo referencial importante, uma vez que orientou a minha prática e permitiu a avaliação da família de forma estruturada e em todas as suas dimensões. Foi relevante compreender a estrutura da família “R”, o seu desenvolvimento e funcionamento dos subsistemas familiares. Assim, facilitou a avaliação familiar e o planeamento de cuidados de enfermagem, tendo a família como foco dos cuidados.

O processo de enfermagem desenvolvido com base no MCAIF permitiu aplicar o pensamento crítico, direcionando os cuidados para a família “R”, na medida em que permitiu explorar as características da família de forma organizada. Através da avaliação familiar, foi possível delinear diagnósticos de enfermagem e planear em conjunto com a família as intervenções de enfermagem mais adequadas. De salientar as intervenções no âmbito dos cuidados antecipatórios, que permitiram obter ganhos em saúde. Assim, foi possível facilitar a transição desenvolvimental que a família “R” estava a viver, capacitando-a para a mesma.

Considero a realização deste trabalho uma mais-valia que me permitiu alcançar os objetivos inicialmente delineados para o mesmo, nomeadamente: o objetivo geral de elaborar o processo de enfermagem à família, aplicando o MCAIF; e os objetivos específicos de recolha dos dados relativos à família nos três domínios do MCAF, aprimorar competências no âmbito da utilização de instrumentos especializados em enfermagem de saúde familiar e elaborar um plano de cuidados à família, pautado pelo pensamento sistémico e colaborativo, recorrendo à linguagem da CIPE.

Relativamente às dificuldades sentidas durante a realização deste trabalho saliento a aplicação de algumas escalas. Penso ter conseguido superá-las após realizar pesquisas bibliográficas sobre as mesmas e a sua aplicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Porto: Editora Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.*
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças- Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição). Lusociência.
- Lucas, C. S. F. S. (2012). *Resiliência Familiar em contexto de Pobreza Urbana: A Perceção das Famílias sobre Forças Familiares, Resiliência Individual e Stress Percebido. Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa Para Obtenção Do Grau de Mestre Em Ciências Da Família, Especialização Em Contextos Familiares de Risco*, 7(June), 1–25.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in nursing science*. 23(1). 12–28.
- Relvas, A. P. (2000) – “O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica”. Porto: Edições Afrontamento.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5a). Loures: Lusociência.
- Wright, Lorraine M.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª Edição). ROCA.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Guião para a realização de entrevista com a família “r”

## Guião para a realização de entrevista com a família “R”

	Objetivos	Temas/ Questões	Observações
<b>Introdução</b> (2min)	Promover um ambiente facilitador à expressão das vivências da família	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apresentação;</li> <li>■ Informação relativa à consulta de enfermagem de vigilância;</li> <li>■ Informação sobre os objetivos e estrutura da entrevista;</li> <li>■ Agradecer a disponibilidade da família;</li> <li>■ Disponibilização para eventual esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<p>Estabelecer um clima de parceria com a família;</p> <p>Utilizar postura e linguagem adequada;</p>
<b>Desenvolvimento</b> (30 min)	<p>Avaliar a família: estrutura, desenvolvimento e funcional;</p> <p>Conhecer a família e a sua experiência através de perguntas abertas e circulares;</p> <p>Avaliar a funcionalidade familiar através da utilização de instrumentos especializados (escalas);</p>	<p>Quem faz parte da vossa família?</p> <p>Como se sentem nesta fase da vossa vida?</p> <p>Como tem sido a vossa experiência de vida desde que (O) nasceu? O que mudou?</p> <p>De que forma é que a vossa relação com outros elementos da família se modificou desde que (O) nasceu?</p> <p>Quais foram os momentos mais positivos que viveram desde que (O) nasceu? Houve dificuldades?</p> <p>Em situações anteriores da vossa vida, que características consideram que foram importantes para saberem lidar com situações de dificuldade?</p> <p>Quem tem sido importante nesta altura da vossa vida? Com que ajuda podem contar?</p> <p>Quais são as vossas expectativas sobre ser pai e ser mãe?</p> <p>Como idealizam esta nova etapa da vossa vida, em que agora são três? Que mudanças terão de acontecer na vossa vida e enquanto casal?</p> <p>Explicação e avaliação de escalas: Apgar familiar e FACES II.</p>	<p>Ambiente tranquilo</p> <p>Observar e registar aspetos significativos da comunicação não-verbal</p>
<b>Conclusão</b> (3min)	Concluir a entrevista	<p>Resumir e clarificar os assuntos abordados com a família – identificar aspetos importantes e estruturar plano de ação;</p> <p>Agradecimento pela disponibilidade;</p> <p>Demonstrar disponibilidade para qualquer esclarecimento.</p>	

APÊNDICE II- Folheto informativo: “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”

## 8—9 meses

Leguminosas: feijão, grão, fava, lentilha e ervilha;

logurte: natural, sem aromas e sem adição de açúcar;

Ovo: iniciar gradualmente, 1/2 gema na 1ª semana, 1 gema na 2ª semana e depois o ovo inteiro, em substituição da carne ou peixe, num máximo de 3 ovos por semana;

Frutos gordos: noz, avelã, amêndoa, amendoim, pinhão, caju, sementes (abóbora, girassol, linhaça e chia), sempre triturados;

Alterar aos poucos a textura da sopa, tornando-a mais grumosa para facilitar a inclusão de alimentos mais sólidos.;

Oferecer arroz e massa bem cozidos (com produtos hortícolas), para treino da mastigação, respeitando o ritmo do bebé.

*“Deixar o bebé “comer com as mãos”*

## 12 meses

Bebé inicia a alimentação familiar— alimentação saudável, equilibrada, variada com preferência por alimentos frescos, locais e sazonais e com alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos;

Pode iniciar o leite de vaca gordo ou manter leite materno ou fórmula infantil até aos 24-36 meses;

Evitar uso de equipamentos eletrónicos, jogos ou imagens durante a refeição;

A criança deve comer à mesa com a família, num momento de partilha e promover a autoalimentação;

Reduzir quantidade de sal;

Evitar o açúcar, doces ou alimentos processados até aos dois anos de vida;

Eleger métodos de confeção com pouca gordura;

Água— bebida de eleição, preferencialmente oferecida por copo aberto.



**Mestrado em Enfermagem Comunitária: área de Enfermagem de Saúde Familiar**  
Ensino Clínico II  
Enfª Margarida Gaspar N° 5220062

Referencias bibliográficas:  
Rego, C. et al. Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. PNPAS, 2019.  
Fonte da imagem: Freepik

## Alimentação no primeiro Ano de Vida



## 0—6 MESES

Alimentação exclusiva láctea;

Leite materno é o ideal. Pode ser completado com fórmula, se não existir leite materno ou for insuficiente.;

Até aos seis meses leite do tipo I e dos seis aos doze meses leite do tipo II.

## Diversificação alimentar

Deve ser gradual e ao ritmo do bebé;

Os primeiros alimentos poderão ser oferecidos à colher com uma textura cremosa, transitando progressivamente para texturas mais grumosas.;

Começar a oferecer água.

## 4—6 meses

Substituir uma refeição de leite por outro alimento;

Estimular o paladar a alimentos não doces—puré de hortícolas;

## Creme de Legumes

**Creme de legumes—4 legumes:**

- 1 legume "base" - batata, batata doce, chuchu, courgete ou couve-flor;
- Cenoura ou abóbora;
- 1 legume do grupo dos antioxidantes (cebola, alho, alho-francês);
- 1 Legume em folhas: alface, bróculo, feijão verde, agrião, couve coração);
- Depois de triturar, no final da cozedura juntar uma colher de chá de azeite.

## Não acrescentar sal até aos 12 meses

Todos os legumes e tubérculos podem ser oferecidos a partir dos seis meses.

## Fruta

Dever oferecida como sobremesa;

Poderá começar-se com maçã, pera e banana moídas/raladas, preferencialmente cruas. De seguida, pêssago, papaia, ameixa, uva, abacate, manga — introduzidas individualmente e não em purés com diferentes frutas;

**Preferir fruta da época;**

Kiwi, frutos vermelhos e maracujá, apenas a partir dos 12 meses, pelo risco de alergia.



## Papa de Cereais

Papas lácteas—preparam-se com água;  
Papas não lácteas—preparam-se com leite materno ou fórmula infantil;

O glúten pode ser introduzido em doses crescentes até aos 12 meses.

## Carne/Peixe

Aos 6 meses, incluir a carne ou peixe triturados numa quantidade de cerca de 30 g/dia (pode-se juntar à sopa), oferecidos na mesma refeição ou divididos pelo almoço e jantar;

Carne— iniciar com carnes magras (ex. frango, galinha, peru, coelho) e mais tarde outras variedades (ex. borrego, vaca...);

Peixe— iniciar com peixes magros (pescada, faneca, dourada, robalo, maruca ...). Aos 10 meses: salmão, sardinha, cavala e atum; Bacalhau apenas após os 12 meses;

Idealmente, 4 vezes carne e três vezes peixe por semana.

## 7 meses

Iniciar novos cereais: pão (farinhas e água apenas), arroz, massa, quinoa, sêmola de trigo (couscous).



**ANEXOS**

ANEXO I – Notação Social de Graffar Adaptado – Família “R”

### NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gr. industriais e Comerciantes</li> <li>- Gestores de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>- Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>- Brigadeiro/General/Marechal</li> <li>- Profissões liberais de topo</li> <li>- Altos dirigentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucros de empresas, de propriedades</li> <li>- Heranças</li> <li>- Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona residencial elegante</li> </ul>	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I  CLASSE ALTA  DATA ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médios Industriais e Comerciantes</li> <li>- Dirigentes de médias empresas</li> <li>- Agricultores / Proprietários</li> <li>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado</li> <li>- Oficiais das Forças Armadas</li> <li>- Profissões liberais</li> <li>- Professores Ens. Básico</li> <li>- Professores Ens. Secundário</li> <li>- Professores Universitários (s/ Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom local</li> </ul>	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4	II  CLASSE MÉDIA ALTA  DATA 22/06/23
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. industriais e Comerciantes</li> <li>- Quadros médios; Chefes de Secção</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↑)</li> <li>- Médios agricultores</li> <li>- Sargentos e equiparados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12º Ano</li> <li>- Nove ou mais anos de escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vencimentos certos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar em bom estado, de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona intermédia</li> </ul>	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7	III  CLASSE MÉDIA  DATA ___/___/___
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. Agricultores/Rendeiros</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↓)</li> <li>- Operários semi-qualificados</li> <li>- Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolaridade ≥ 4 anos e &lt; 9 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>- Pensionistas ou Reformados</li> <li>- Vencimentos incertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro social / operário</li> <li>- Zona antiga</li> </ul>	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10	IV  CLASSE MÉDIA BAIXA  DATA ___/___/___
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assalariados agrícolas</li> <li>- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não sabe ler ou escrever</li> <li>- Escolaridade &lt; 4 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência (subsídios)</li> <li>- RING</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impróprio (barraca, andar ou outro)</li> <li>- Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro de lata ou equivalente</li> </ul>	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13	V  CLASSE BAIXA  DATA ___/___/___

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

ANEXO II – Escala de APGAR Familiar – Família “R”

### Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<b>X</b>		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	<b>X</b>		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		<b>X</b>	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	<b>X</b>		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	<b>X</b>		
<b>TOTAL:</b>	9 PONTOS		

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

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

Escala de Apgar Familiar **preenchida por (A)**

### Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<b>X</b>		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	<b>X</b>		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<b>X</b>		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		<b>X</b>	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		<b>X</b>	
<b>TOTAL:</b>	8 PONTOS		

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

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

Escala de Apgar Familiar **preenchida por (F)**

ANEXO III – Escala de Faces II – Família “R”

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

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

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

Nota:

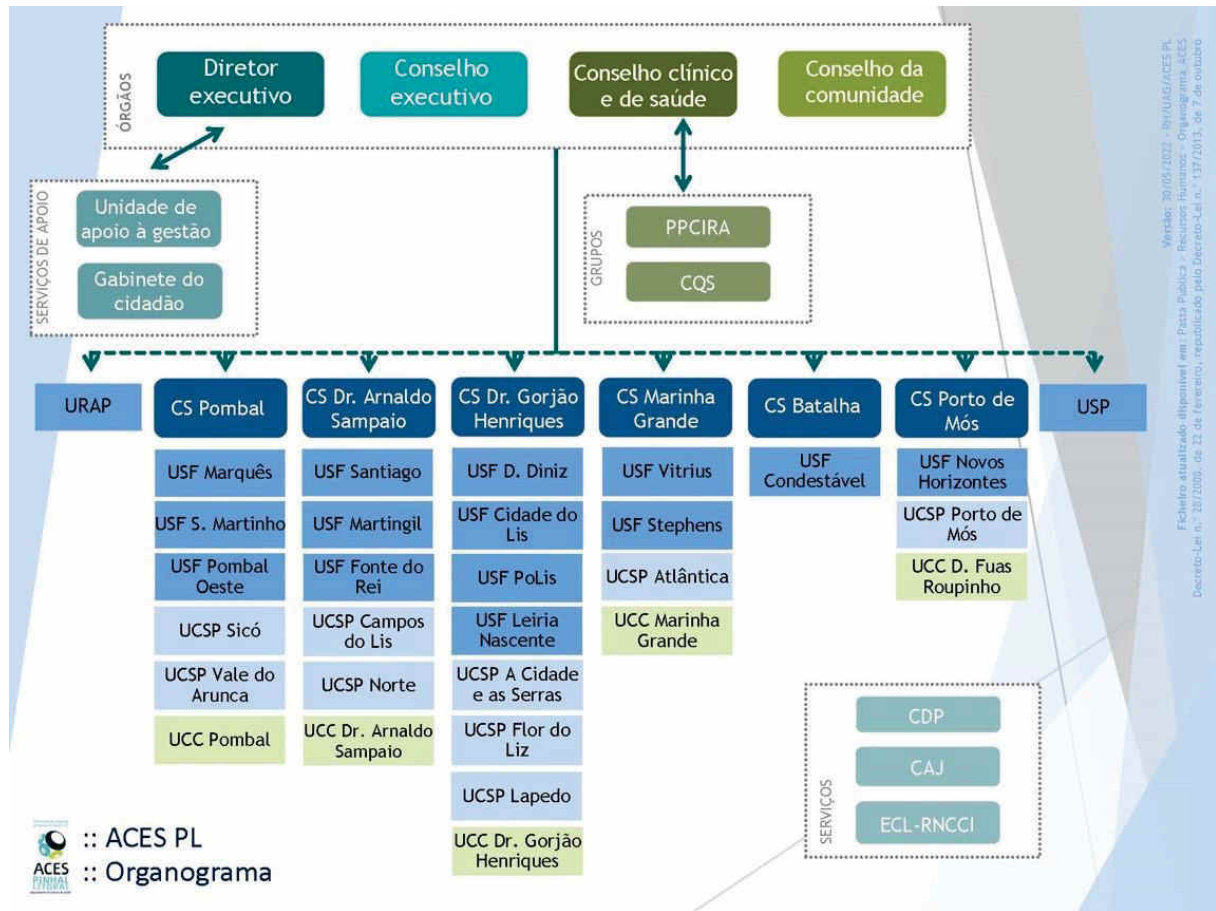
- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre



**ANEXOS**

**ANEXO I**

Organograma Funcional do ACeS Pinhal Litoral



Fonte: ACeS Pinhal Litoral (2022)

**ANEXO II**

Compromisso de confidencialidade do estudante

COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE DO PROFISSIONAL/ESTUDANTE

Eu, Margarida Marques Gaspar

Declaro que fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela Confidencialidade e Proteção de Dados e asseguro no decurso da minha atividade os seguintes procedimentos:

- Não comunicar nem divulgar a palavra-passe de acesso dos aplicativos informáticos.
- Não incluir nenhum dado de caráter pessoal ou identificativo dos utentes em nenhum trabalho ou estudo, sem que o utente tenha dado o seu consentimento por escrito.
- Toda a informação sobre os utentes deve ser registada no aplicativo informático em utilização na Unidade.

Leiria, 2 / 5 / 2023

Assinatura conforme Cartão Cidadão

Margarida Marques Gaspar

Categoria profissional

Enfermeira

**ANEXO III**

Instrumento de recolha de dados

## Informação sobre a Investigação

As transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com os seus clientes, desenvolve uma relação de ajuda e adota uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

Desta forma, a sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicaremos a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar as investigadoras coordenadoras do projeto.

Obrigado pela sua colaboração.

*Professora Doutor João Frade, RN, M.P.H., Ph.D. ciTechCare —)*

*Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Campus 2 - Morro do Lena -Alto do Vieiro, Apartado 4137, 2411-901 Leiria, Portugal,  
Tel.: (+351) 244 845 300*

.....

### Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador e colaboradores.

Fui alertada para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário. A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

Nº/Código \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

Exm. Senhor(a) Enfermeiro(a)/Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem,

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

A sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicaremos a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar os investigadores do projeto.

Obrigado pela sua colaboração.

*Professora Doutora Carolina Henriques, RN, M.Sc., Ph.D., Pos-Doc*

*Professora Doutora Maria Clarisse Martins Louro, RN, M.Sc., Ph.D.*

*Professora Doutora Célia Jordão, RN, M.Sc., Ph.D.*

*Professor Doutor João Frade, RN, M.Sc., Ph.D.*

**Estudantes**

*Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Campus 2 - Morro do Lena -Alto do Vieiro, Apartado 4137, 2411-901 Leiria, Portugal,  
Tel.: (+351) 244 845 300*

---

## Questionário

---

### Parte I – Dados Sociodemográficos

---

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ (anos)

2. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Solteira
- União de fato/ Casada
- Separada/Divorciada
- Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: \_\_\_\_\_

4. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

5. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Anos: \_\_\_\_\_

**7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: \_\_\_\_\_

**8. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?**

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
  - Contexto Académico     Formação Continua     Outro: \_\_\_\_\_
- Não**

**Parte II – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) (Barbiéri, MC. *et al.*, 2009).**

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

**Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				
6. No primeiro contacto com os membros da Família, convidoo a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias				
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de				

cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro				
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho				
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente				
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente				
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar				
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18. Considero os membros da família como parceiros				
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar				
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me em Stress				

**Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.**

**Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

**ANEXO IV**

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UCISA:E)

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

**Parecer Nº P808-10-2021**

**Título do Projeto: "CUIDARFAM"**

### Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade<sup>1</sup>, Carolina Miguel Henriques<sup>2</sup> outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: <sup>1</sup> Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; <sup>2</sup> Unidade Investigação em Ciências da Saúde: UICISA: E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

**Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes**

### Parecer

O presente pedido parte do Parecer 561/02-2019 cujo conteúdo se descreve:

*"Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.*

*Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.*

*Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.*

*Estão descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".*

*Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.*

*Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."*

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética:

*Nádia Filomena Botelho*

**ANEXO V**

Parecer do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral

**Pedido de colaboração - Participação em trabalho de Investigação**



Margarida Gaspar

Para: CCS.pl@arscentro.min-saude.pt

responder responder a todos reencaminhar seg. 30/10/2023 16:47



2 anexos (709 KB) Guardar tudo no OneDrive Transferir tudo

Boa tarde.

O meu nome é Margarida Marques Gaspar, sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.  
 O meu estágio está a decorrer na USF Leiria Nascente - Extensão dos Pousos, sob supervisão da Enfª Paula Renca e orientação do Professor Doutor João Frade. No âmbito da Unidade Curricular Estágio III é proposta a elaboração de um relatório relativo ao mesmo, com inclusão de um capítulo de investigação. Neste sentido, integrei o projeto CuidarFam - A família no Processo de Cuidar em Enfermagem, sob orientação do Professor Doutor João Manuel Graça Frade. O projeto CuidarFam pretende desenvolver investigação nos processos de transição, já que estes constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida.  
 No âmbito deste projeto é proposta a aplicação de um questionário aos Enfermeiros/ Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Este questionário inclui duas partes. A primeira corresponde ao preenchimento de dados sociodemográficos e profissionais. Na segunda parte é aplicada a Escala de Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). O mesmo questionário consta em anexo deste e-mail. Este projeto encontra-se aprovado pela comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, parecer que envio também em anexo.  
 Desta forma, o intuito deste e-mail seria o de solicitar a colaboração do ACES Pinhal Litoral, no sentido de me facilitar a divulgação do mesmo questionário para o seu preenchimento pelos Enfermeiros e estudantes de enfermagem.  
 Muito grata pela atenção prestada.  
 Atenciosamente,

Margarida Gaspar



Denise Alexandra Cunha Velho <DAVelho@arscentro.min-saude.pt>

Para: Você: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral

qua. 01/11/2023 01:38

Boa noite,

Parabéns pelo projecto. Teremos todo o gosto em colaborar na divulgação do questionário pelos enfermeiros do nosso ACeS. Quer que o façamos tal como está, reencaminhando o seu email com os anexos? Ou pretende criar um formulário electrónico?

Os melhores cumprimentos,  
 Denise Alexandra Cunha Velho  
 Especialista de Medicina Geral e Familiar  
 Unidade de Saúde Familiar Santiago  
 Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral



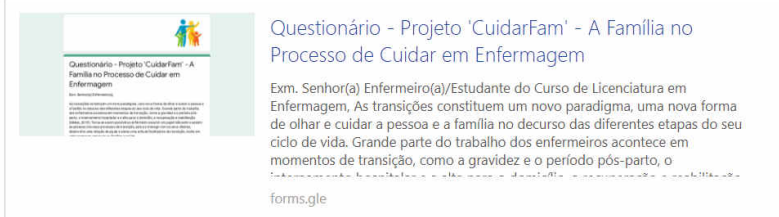
Margarida Gaspar

Para: Denise Alexandra Cunha Velho

Responder Responder a todos Reencaminhar qua. 01/11/2023 18:01

Boa tarde Drª Denise.

Primeiramente gostaria de agradecer pela brevidade na resposta bem como pelo agrado com que o meu pedido foi recebido. Fiquei muito contente em poder contar com a colaboração do ACeS Pinhal Litoral e dos seus enfermeiros. Pretendo que esta investigação fortaleça ou acrescente conhecimento relativamente ao papel do Enfermeiro de Saúde Familiar e a forma como este vê e cuida a família.  
 Se possível, a divulgação do questionário seria preferencialmente através da divulgação de um formulário eletrónico. O mesmo questionário pode ser preenchido através do link que se segue: <https://forms.gle/kfRzExrdsWuGmKrfZ>



É possível a divulgação pelos enfermeiros desta forma?  
 Gostaria ainda de questionar quando é que seria possível a divulgação dos mesmos apenas para meu conhecimento e organização.

Grata pela atenção prestada

Enfª Margarida Gaspar



Denise Alexandra Cunha Velho <DAVelho@arscentro.min-saude.pt>

Para: Você  
 Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral

sáb. 04/11/2023 11:12

Bom dia, Caríssima Margarida, Já divulguei o estudo. Espero que obtenha muitas respostas!

Os melhores cumprimentos,  
 Denise Alexandra Cunha Velho  
 Especialista em Medicina Geral e Familiar na USF Santiago  
 Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral

