

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

# **Relatório final de estágio: PROJETO 'CUIDARFAM' – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Pedro Emanuel Alexandre de Sousa, n.º 5210043

Leiria, março de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE  
FAMILIAR

# Relatório final de estágio: PROJETO 'CUIDARFAM' – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Pedro Emanuel Alexandre de Sousa, n.º 5210043

**Relatório final de estágio** para obtenção do título de mestre  
**Unidade curricular:** Estágio de natureza profissional em Enfermagem de  
Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório

**Professor Supervisor:** Professora Doutora

Clarisse Louro

**Enfermeira Orientadora:** Mafalda Girão

Leiria, março de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Neste contexto, e dado ter a oportunidade de demonstrar o apreço pelas pessoas que contribuíram no meu percurso profissional e académico, começo por tecer alguns agradecimentos.

Primeiramente agradeço à minha família. O tempo despendido a realizar um curso de mestrado, o qual culminou neste trabalho, retira muito do nosso tempo disponível para a família. Contudo, o apoio, a compreensão e o sentimento de orgulho que recebi em troca fazem-me sentir que tudo valeu a pena e que as famílias têm a capacidade não só de se adaptarem, mas de servirem de agente de motivação. Nem imaginam o quanto deu jeito todas aquelas caixas de refeições caseiras prontas a comer...

Luís Miguel, tu trazes ao de cima o meu potencial e o melhor que há de mim. Sou uma pessoa melhor desde que te conheci. A todos os meus amigos, gosto muito de vocês.

À minha equipa na USF Martingil, obrigado pela vossa compreensão e por me terem permitido a flexibilidade de horário necessária para a realização dos meus estágios. Também à equipa da USF Terra de Cister, por me ter acolhido tão bem.

Enfermeira Mafalda, a sua visão sobre a enfermagem de saúde familiar e a metodologia de orientação que adota potenciaram a minha evolução profissional e facilitou a realização dos meus estágios clínicos. Sinto que os nossos caminhos se vão continuar a cruzar... remamos na mesma direção.

Dr. Tiago Gabriel e Dr. Bartolomeu Alves, obrigado pelo apoio, consultadoria e principalmente por terem visto em mim a paixão que descobri pela área da investigação científica e por me terem convidado para integrar o Grupo de Investigação de Leiria.

Por fim, um obrigado à professora doutora Clarisse Louro, a “mãe” da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal. Nada disto seria possível sem tudo o que fez para que esta vertente tão importante em Enfermagem fosse estabelecida como área de especialidade no nosso país. Aprendi muito consigo e foi um prazer tê-la como minha orientadora.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**ARS** - Administração Regional de Saúde

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

**ciTechCare** - Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

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

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**CSD** – Cuidados de Saúde Diferenciados

**DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde

**EBSCO** - Elton Bryson Stephens Company

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ESF** – Enfermagem de Saúde Familiar

**ESSLei** – Escola Superior de Saúde de Leiria

**FINC-NA** - *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*

**FNPS** - Family Nurse Practice Scale

**ICN** - Conselho Internacional de Enfermagem

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

**IFNA** - Associação Internacional de Enfermagem de Família

**IPL** – Instituto Politécnico de Leiria

**LVT** – Lisboa e Vale do Tejo

**MeSH** - Medical Subject Headings

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PRISMA** - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*

**MDAIF** – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SBNC** – Strength Based Nursing Care (Cuidados de Enfermagem Baseados nas Forças)

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**RCAAP** - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SciELO** - Scientific Electronic Library Online

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**TMRG** – Tempos Máximos de Resposta Garantida

**UAG** – Unidade de Apoio à Gestão

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**ULSP** – Unidade Local de Saúde Pública

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE GERAL

<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>XII</b>
<b>ÍNDICE DE Equações.....</b>	<b>XIII</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>XIV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XVI</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1– ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DA USF TERRAS DE CISTER.....</b>	<b>21</b>
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER.....	22
1.2 – Polo Assistencial de Coz.....	27
1.3 – PLANO DE AÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER.....	28
1.3 – CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UTENTES.....	31
1.4 – RECURSOS DA COMUNIDADE.....	35
<b>2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>36</b>
2.1 – MODELOS DE ENFERMAGEM E OS SEUS CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	38
2.2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	43
2.3 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	49
<b>3 – COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO.....</b>	<b>51</b>
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	52
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA na ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	55
<b>4 – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>59</b>
4.1 – INTRODUÇÃO.....	59
4.2 – PROJETO: ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	63

4.3 – ESTADO DE ARTE .....	64
4.3.1 – Metodologia utilizada na RSL.....	65
4.3.2 – Resultados da RSL.....	68
4.3.3 – Discussão dos resultados da RSL.....	73
4.3.4 – Conclusões da RSL.....	75
4.4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	76
4.4.1 – Questões de investigação .....	77
4.4.2 - Hipóteses.....	77
4.4.3 - Objetivos.....	78
4.4.4 – Tipo e âmbito de estudo .....	79
4.4.5 – População alvo e amostra.....	79
4.4.6 – Definição operacional das variáveis.....	80
4.4.7 - Instrumentos e fontes de informação .....	82
4.4.8 - Procedimentos na recolha e análise de dados .....	85
4.4.9 - Limitações e possíveis vieses do estudo.....	90
4.4.10 – Considerações éticas .....	91
4.5 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	92
4.5.1 – Classificação da amostra.....	92
4.5.3 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a escala IFCE-AE.....	99
4.5.5 – Efeito da frequência de um mestrado de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar nas atitudes dos enfermeiros face à família .....	106
4.6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	113
4.6.1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis contextuais e suas possíveis influencias nos resultados .....	113
4.6.2 – Atitudes dos enfermeiros em formação especializada em ESF vs. atitudes dos enfermeiros das restantes áreas de especialização .....	119
4.7 – CONCLUSÃO .....	125
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>I</b>
APÊNDICE I - Pedido de autorização ao Coordenador da USF Terras de Cister para utilização de dados contidos neste trabalho.....	II

APÊNDICE II - Aplicação do modelo de Calgary de avaliação familiar a uma família da USF Terras de Cister .....	IV
APÊNDICE III - Pedido de autorização ao Diretor da ESSLei para aplicação de questionários aos estudantes de mestrado em Enfermagem .....	XXXI
APÊNDICE IV - Questionário aplicado aos estudantes da ESSLei.....	XXXIII
<b>ANEXOS .....</b>	<b>XLII</b>
ANEXO I - Projeto 'CuidarFam' .....	XLIII
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para o projeto 'CuidarFam' .....	LVII
ANEXO III - Resultados obtidos da pesquisa bibliográfica realizada nas diferentes bases de dados científicas utilizadas na RSL .....	LIX

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Mapa do ACeS Oeste Norte .....	22
<b>Figura 2:</b> Organigrama do ACeS Oeste Norte .....	23
<b>Figura 3:</b> Logotipo da USF Terras de Cister .....	25
<b>Figura 4:</b> Pirâmide etária dos utentes do ficheiro em maio de 2022 .....	32
<b>Figura 5:</b> Esquema resumo do modelo dos Sistemas de Betty Neuman .....	39
<b>Figura 6:</b> Esquema resumo da teoria das transições de Meleis .....	40
<b>Figura 7:</b> Esquema resumo do Modelo de MacGill .....	41
<b>Figura 8:</b> Esquema de abordagens às forças segundo o SBC .....	42
<b>Figura 9:</b> Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família .....	45
<b>Figura 10:</b> Matriz Operativa do MDAIF .....	46
<b>Figura 11:</b> Parâmetros de Avaliação Familiar de Minuchin .....	46
<b>Figura 12:</b> Fases da Entrevista Familiar .....	47
<b>Figura 13:</b> Esquema da Entrevista Motivacional .....	48
<b>Figura 14:</b> Fases do processo de enfermagem .....	50
<b>Figura 15:</b> Diagrama PRISMA .....	67

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Resultados dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem do Polo Assistencial de Coz em março de 2022 .....	28
<b>Quadro 2:</b> Intervenções de enfermagem mais frequentes em março de 2022 .....	34
<b>Quadro 3:</b> Níveis da prática de ESF de Friedman .....	36
<b>Quadro 4:</b> Teorias com contributos para a ESF .....	43
<b>Quadro 5:</b> Escalas e instrumentos úteis à prática de ESF .....	49
<b>Quadro 6:</b> Competências comuns do enfermeiro especialista e atividades realizadas para as atingir .....	52
<b>Quadro 7:</b> Competências específicas do enfermeiro especialista em ESF e atividades realizadas para as atingir .....	56
<b>Quadro 8:</b> Estratégia PICO utilizada .....	65
<b>Quadro 9:</b> Estratégia de pesquisa e bases de dados utilizadas .....	66
<b>Quadro 10:</b> Critérios de inclusão .....	66
<b>Quadro 11:</b> Critérios de exclusão .....	67
<b>Quadro 12:</b> Contexto e medidas de dispersão da IFCE-AE dos artigos incluídos nesta RSL ....	69
<b>Quadro 13:</b> Principais resultados da associação entre as variáveis estudadas e a IFCE-AE ....	70
<b>Quadro 14:</b> Operacionalização das variáveis .....	81
<b>Quadro 15:</b> Dimensões, itens e score da IFCE-AE .....	84
<b>Quadro 16:</b> Testes estatísticos a serem utilizados para as medidas de associação entre as variáveis contextuais e a variável dependente .....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição das famílias do ficheiro por número de pessoas no agregado familiar em maio de 2022 .....	31
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos utentes do ficheiro por freguesia de habitação em março de 2022 .....	31
<b>Tabela 3:</b> Distribuição de utentes por programa de vigilância utentes em maio de 2022 .....	32
<b>Tabela 4:</b> Problemas de saúde e focos de enfermagem mais frequentes no ficheiro de utentes em março de 2022 .....	33
<b>Tabela 5:</b> Validade da escala IFCE-AE nos diferentes estudos selecionados .....	68
<b>Tabela 6:</b> Descrição da amostra segundo a idade .....	93
<b>Tabela 7:</b> Descrição da amostra segundo o estado civil .....	93
<b>Tabela 8:</b> Descrição da amostra segundo as habilitações académicas .....	93
<b>Tabela 9:</b> Descrição da amostra segundo o título profissional .....	94
<b>Tabela 10:</b> Descrição da amostra segundo o cruzamento das variáveis mestrado frequentado e ano letivo .....	94
<b>Tabela 11:</b> Descrição da amostra segundo área de especialidade já atribuída pela OE .....	95
<b>Tabela 12:</b> Descrição da amostra segundo o tempo de experiência profissional .....	95
<b>Tabela 13:</b> Descrição da amostra segundo o contexto de trabalho .....	95
<b>Tabela 14:</b> Descrição da amostra segundo a frequência de formação anterior em ESF .....	96
<b>Tabela 15:</b> Descrição da amostra segundo as atitudes dos enfermeiros face à família .....	96
<b>Tabela 16:</b> Resultado do alfa de Cronbach para a escala IFCE-AE .....	97
<b>Tabela 17:</b> Resultados do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a variável dependente .....	98
<b>Tabela 18:</b> Resultados do teste de Levene para igualdade de variâncias entre populações ...	98
<b>Tabela 19:</b> Correlação dos dados da IFCE-AE com as variáveis sociodemográficas .....	99
<b>Tabela 20:</b> Distribuição de médias por dimensão da IFCE-AE por ano letivo frequentado ....	101
<b>Tabela 21:</b> Descrição das atitudes dos enfermeiros face à família por grupo .....	103
<b>Tabela 22:</b> Descrição das atitudes dos enfermeiros face à família por mestrado .....	104
<b>Tabela 23:</b> Estatística descritiva relativamente à dimensão 1 .....	106

<b>Tabela 24:</b> Resultados do teste de Levene e do teste t-Student para a dimensão 1 .....	107
<b>Tabela 25:</b> Resultados do $d$ de Cohen e do $g^*$ de Hedges para a dimensão 1 da IFCE-AE .....	107
<b>Tabela 26:</b> Posto médio e soma de classificações encontrado para cada grupo .....	108
<b>Tabela 27:</b> Resultados do teste Wilcoxon-Mann-Whitney .....	108
<b>Tabela 28:</b> Resultados para $d$ , $r$ e linguagem comum para a dimensão 2 da IFCE-AE .....	110
<b>Tabela 29:</b> Estatística descritiva da dimensão 3 .....	111
<b>Tabela 30:</b> Resultados do teste de Levene e do teste t-Student para a dimensão 3 .....	111
<b>Tabela 31:</b> Resultados do $d$ de Cohen e do $g^*$ de Hedges para a dimensão 3 da IFCE-AE .....	112

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Frequências e posto médio da dimensão 2 .....	109
<b>Gráfico 2:</b> Diagrama de extremos e quartis dos scores das atitudes dos estudantes para a dimensão 2 da IFCE-AE .....	110

## ÍNDICE DE EQUAÇÕES

<b>Equação 1:</b> $d=1-2U/(n_1n_2)$ .....	89
<b>Equação 2:</b> $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$ .....	89
<b>Equação 3:</b> <i>Probabilidade</i> = $100x \frac{\max(U1,U2)}{U1+U2}$ .....	89
<b>Equação 4:</b> $CI = \left( \bar{X} - z_c \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}}, \bar{X} + z_c \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right)$ .....	96

## RESUMO

**Enquadramento:** Os desenvolvimentos da ciência e da profissão de enfermagem apontam no sentido de reconhecer a família como alvo de cuidados e como elemento proativo nesse processo, sendo que as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados (Oliveira et al, 2011). As atitudes dos enfermeiros afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em enfermagem e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar (Frade et al, 2021). Benzein et al (2008) definiu determinadas atitudes agrupadas em dimensões, podendo ser elas positivas (famílias como parceiro dialogante e recurso de coping e famílias como recurso nos cuidados de enfermagem) ou negativas (família como um fardo). Compreender a perspetiva e as atitudes dos enfermeiros em relação à integração das famílias no processo de cuidar permitir-nos-á conhecer qual o caminho a percorrer na ciência de enfermagem para que a integração das famílias nos cuidados de enfermagem seja uma realidade efetiva em todas as áreas de intervenção do enfermeiro. (Frade et al, 2021)

**Objetivos:** Descrever as atitudes dos estudantes do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria face ao envolvimento das famílias nos cuidados e comparar essas atitudes das dos estudantes das outras áreas de especialidade em Enfermagem lecionadas na mesma escola.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, transversal realizado a 71 estudantes dos diferentes mestrados em enfermagem lecionados na Escola Superior de Saúde de Leiria, dos quais 20 estudantes do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e 51 dos cursos de mestrado em Enfermagem lecionados nessa escola. O instrumento de colheita de dados é composto por um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e

pela escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Oliveira *et al.*,2011).

**Resultados:** As atitudes de suporte face às dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade. As atitudes negativas perante a dimensão “Família: fardo” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são inferiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade.

**Conclusão:** Os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar apresentam atitudes favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância às famílias. Essas atitudes são aumentadas pela frequência deste mestrado, tendo-se verificado melhores resultados nestes estudantes do que nos estudantes dos restantes mestrados em Enfermagem da mesma escola.

**Palavras chave:** Enfermagem familiar, atitude, enfermeiros e família

## ABSTRACT

**Background:** The development of nursing science and as profession recognize a family health-centered model of care and the family as a pro-active element in that process, being the nurse's attitudes, in the context of therapeutic interaction with the families, a proof of the importance of including the family in nursing care shown by those (Oliveira et al, 2011).

Nurses' attitudes affect their disposition to interact and include the families in nursing care and to know this attitude will help us to understand how nurses contextualize each individual and its health-decease process in its own family context (Frade et al, 2021). Benzein et al (2008) has defined determined attitude grouped in dimensions that can be both positive (families as a dialoging partner and coping resource and families as a resource in nursing care) or negative (families as a burden). To understand the perspective and the attitude of nurses in integrating families in the care process will allow us to know which path to travel in nursing science so that the involvement so families in nursing care could be an effective reality in every area of intervention of nurses (Frade et al, 2021).

**Objectives:** To describe the attitudes of master's degree nursing students in Family Nursing, of Leiria's Health School, about the integration of families in healthcare and compare those attitudes from the ones shown by master's degree students from different nursing specialization areas in the same school.

**Method:** A quantitative, descriptive - correlational, cross-sectional performed on 71 students from the different nursing master's degrees of Leiria's Health School, from which 20 from the family nursing master's degree and 51 from the rest of nursing specialization areas. The data collection instrument is composed of a sociodemographic and professional characterization questionnaire and the Scales Importance of the Family in Nursing Care - Nurses' Attitudes (Oliveira *et al.*,2011).

**Results:** The supporting attitudes regarding the dimension "Family: a dialoging partner and coping resource" and "Family: resource in nursing care) of the Family Nursing master's degree students are higher than the ones obtained from the rest of the nursing master's degree areas.

The negative attitudes regarding the dimension “Family: Burden” are lower than the ones obtained from the rest of the nursing master’s degree areas.

**Conclusion:** The nurses taking a Family nursing master’s degree in Leiria’s Health School presents favorable attitudes involving families in nursing health care and attach high importance to families. These attitudes are increased by the frequency of this master's degree, and there were better results in these students than in the students of the other master's degrees in Nursing from the same school.

**Keywords:** Family nursing, attitude, nurses e family

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), tratando-se do relatório final de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar realizados em contexto clínico.

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária na área de ESF, da ESSLei do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), apresenta-se com um número de noventa créditos, segundo o sistema europeu de transferência de créditos. Este ciclo de estudos inclui, entre diversas unidades curriculares teóricas e teórico-práticas, um percurso de quinhentas horas divididas entre 2 estágios de Enfermagem de cuidados de saúde à família e um último estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF com relatório final.

Com a realização destes estágios pretende-se que os estudantes utilizem na prática os modelos, as técnicas e os conhecimentos adquiridos em todas as unidades curriculares do mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF e assim desenvolverem as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESF, assim como aplicarem o processo de enfermagem às famílias como unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital. O estágio final tem como finalidade integrar o conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades. Os seus objetivos são os de desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade (Frade *et al*, 2022). Durante este curso de mestrado realizei os 3 diferentes ensinamentos clínicos sempre na mesma USF, de forma a permitir o conhecimento da comunidade e a continuidade de cuidados às famílias. Estes estágios foram, então, realizados na Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras de Cister, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte, da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).

Este trabalho surge então como o relatório final do estágio III e do ciclo de estudos do mestrado.

A enfermagem enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. O processo de enfermagem exige uma abordagem sistemática e metodológica própria que permite cuidar do outro em todas as suas dimensões (Costa e Gonçalves, 2021).

A Associação Internacional de Enfermagem de Família (IFNA) (2017) defende que os cuidados de enfermagem focados na família devem estar presentes durante todo o ciclo vital dos clientes e que, para isso, deve ser assegurada uma educação consistente e sistemática destas competências que seja transversal a todos os graus de formação em enfermagem.

Para ampliar a visão que os enfermeiros têm da importância da família na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, é necessário compreender esta como uma unidade de cuidados e como sistema social, com funções específicas que se alteram ao longo do seu desenvolvimento e cujas transições devem ser entendidas como potenciais forças de desenvolvimento (Figueiredo, 2012).

O Plano Nacional de Saúde 2022-2030 (PNS) recomenda a aplicação de um novo paradigma na abordagem e intervenção dos problemas, envolvendo a população, aumentando a sua literacia, o sentimento de autoeficácia e a capacidade para lidar com situações complexas de transição em todo o ciclo de vida (DGS, 2021). Como iremos ver ao longo deste trabalho, são exatamente estes as competências e o foco de intervenção dos enfermeiros especialistas em ESF, demonstrando-se assim a necessidade destes profissionais no sistema de saúde.

A IFNA (2017) considera que os enfermeiros de família devem assistir as necessidades holísticas da família e serem possuidores de conhecimentos especializados, no sentido de manter a saúde familiar e assim conseguir uma melhor gestão dos problemas de saúde vivenciados por esta.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que o Enfermeiro Especialista deverá ter conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e que este tem que detetar e correlacionar respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, através de competências clínicas especializadas relativas à sua intervenção (OE, 2017).

Em 2020, a proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde primários (CSP) com enfermeiro de família atribuído foi de 86,3 %, verificando-se uma evolução crescente desde

os 69,9% atingidos em 2015 (DGS, 2021). Contudo, a percentagem de enfermeiros de família especialistas em ESF é ainda muito reduzida nos CSP em Portugal.

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos, em que cada um representa um objetivo da formação especializada em ESF.

No primeiro capítulo, e de forma a compreendermos o enquadramento prático dos cuidados de saúde especializados em contexto de USF, encontramos a caracterização e o contexto sociopolítico da USF onde realizei os estágios deste mestrado, assim como o seu plano de ação, a caracterização do ficheiro de utentes da equipa de saúde familiar que integrei e os resultados em saúde dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No segundo capítulo faremos uma viagem pelo enquadramento conceptual da ESF, dentro da ciência de enfermagem, assim como pelos modelos de avaliação e intervenção familiar.

No capítulo 3 podemos verificar quais as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF, assim como as estratégias e atividades desenvolvidas para as atingir.

O quarto capítulo apresenta o resultado da prática especializada baseada na evidência. Aqui podemos encontrar a investigação desenvolvida sobre as atitudes que os enfermeiros em formação especializada em ESF assumem perante a sua perceção da importância da integração das famílias nos cuidados de enfermagem, assim como a comparação destas atitudes com as de enfermeiros que frequentam formação especializada nas restantes áreas de especialidade da ESSLei.

Por fim, terminamos com algumas conclusões finais, as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho, os apêndices e anexos que fomos identificando no trabalho.

## **1– ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DA USF TERRAS DE CISTER**

O conceito de enfermeiro de família surgiu em Portugal com a regulamentação das USF no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, que veio consagrar a prática do enfermeiro de família e atribuído a cada enfermeiro trezentas a quatrocentas famílias por determinada área geográfica.

Em ESF a saúde é vista como um processo dinâmico vivenciado pela família, sendo a interação entre bem-estar e doença.

A família em todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e na sua complexidade cultural interage com o ambiente progressivamente transformando-o e sendo influenciado também ao longo do tempo (OE, 2017).

A OE (2017) identifica 6 categorias de enunciados descritivos fundamentais para compreender a ESF e para a aplicação prática nas atitudes dos enfermeiros: satisfação dos clientes (procura dos mais elevados níveis de satisfação da família); promoção da saúde (ajuda a família a alcançar o máximo potencial de saúde); prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem.

Segundo a OE (2017), o enfermeiro especialista em ESF concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas. O foco é a família como unidade de cuidados, sendo valorizando simultaneamente a relação entre a saúde dos diferentes membros da família e a saúde global da família.

O Enfermeiro especialista em ESF aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando não só a família como unidade, mas também a interação dinâmica entre os seus membros, perspetivando-as em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais. Para isso, este profissional tem que possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (OE, 2017).

## 1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER

A USF Terras de Cister é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte, do qual é parte integrante (DL 298/2007).

As informações aqui explanadas sobre a USF Terras de Cister têm autorização do coordenador da Unidade Funcional para a sua publicação (APÊNDICE I).

A portaria número 276/2009, de 18 de Março criou o ACeS Oeste Norte definindo os seguintes como seus concelhos integrantes: Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, conforme se pode ver na figura 1.



**Figura 1:** Mapa do ACeS Oeste Norte

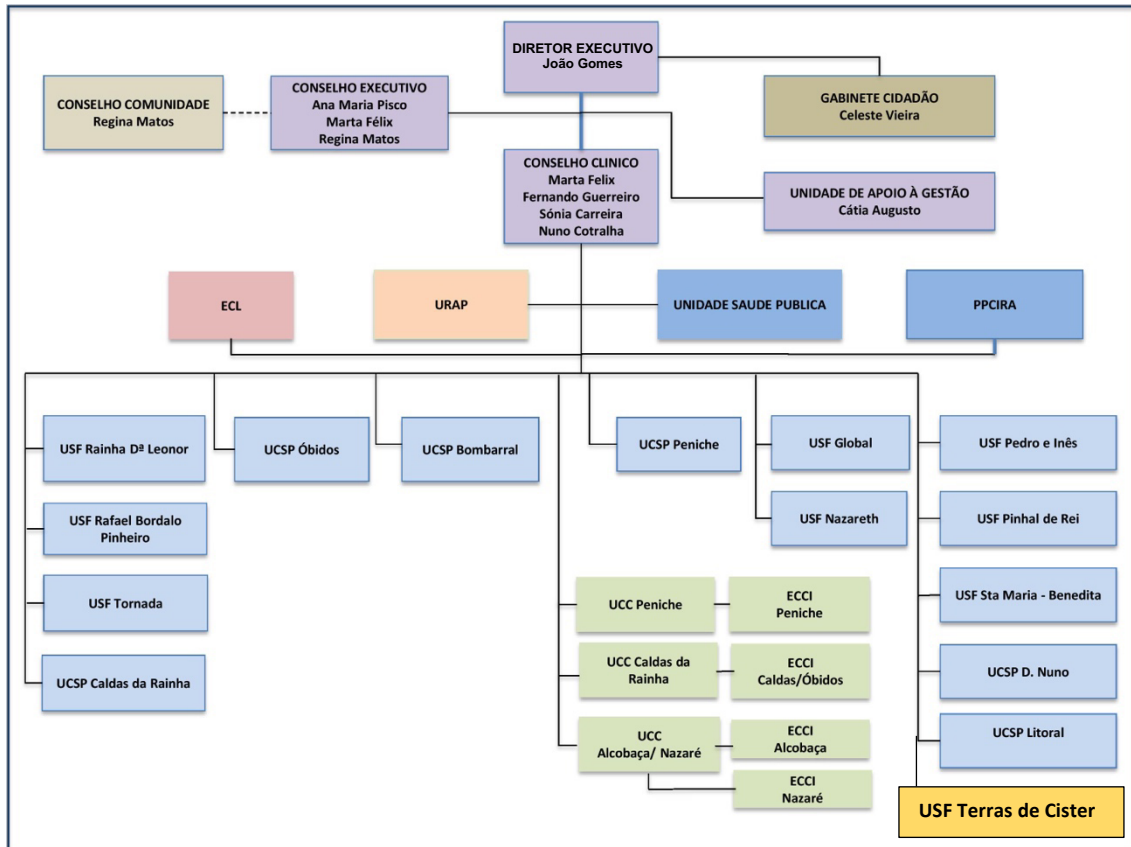
**Fonte:** [https://ds4.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/ACES\\_OESTENORTE\\_GuiaUtente.pdf](https://ds4.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/ACES_OESTENORTE_GuiaUtente.pdf)

A sede do ACeS Oeste Norte encontra-se na cidade de Caldas da Rainha.

Analisando o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP, 2022), verificamos que o ACeS Oeste Norte tem como visão que as suas unidades desenvolvam toda a sua atividade como um todo organizacional onde prevaleça o sentido de equipa, a comunicação interpares e a gestão aberta e participada dos órgãos dirigentes com os profissionais e o envolvimento da comunidade, tendo sempre presente a promoção e

melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação dos cuidados de saúde primários de qualidade.

A USF Terras de Cister integra o ACeS Oeste Norte e a relação entre ambos regulamentada pelo manual de articulação, que faz parte integrante do processo de contratualização anual. O organigrama do ACeS Oeste Norte encontra-se representado na figura 2.



**Figura 2** - Organigrama do Aces Oeste Norte

**Fonte:** Adaptado de BI-CSP

A USF Terras de Cister iniciou a sua atividade a 1 de fevereiro de 2021, possuindo a sua sede no edifício do Centro de Saúde de Alcobaça. Este edifício é partilhado com as seguintes unidades: a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que desenvolve consultas de Psicologia, Medicina Dentária, Higiene Oral; a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) através Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Unidade Local de Saúde Pública (ULSP) e a USF Pedro e Inês.

Alcobaça é uma cidade portuguesa do distrito de Leiria, situada na província da Estremadura e integrando a Comunidade Intermunicipal do Oeste na região do Centro, com cerca de 7 000 habitantes no seu núcleo central. Alcobaça é banhada pelos rios Alcoa e Baça, nomes de cuja aglutinação a tradição faz derivar o seu nome.

Dotada de uma forte identidade cultural, a região de Alcobaça apresenta uma importante e ampla diversidade patrimonial ao nível da arquitetura, monumental, ambiental, turística e gastronómica.

O concelho de Alcobaça é composto por treze freguesias, sendo elas: União de Freguesias de Alcobaça e Vestiaria; Alfeizerão; Aljubarrota; Bárrio; Benedita; Cela; União de Freguesias de Coz, Alpedriz e Montes; Évora de Alcobaça; Maiorga; União de Freguesias de Pataias e Martingança; S. Martinho do Porto; Turquel e Vimeiro. Este município, com cerca de 54.124 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2018), tem como principais atividades económicas a produção de maçã, pera, vinha e outros produtos agrícola, a indústria de couros e peles, calçado, madeira, mobiliário, porcelanas, faiança e olaria, vidro, moldes e cimento.

Sendo natural de Évora de Alcobaça, tenho fortes ligações a esta terra, conhecendo as suas freguesias e cultura, o que facilitou a integração.

A cerca de dez quilómetros de Alcobaça situa-se Coz, uma das antigas povoações dos Coutos de Alcobaça, rodeada de férteis campos agrícolas e de antigas florestas. Nesta localidade formou-se, no século XIII, uma comunidade de religiosas cisterciense de mulheres devotas que se auxiliavam nas múltiplas tarefas necessárias ao bom funcionamento do Mosteiro de Santa Maria de Coz. No século XVI, este mosteiro tornou-se num dos mais ricos mosteiros femininos cistercienses, em Portugal. Com o seu esplendor artístico barroco, a igreja testemunha a riqueza dessa comunidade (Câmara Municipal de Alcobaça, 2022). Ainda hoje este monumento se encontra restaurado e disponível para vista.

Foi no polo assistencial de Coz, que desenvolvi os ensinamentos clínicos referentes a este curso de mestrado.

O logotipo da USF Terras de Cister traduz a história dos monges cistercienses que há oitocentos anos desbravaram as terras de Alcobaça em busca do perfeito cultivo dos campos, uma rigorosa procura da perfeição da arquitetura e uma dura escola dos homens bons. Esta cultura de vida serviu de inspiração para os profissionais da USF, visando que os cuidados de

saúde prestados sejam tão notáveis como o conhecimento dos monges cistercienses. Podemos observar o logotipo da USF Terras de Cister na figura 3.



**Figura 3:** Logotipo da USF Terras de Cister

**Fonte:** Regulamento interno da USF Terras de Cister

Como USF, Terras de Cister possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos. Esta funciona todos os dias úteis das 8 às 20 horas. Aqui, todos os utentes têm atribuídos um Médico de Família, uma Enfermeira de Família e um Secretário Clínico que trabalham em sete equipas nucleares de saúde familiar. O atendimento aos utentes é, preferencialmente, realizado pela sua equipa de Saúde Familiar, sendo constituída por uma equipa de 7 Médicos, 7 Enfermeiros e 6 Secretários Clínicos e contando ainda com a colaboração de 1 Assistente Operacional pertencente à Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACeS Oeste Norte, 2 funcionárias da empresa de limpeza e um vigilante.

A USF Terras de Cister tem por missão prestar os melhores cuidados de saúde aos seus utentes e famílias, com elevado nível de competência, excelência e rigor, promovendo o bem-estar e conforto dos cidadãos bem como as relações com a comunidade onde está inserida (BI-CSP, 2022). A sua visão é a de uma equipa de referência na prestação de cuidados de saúde, junto dos seus utentes e suas famílias, comunidade em geral e ser reconhecida como uma equipa coesa, inovadora, sustentável ambicionando reconhecimento como equipa de referência na comunidade (BI-CSP, 2022). Esta Unidade Funcional orienta a sua atividade pelos seguintes valores (BI-CSP, 2022):

- Promover o desenvolvimento dos cidadãos tendo como princípio o respeito pela pessoa humana e os seus valores individuais;
- Capacitar e autonomizar os seus utentes, tornando-os agentes da sua própria mudança;

- Ser solidário, em que cada elemento da equipa garante o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- Ser Responsável, através da Qualidade; Rigor; Eficiência e Profissionalismo.

A USF Terras de Cister disponibiliza a sua carteira de serviços aos utentes inscritos residentes nas freguesias da União de Freguesias de Alcobça e Vestiaria, Maiorga, Coz e Aljubarrota, o que perfaz um total de cerca de 12500 utentes.

De acordo com o seu Regulamento Interno, são compromissos da USF Terras de Cister (2022):

- Garantir às crianças desde o nascimento, o acompanhamento adequado em consulta multidisciplinar de Saúde Infantil-Juvenil de acordo com programa da DGS;
- Garantir às grávidas o acompanhamento adequado em consulta multidisciplinar;
- Garantir a todos os casais o acesso à Consulta de Planeamento Familiar;
- Garantir a todos os utentes elegíveis o Rastreio Oncológico;
- Garantir uma consulta Multidisciplinar de Hipertensão no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares;
- Garantir uma Consulta Multidisciplinar de Diabetes Mellitus no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes;
- Garantir uma Consulta de Saúde do Adulto / Idoso aos utentes;
- Garantir a realização das atividades inerentes à pandemia por SARsCov-19;
- Garantir a realização de visita domiciliar médica e/ou de enfermagem a utentes em situação de dependência, incapazes de se deslocarem à USF, cumprindo os Tempos médios de Resposta Garantida (TMRG) preconizados;
- Garantir a realização de consulta de enfermagem/médica no próprio dia, a todos os utentes que necessitem de cuidados de enfermagem/médicos por doença aguda;
- Vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV), a todos os utentes inscritos na USF;
- Atendimento das chamadas telefónicas com cortesia, rapidez e profissionalismo durante todo o período de funcionamento.

## 1.2 – POLO ASSISTENCIAL DE COZ

O Polo Assistencial de Coz encontra-se a poucos metros do Mosteiro de Santa Maria de Coz num edifício da Junta de Freguesia, remodelado há cerca de um ano. Este edifício possui boas condições para o acolhimento e prestação de cuidados, apresentando dois gabinetes de enfermagem, um gabinete médico, um balcão administrativo, uma sala de espera, uma sala de isolamento, copa, arrumos e WC para utentes e para profissionais. Todos os espaços se encontram devidamente equipados com o equipamento clínico e administrativo necessário ao normal funcionamento desta Unidade e a gestão de stocks de material é da responsabilidade da Enfermeira (clínico e de farmácia) e da Secretária Clínica (hoteleiro e administrativo).

A estrutura física deste polo assistencial foi ideal para o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, possibilitando que realizasse consultas de saúde familiar em gabinete equipado e com acesso ao Sclínico, de ambiente calmo sem interrupções e com o tempo adequado a cada família sem perturbar o normal funcionamento do restante trabalho da USF.

O polo assistencial de Coz funciona de segunda a sexta das 8h às 13h sendo que nos restantes períodos os utentes inscritos neste polo podem ser atendidos na sede da USF Terras de Cister. Verifica-se a garantia de atendimento ao longo de todo o período de funcionamento da USF, pelo que as famílias podem ter consultas com a sua equipa de saúde familiar em horário pós-laboral na sede da USF tanto em situações agendadas e de vigilância, como em consulta não programada ou de doença aguda.

Por um lado a existência de Polos Assistenciais dificulta a gestão e organização de uma USF, mas por outro oferece cuidados de proximidade à população residente na localidade onde se encontram inseridos.

O artigo 101º do Código Deontológico da OE (2015/a) diz que o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, tem o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido. Por este motivo, é importante que seja dada a oportunidade ao enfermeiro de família de permanecer no mesmo local e com o mesmo ficheiro de famílias para que este possa desenvolver este conhecimento.

### 1.3 – PLANO DE AÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER

A pandemia por COVID-19 influenciou muito os Planos de Ação das USF nos últimos anos. Também o facto de se tratar de um USF com pouco tempo de evolução implicou um investimento na qualidade organizacional e elaboração de procedimentos.

Segundo a carta de compromisso da USF Terras de Cister (2021), o Plano de Ação contratualizado centrou-se na promoção da atividade assistencial presencial, com enfoque nas atividades relacionadas com a Gestão da Saúde e da Doença, e do utente com Risco Cardiovascular e dinamizar a Consulta de Cessação Tabágica.

Ao nível da qualidade organizacional, a prioridade da USF era elaborar o Manual de Procedimentos Internos no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade.

Para dar resposta a este Plano de Ação, as atividades prioritárias contratualizadas para 2021 foram as seguintes: vacinação COVID-19 e gripe sazonal, rastreio do cancro do colo do útero, acompanhamento adequado na gestão da saúde, consulta de cessação tabágica, acompanhamento adequado na gestão da doença, formação interna, risco cardiovascular, auditorias e elaboração de procedimentos e instruções de trabalho da USF Terras de Cister.

A avaliação de resultados e ganhos em saúde nos CSP é realizada por indicadores definidos a nível nacional.

A USF Terras de Cister apresentava em abril de 2022 um Índice de Desempenho Global (IDG) de 70,7, sendo a subárea da gestão da doença a que apresentava o valor mais baixo.

No quadro 1 podemos analisar os resultados obtidos pela equipa de saúde familiar do Polo Assistencial de Coz, no que diz respeito a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os resultados encontram-se categorizados por cores, em que o vermelho corresponde a valores fora do mínimo aceitável, o amarelo entre os valores mínimos aceitáveis e esperados e o verde corresponde à melhor pontuação, encontrando-se o resultado entre o mínimo e o máximo esperado.

**Quadro 1:** Resultados dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem do Polo Assistencial de Coz em março de 2022

Indicador	Designação	Resultado
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	0,000
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	93,584
2013.019.01 FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	74,071

2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	70,634
2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	83,725
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	85,103
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	59,177
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	205,144
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	72,727
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	0,000
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	64,372
2013.031.01 FL	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	84,946
2015.314.01 FL	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	14,041
2015.316.01 FL	316 - Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	44,000
2013.032.01 FL	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	19,531
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,920
2018.339.01 FL	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	53,194
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	27,768
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	85,103
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	81,592
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	91,438
2017.389.01 FL	389 - Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	2,000
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	78,082
2017.391.01 FL	391 - Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	2,000
2017.392.01 FL	392 - IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	2,000
2017.393.01 FL	393 - Score dimensão "formação equipa multiprofis."	2,000
2017.394.01 FL	394 - Score dimensão "formação internos e alunos"	2,000
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	64,365
2018.410.01 FL	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	2,227
2019.428.01 FL	428 - Score dimensão "segurança de utentes"	0,000
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	68,911
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	66,368
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	71,028
2013.053.01 FL	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	63,528
2013.057.01 FL	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	94,203
2013.059.01 FL	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	72,277
2013.063.01 FL	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	78,495
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	65,559
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	51,372
2013.091.01 FL	91 - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	36,828
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	97,000
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	97,849
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	99,200
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	93,979
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	61,444

Fonte: (BI-CSP, 2022)

Da análise destes indicadores podemos concluir que os resultados são muito positivos, principalmente tendo em conta o curto espaço de tempo de evolução da USF Terras de Cister desde a sua inauguração.

Naturalmente, as taxas de utilização de consultas e serviços aumentam com o tempo, sendo que, oportunamente, também outros indicadores poderão ser melhorados com a realização dessas mesmas consultas tais como os resultantes dos registos de dados biométricos ou do consumo de substâncias.

Podemos, também, verificar uma grande adesão da população à vacinação e à consulta de enfermagem de saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Um estudo realizado por Lopes, Gomes e Almada-Lobo (2018) demonstra que o enfermeiro com formação especializada / avançada em ESF melhora o acesso aos cuidados de saúde primários, aumenta a satisfação e colaboração dos utentes e aumenta o cumprimento da adesão ao regime terapêutico, reduzindo a necessidade de utilização de fármacos no controle dos problemas relacionados com estilos de vida. A análise dos excelentes resultados obtidos na gestão da doença (Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial) parece colaborar com isto.

Podemos, também, verificar que a primeira consulta de enfermagem à família após o nascimento de um filho não é realizada no domicílio desta, facto que vai contra os ideais das boas práticas em saúde e da ESF. A falta de tempo disponível pelo enfermeiro para esta consulta é a causa mais apontada para que esta consulta não seja realizada em contexto domiciliário. Durante estes ensinamentos clínicos tive a oportunidade de acompanhar uma família desde a gravidez até às primeiras consultas de vida do recém-nascido. Assim sendo, tive oportunidade de realizar a primeira consulta à família após alta hospitalar em contexto domiciliário, tendo sido possível avaliar e intervir no contexto familiar sobre as condições, conhecimentos, capacidade e adaptação desta família à transição normativa que se encontra a vivenciar.

Atualmente, apesar de diversificados, parece que os indicadores presentes no Índice IDG não refletem nem dignificam o trabalho nem os ganhos em saúde dos enfermeiros estando mais focados no registo de intervenções diagnósticas e dados biométricos no que de intervenções e resultados de enfermagem.

### 1.3 – CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UTENTES

O ficheiro da equipa de saúde familiar em que me integrei possuía, em Maio de 2022, mil quinhentos e noventa utentes divididos em seiscentas e noventa e quatro famílias. O número mínimo de elementos por agregado familiar é, naturalmente, de 1 e o número máximo de 7. A distribuição do número de elementos por agregado familiar encontra-se na tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição das famílias do ficheiro por número de pessoas no agregado familiar em Maio de 2022

Número de elementos por agregado familiar	Número de famílias inscritas
1	232
2	197
3	152
4	71
5	29
6	12
7	1
<b>TOTAL</b>	<b>694</b>

Fonte: MIM@UF

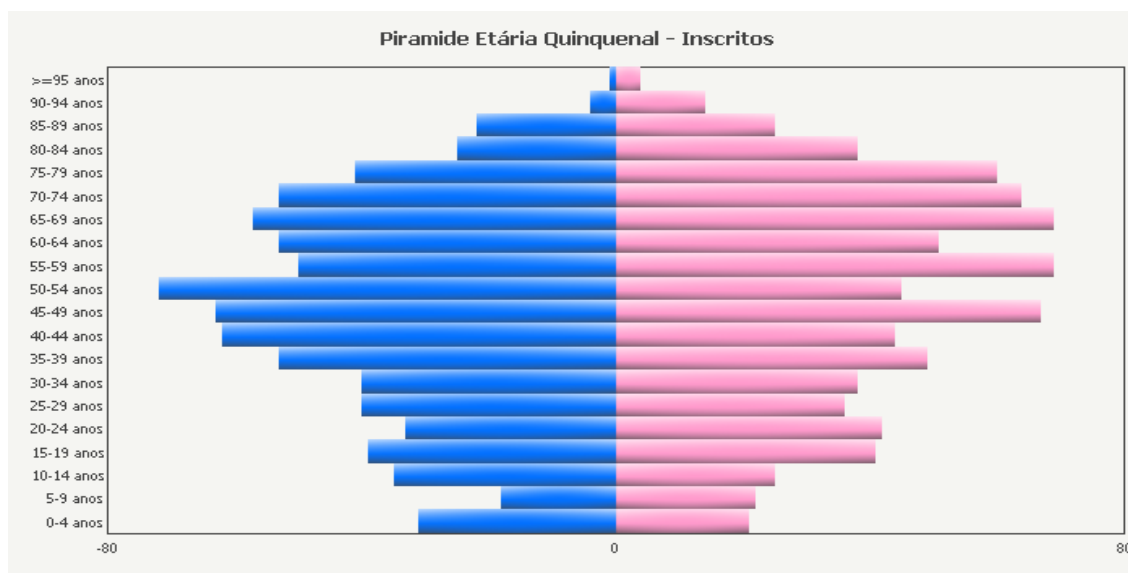
Verifica-se uma dispersão geográfica das pessoas inscritas no ficheiro, mas a sua grande maioria reside na freguesia da área de influência do Polo Assistencial de Coz. A distribuição dos utentes do ficheiro por freguesia de habitação está descrita na tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição dos utentes do ficheiro por freguesia de habitação em Março de 2022

Concelho de Habitação	Freguesia de Habitação	Nº Utentes Inscritos
Alcobaça	Bárrio	1
	Benedita	1
	Cela	3
	Évora de Alcobaça	5
	Maiorga	26
	São Martinho do Porto	3
	Aljubarrota	19
	União das freguesias de Alcobaça e Vestiaria	115
	União das freguesias de Coz, Alpedriz e Montes	1 393
	União das freguesias de Pataias e Martingança	17
Batalha	Batalha	2
Bombarral	União das freguesias do Bombarral e Vale Covo	2
Marinha Grande	Moita	3
Nazaré	Nazaré	2
	Valado dos Frades	4
Porto de Mós	Juncal	5
	São João Baptista e São Pedro	6
	União das freguesias de Alvalados e Alcaria	4
Cascais	União das freguesias de Cascais e Estoril	1
Lisboa	Santo António	3
Sintra	União das freguesias de Queluz e Belas	1
<b>Total</b>		<b>1 616</b>

Fonte: MIM@UF

Encontrando-se o Polo Assistencial localizado numa zona mais rural, naturalmente que se verifica um envelhecimento da população inscrita. A pirâmide etária do ficheiro de utentes (representada na figura 4) apresenta uma base com tendência ao declínio (o que aponta diminuição da taxa de natalidade), um corpo e o topo mais alargados, revelando um aumento gradual da esperança média de vida, mantendo a tendência de evolução etária em Portugal.



**Figura 4:** Pirâmide etária dos utentes do ficheiro em maio de 2022

**Fonte:** MIM@UF

O índice de dependência total dos utentes da USF Terras de Cister é de 61,32%, apresentando um nível de dependência de jovens de 16,37% e de idosos de 44,96% (BI-CSP, 2022).

A grande maioria dos utentes inscritos no ficheiro são acompanhados em vigilância de saúde e/ou doença em pelo menos um programa de vigilância. A distribuição de utentes por programa de vigilância encontra-se apresentada na tabela 3.

**Tabela 3:** Distribuição de utentes por programa de vigilância utentes em maio de 2022

Programa de vigilância	Diabetes Melitus	Hipertensão Arterial	Planeamento Familiar	Rastreios Oncológicos	Saúde Infantil e Juvenil	Saúde Materna
<b>Número de utentes</b>	170	430	308	719	260	7

**Fonte:** Sclínico

Pela análise da tabela anterior, podemos verificar que, no ficheiro de utentes, o peso da vigilância em saúde de doenças crónicas é elevado. Por outro lado, o número de crianças e de grávidas seguidas em programa de vigilância de saúde pelos enfermeiros é reduzido, o que demonstra o envelhecimento populacional sentido nesta área geográfica.

Os problemas de saúde mais frequentes do ficheiro de utentes do polo assistencial de Coz encontram-se representado na tabela 4.

**Tabela 4:** Problemas de saúde e focos de enfermagem mais frequentes no ficheiro de utentes em março de 2022

Top	Problema de Saúde	Número de utentes
1	Excesso de peso	376
2	Alterações do metabolismo dos lípidos	358
3	Hipertensão sem complicações	318
4	Obesidade	268
5	Síndrome vertebral com irradiação de dores	257
6	Síndrome do ombro doloroso	184
7	Bursite / tendinite / sinovite	178
8	Contraceção oral	176
9	Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	172
10	Osteoartrose do joelho	168
11	Perturbações depressivas	160
12	Abuso do tabaco	143
13	Perturbação do sono	139
14	Diabetes não insulínica	127
15	Sinais / sintomas da região lombar	121
16	Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão	118
17	Rinite alérgica	116
18	Osteoartrose da anca	114
19	Hipertensão com complicações	112
20	Hipertrofia prostática benigna	108

Fonte: MIM@UF

Vários dos problemas de saúde mais frequentemente identificados no ficheiro de utentes encontram-se relacionados com o estilo de vida e hábitos da população. Isto comprova a importância da intervenção do enfermeiro de família e dos cuidados de saúde primários. Também podemos encontrar problemas de saúde relacionados com doenças profissionais, facto compatível com o tipo de atividade económica e indústria existente na região.

As intervenções de enfermagem mais frequentes numa unidade de saúde também nos podem dar informações úteis sobre a população e do trabalho realizado pelo enfermeiro. Por este motivo, podemos consultar as intervenções mais registadas no Sclínico no quadro 2.

**Quadro 2:** Intervenções de enfermagem mais frequentes em março de 2022

Grupo Etário	Intervenções de Enfermagem mais frequentes
>= 0 e < 7 Anos	Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil Monitorizar peso corporal Monitorizar altura Monitorizar índice de massa corporal Monitorizar perímetro cefálico Planear vacinação Informar para o papel parental Avaliar adesão à vacinação Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil Administrar vacina
>= 7 e < 75 Anos	Monitorizar tensão arterial Monitorizar peso corporal Monitorizar índice de massa corporal Avaliar adesão à vacinação Monitorizar uso de álcool Monitorizar uso de tabaco Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar altura Avaliar uso de tabaco Avaliar risco de diabetes tipo 2
>= 75	Avaliar diabetes Avaliar gestão do regime terapêutico Monitorizar tensão arterial Monitorizar índice de massa corporal Monitorizar peso corporal Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar perímetro abdominal Ensinar sobre complicações Executar tratamento da ferida Ensinar sobre gestão do regime terapêutico

Fonte: MIM@UF

Apesar de contribuir para os diagnósticos de enfermagem e de saúde, verifica-se que as intervenções de enfermagem mais registadas no Sclínico estão mais ligadas à avaliação e monitorização do que às intervenções ligadas aos cuidados de enfermagem. De forma a dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros, seria pertinente um aumento do registo de intervenções autónomas de enfermagem uma vez que os atuais registos induzem que a maior parte do trabalho do enfermeiro numa USF é a de monitorização de biometrias e consumo de substâncias. Por outro lado, o enfermeiro necessita de ter mais tempo disponível para trabalhar juntos das famílias, o que a atual organização dos CSP e o tamanho dos ficheiros de utentes não valoriza. Em maio de 2022, este ficheiro apresentava cerca do dobro de famílias inscritas do que o idealizado no Decreto-Lei n.º 298/2007.

#### 1.4 – RECURSOS DA COMUNIDADE

A Carta Social (<https://www.cartasocial.pt>) apresenta todas as respostas sociais com pacto de cooperação para a solidariedade social desde a infância (creches), às pessoas com deficiência (CACI e lares residenciais), até às pessoas idosas (Centros de dia, ERPIs e SADs). Esta é uma importante ferramenta que o enfermeiro de família deve utilizar e disponibilizar às famílias. Destaco os seguintes recursos da comunidade que, pela sua importância para as famílias inscritas no polo assistencial de Coz, são importantes para o enfermeiro de família conhecer e recorrer e saber orientar as famílias:

**Centros de Dia e Apoio Domiciliário:** Centro de Bem-estar Social de Coz, Associação de Bem-estar da Cruz da Léguas e Centro de Bem-estar Social da Maiorga;

**Associações culturais e recreativas:** Póvoa, Castanheira e Coz;

**Lares e casas de repouso com internamento:** Fundação Maria de Oliveira de Alcobaça, Jardim do Éden (Alcobaça), Solar de Cister (Vestiaria) e Associação de Bem-estar da Cruz da Léguas;

**Apoio a famílias carenciadas:** Cáritas, programa da Junta de freguesia de Coz;

**Pré-escola e ATL:** Pré-Escolar e ATL de Coz, Creche e Pré-Escolar do Centro Social Paroquial do Juncal;

**Escola do 1º ciclo do ensino básico:** Póvoa/Coz;

**Agrupamento de escutismo:** Agrupamento 522 Coz;

**Rede de transportes:** autocarro diário com vários horários para e de Alcobaça, praça de táxi;

**Oportunidades de emprego na região:** zona industrial do Casal da Areia, diversas fábricas na região, manutenção de estufas e pomares e colheita de fruta (sazonal).

## 2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESF, a OE define família como:

“(…) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo “(OE, 2015/c, p.17386).

A ESF surge alicerçada no pensamento sistémico colaborativo, centrado no sistema familiar e dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998).

Segundo Friedman (1998), existem quatro níveis da prática em ESF e que se encontram descritos no quadro 3.

**Quadro 3:** Níveis da prática de enfermagem de saúde familiar de Friedman

Nível	Visão da família	Foco
I	Família como contexto	Cada um dos membros da família, sendo a família vista como um recurso e fator contextual
II	Família como soma das suas partes	Cada um e todos os diferentes elementos da família
III	Subsistema familiar como cliente	Subsistemas familiares (trabalho com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos)
IV	Família como cliente	Dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente

Para realmente cuidar da família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista em ESF necessita encontrar-se no nível IV. O curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF incentiva os enfermeiros a atingir este nível, sendo que podemos encontrar resultados de eficácia no quarto capítulo deste trabalho.

Já em 2015 a OE (2015/b) trabalhava na missão dos enfermeiros de saúde familiar, descrevendo-a como:

- A prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar;
- O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;
- Ser parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários ao empoderamento e autonomia;
- Ser elo de ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- Ser mediador na definição de políticas de saúde dirigidas à família.

Muito antes, já em 2007, se falava em Portugal do conceito de enfermeiro de família, tendo este surgido com a regulamentação das USF no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto.

Surge então, em 2017, a conclusão deste processo e a legislação da ESF com a visão de que o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar será o profissional de referência garantindo o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital (OE, 2017).

Em 2018, a OE (2018) considerou que a Enfermagem de Saúde Comunitária apresentava necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, pelo que surgiu a divisão nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e de ESF.

Para compreendermos uma determinada disciplina, é necessário definir e compreender as noções fundamentais que a sustentam. Tal como o IFNA, a OE descreve as seguintes premissas para a ESF: Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem.

A **saúde** é um processo dinâmico vivenciado pelas famílias sendo que as relações familiares são fulcrais para a saúde da família. Esta é muito mais do que só a saúde dos indivíduos como partes independentes e engloba a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si e reflete também uma interação a nível biopsicossocial espiritual e outros (OE, 2017).

As **famílias** apresentam um património cultural e histórico, assim como aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a perceção de saúde, as suas atitudes e objetivos. Todas as famílias têm a capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde (OE, 2017). O **ambiente** influencia o modo como os membros da família interagem dentro de contextos ambientais comuns, progressivamente transformando-o e sendo também influenciado ao mesmo tempo. Os enfermeiros colaboram com as famílias de modo a criar ambientes que promovam a saúde e bem-estar e a prevenção de doenças (OE, 2017).

A **enfermagem** representa o compromisso e a obrigação de colaborar e apoiar a família, tanto na sua situação de saúde bem como na sociedade. A ESF foca-se na interação entre a família e o enfermeiro, promovendo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde e do empoderamento da família. Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Familiar interagem com os subsistemas familiares e com a família como unidade de cuidados de forma a dar resposta às necessidades da família, sendo elas biológicas, sociais, espirituais, funcionais e de desempenho dos diferentes papéis familiares (OE, 2017).

A prática de enfermagem deve ser organizada e baseada na ciência de enfermagem e na prática baseada na evidência, motivo pelo qual se elabora este capítulo.

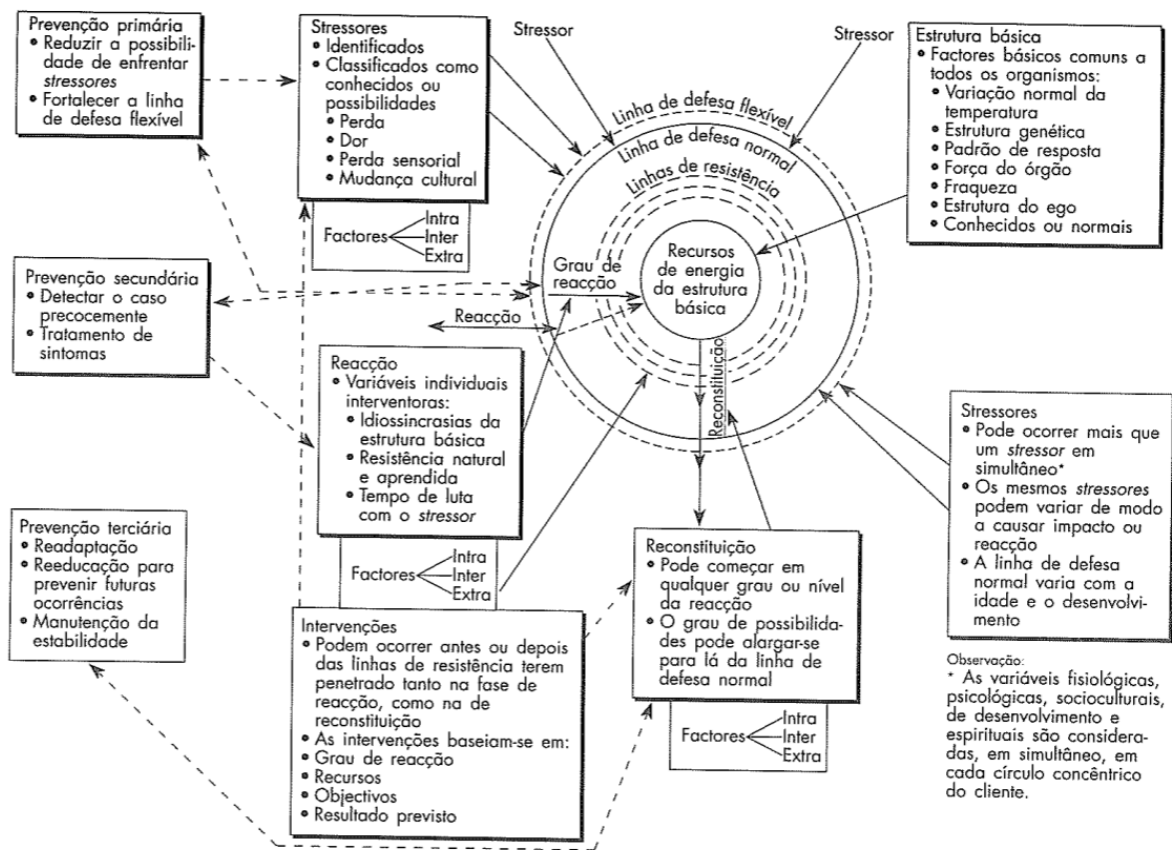
Todo o planeamento e intervenções desenvolvidos nestes ensinamentos clínicos tiveram em atenção o rigor científico e os conhecimentos adquiridos durante este mestrado. Foram utilizados os modelos de enfermagem na abordagem à família de acordo com o mais indicado para cada situação. Os planos de cuidados seguem o processo de enfermagem, foram realizados com linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e com base na utilização de modelos de avaliação e intervenção e a instrumentos validados.

## 2.1 – MODELOS DE ENFERMAGEM E OS SEUS CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A enfermagem como ciência tem desenvolvido, ao longo dos anos, diferentes modelos teóricos. Não existe um único modelo teórico ideal para a intervenção de enfermagem, sendo que o contributo de cada um e as diferenças entre eles são uma mais valia para o amplo conhecimento que os enfermeiros devem ter para poderem agir em diferentes contextos e com diferentes famílias.

Ao longo deste curso fomos analisando vários modelos teóricos que constituem a ciência de enfermagem, sendo que neste capítulo irei realizar um breve resumo de alguns modelos em que baseei os meus cuidados de enfermagem ao longo destes estágios.

A visão da família como um sistema constituído pelos seus diversos subsistemas revela forte influência na Teoria Geral dos Sistemas. Betty Neuman conceptualizou um modelo de enfermagem holístico, estruturado com base na Teoria Geral dos Sistemas, cujo esquema se encontra na figura 5.



**Figura 5** – Esquema resumo do modelo dos Sistemas de Betty Neuman

**Fonte:** Tomey e Alligood (2004)

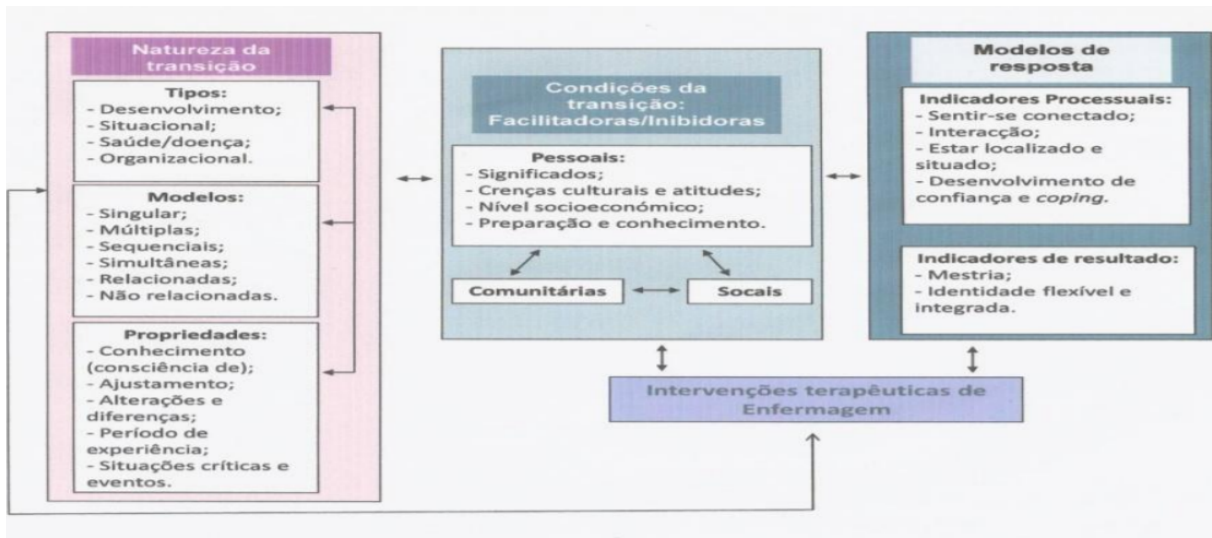
Para a **Teoria dos Sistemas de Neuman**, o sistema é constituído por um indivíduo ou por um grupo de indivíduos (como por exemplo uma família) e é um composto dinâmico das inter-relações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Tomey e Alligood, 2004).

O Modelo de Sistemas de Neuman é esquematizado representando o sistema /cliente por um círculo (estrutura base) e rodeado por vários círculos concêntricos que representam diferentes linhas de defesa, cuja invasão por agentes stressores conduzem a um desequilíbrio (doença) (Hayden, 2012).

Este modelo pode ser utilizado pelo enfermeiro especialista em ESF uma vez que contempla a família como unidade de cuidados, prevê a intervenção nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e pode ser utilizado quando se verifica uma fonte de *stress* que possa afetar a saúde da família.

A **Teoria das Transições de Meleis** é uma estrutura teórica expandida que engloba o tipo e padrões de transição, as características das experiências de transição, os contextos da transição (facilitadores e inibidores), os indicadores processuais, os indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem. (Meleis *et al*, 2000)

Na figura 6 podemos observar um esquema resumo da teoria das transições de Meleis.

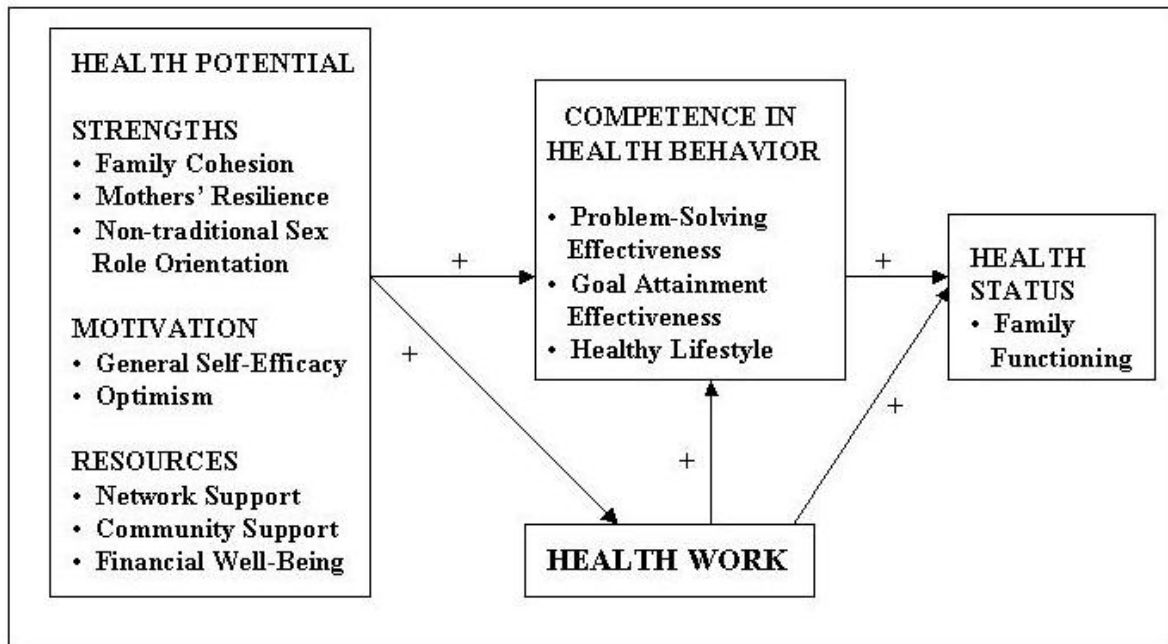


**Figura 6:** Esquema resumo da Teoria das transições de Meleis

**Fonte:** Adaptado de Meleis *et al*, 2000

A Teoria das Transições identifica o enfermeiro como agente facilitador do processo de transição, pelo que facilmente se aplica na ESF na intervenção às transições normativas e às acidentais vividas pelas famílias ao longo do seu ciclo vital.

O **modelo de McGill** foi desenvolvido sobre supervisão da Dra. Moyra Allen e para este modelo o principal objetivo da enfermagem é a promoção da saúde envolvendo a família no processo de aprendizagem para adquirir comportamentos de saúde mais saudáveis. No sentido de obter o máximo possível de ganhos em saúde, o indivíduo ou a família têm que se tornar um participante ativo ou colaborador no processo de promoção da saúde (Gottlieb & Rowat, 1987). Na figura 7 podemos observar o esquema do modelo de McGill.



**Figura 7:** Esquema resumo do Modelo de McGill

**Fonte:** <https://www.nursingpath.in/2013/04/mcgill-model-of-nursing.html>

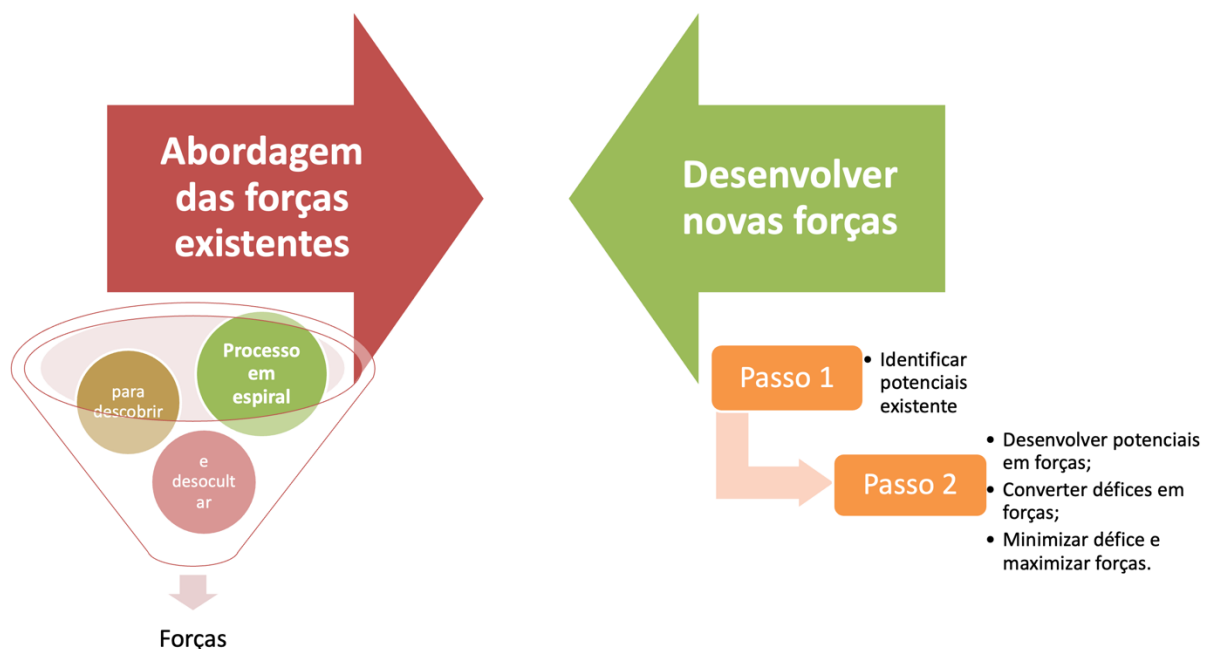
Este modelo de enfermagem assume relevância na ESF uma vez o cuidado é centrado na família. As soluções para os problemas de saúde estão na unidade familiar, sendo o papel central do enfermeiro de família apoiar as famílias para capacitá-las a desenvolver os seus pontos fortes e o seu potencial de saúde, ajudando-a a aprender com as suas próprias experiências de saúde.

Os **Cuidados Baseados nas Forças**, em inglês Strength-Based Nursing Care (SBC), é um modelo desenvolvido pelo Programa de Enfermagem da Universidade McGill, tendo sido uma mudança de paradigma no cuidar em enfermagem, de um modelo médico baseado no défice para um que se foca nas forças do indivíduo, família e comunidade.

Gottlieb (2016) define forças como qualidades únicas e especiais das pessoas e famílias e que definem a personalidade, sendo multidimensionais na sua origem (que pode interna ou externa) e natureza (biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais). Para o mesmo autor, as forças surgem de diferentes formas, tais como aptidões, ativos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos ou dons.

Para o trabalhar com as forças, os enfermeiros devem ter em atenção que as pessoas e famílias possuem forças já existentes e que devem ser descobertas e desocultadas através do processo em espiral, forças potenciais e défices que podem ser convertidos em forças. Gottlieb (2016).

Na figura 8 encontramos um esquema sobre a abordagem às forças, segundo o SBC, resumindo o trabalho com as forças consoante a sua origem.



**Figura 8** – Esquema de abordagem às forças segundo o SBC

**Fonte:** Elaborado pelo autor, baseado em Gottlieb (2016)

Esta teoria caracteriza-se por se concentrar nas competências e recursos das pessoas e famílias para encontrar soluções para lidar com situações difíceis ou complexas, ultrapassar dificuldades e encontrar sentido em cada contexto e transição de vida, justificando-se assim a sua importância como forma de suportar os cuidados em ESF.

Para além dos modelos de enfermagem, teorias de outras áreas da ciência sustentam o conhecimento para compreender e cuidar das famílias, encontrando-se algumas destas

teorias apresentadas no quadro 4. Estas teorias servem de base para a intervenção sistémica colaborativa e ajudam-nos a compreender a família como um sistema, a forma como se regula e comunica e por que etapas se desenvolve ao longo do seu ciclo vital.

**Quadro 4:** Teorias com contributos para a ESF

Teoria	Princípios básicos
Teoria geral dos sistemas	A família é um sistema que faz parte de um suprassistema com muitos outros sistemas, e pode conter diversos subsistemas (conjugal, parental, filial, individual e fraternal). Os sistemas têm as seguintes propriedades: totalidade, retroação e equifinalidade. A estrutura familiar diz respeito à forma como os subsistemas se organizam e o tipo de relações que se desenvolvem. Existem limites e movimentos de abertura e fecho (Alarcão, 2000).
Teoria da cibernética	A família é um sistema auto-organizado e aberto à mudança. Esta passa por períodos de maior estabilidade e períodos de mudança com carácter evolutivo. Sistema informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, é um sistema que recebe informação múltipla e diversificada, mas é um sistema autónomo quanto ao processamento desta informação (só processa a informação que lhe faz sentido e só muda se lhe fizer sentido) (Alarcão, 2000). A função do profissional que trabalha com este sistema é introduzir e gerar informação pertinente que possa ser utilizada pelo sistema de forma adaptativa.
Teoria Ecosistémica da comunicação	Não existem sistemas nem interação entre eles sem comunicação. Esta teoria explica como é que os sistemas e as pessoas comunicam entre si (axiomática humana da comunicação). A comunicação ocorre sempre que pessoas estão em presença, pode ser verbal ou não verbal e só pode ser efetiva num contexto (Alarcão, 2000). A comunicação humana segue o modelo orquestral.
Etapas do ciclo vital	Sequência possível de transformações na estrutura familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. É um esquema de classificação em estádios que demarcam uma sequência previsível de transformações e com tarefas e transições normativas para cada etapa (Relvas 1996).

## 2.2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A ESF tem importantes contributos provenientes de diversas ciências tais como a enfermagem, a psicologia, a medicina e sociologia.

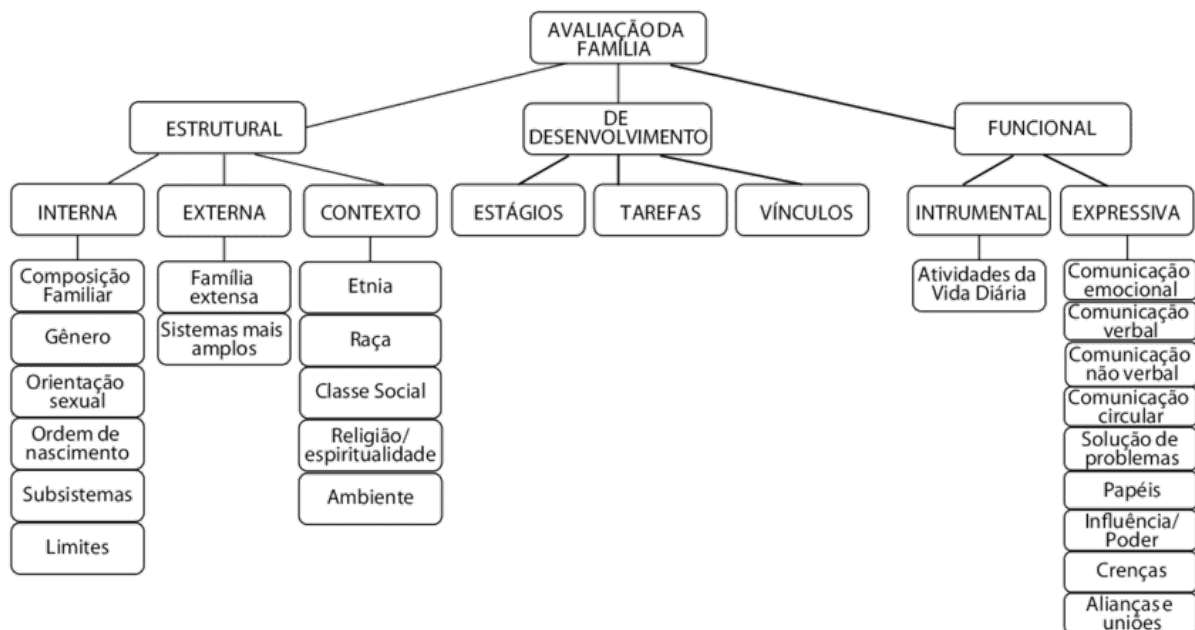
O Aviso n.º 6702/2021 da OE (2021/a) define o Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Familiar. Este integra a utilização de modelos e técnicas de avaliação e de intervenção familiar tais como o Modelo de avaliação

e intervenção de Calgary e o Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, instrumentos de avaliação familiar (escalas, questionários e entrevistas), técnicas de intervenção colaborativa (tais como entrevistas familiares e motivacionais) e o processo de enfermagem de saúde familiar (OE, 2021/a).

De seguida apresentam-se, resumidamente, os principais instrumentos que utilizados na minha prática em ESF.

O **Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF)** foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey e é o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar.

Este modelo apresenta uma estrutura multidimensional e engloba a avaliação de três grandes categorias (estrutural, de desenvolvimento e funcional) que, por sua vez, se encontram divididas em subcategorias. Na figura 9 encontramos este modelo representado num diagrama ramificado.



**Figura 9** – Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família

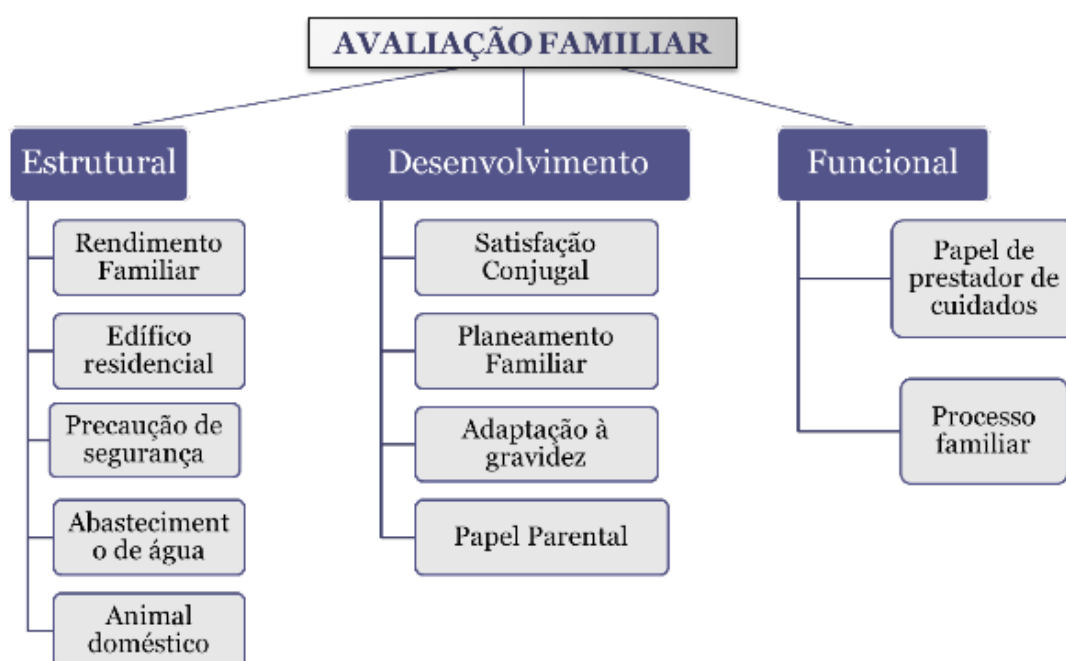
**Fonte:** [https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Representacao-esquemática-do-Modelo-Calgary-de-Avaliacao-de-Familias-7\\_fig1\\_310491081](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Representacao-esquemática-do-Modelo-Calgary-de-Avaliacao-de-Familias-7_fig1_310491081)

Durante os estágios clínicos na USF Terras de Cister, foi proposto a aplicação do MCAF para a avaliação de uma família e que se encontra no APÊNDICE II. Para isso selecionei uma família a vivenciar uma transição normativa e que, devido aos seus antecedentes, se encontrava vulnerável ao risco de não conseguir realizar esta transição de forma saudável e funcional.

Sendo uma situação complexa, esta família tem indicação para que a avaliação e intervenção sejam realizadas por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)** é um referencial sustentador das práticas de cuidados com as famílias foi codesenvolvido em Portugal e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012).

A matriz operacional do MDAID encontra-se representada na figura 10.

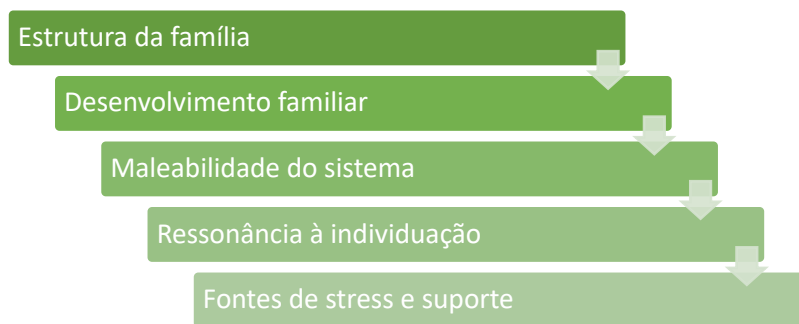


**Figura 10** – Matriz operativa do MDAIF  
**Fonte:** Adaptado de Figueiredo (2012)

Tal como o MCAF, este modelo é dividido em 3 categorias (estrutural, de desenvolvimento e funcional) cada uma dividida em dimensões passíveis de serem registadas em Sclínico. Também este modelo foi aplicado para a avaliação de uma família durante os meus estágios na USF Terras de Cister no decorrer da implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade de suporte ao cuidador informal elaborado por mim para esta USF. Escolhi este modelo para o projeto porque possibilita os registos da intervenção de enfermagem no Sclínico de forma a mostrar evidência eletrónica da implementação de medidas às famílias cuidadoras (requisito obrigatório para as USF).

Os **Parâmetros de Avaliação Familiar de Minuchin** caracterizam a família em seis áreas, tendo em conta os eixos sincrónico e diacrónico da família. Segundo este modelo, as famílias são sistemas autorregulados capazes de, autonomamente, modificar a sua estrutura (conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa de vida familiar) de forma a criar as condições necessárias à sua sobrevivência e adaptação, mas sem que isso lhes modifique a sua identidade básica (Alarcão, 2000).

Na figura 11 podemos verificar as 6 áreas de avaliação familiar propostas por Minuchin.



**Figura 11** – Parâmetro de avaliação familiar de Minuchin

**Fonte:** Elaborado pelo autor, baseado em Alarcão (2000)

Os Parâmetros de Avaliação Familiar de Minuchin são muito utilizado pela terapia familiar colaborativa clássica para intervenção com famílias em situação complexa e que necessitam de intervenção dos profissionais de saúde para lidarem com alguma situação ou problemas internos. A complexidade e o sucesso da intervenção não está tanto no aparato das técnicas ou estratégias a utilizar, mas sim na dificuldade de se descobrir em entrevista familiar a origem dos problemas e a encontrar forma do sistema familiar encontrar as condições necessárias para que se verifique uma mudança funcional que minimize as perturbações na sua organização (Alarcão, 2000).

Ao longo do meu estágio cruzei-me com uma família em situação de transição complexa relacionada com a opção de mudança de género da filha de um casal. Sendo uma família em situação de transição complexa, não pude deixar de intervir e aproveitei para aplicar os Parâmetros de Avaliação Familiar uma vez que esta família beneficiaria de terapia familiar.

Segundo Cardoso (2012), a **Entrevista Familiar** pode ser útil em diferentes cenários e requer preparação prévia e o encontro com a família. Este tipo de entrevista estruturada permite-nos estabelecer contacto de proximidade e de relação terapêutica com a família, assim como

ouvir todos os elementos da família e realizar comunicação circular. É, também, uma forma de realizar o plano de cuidados em conjunto com a família, de forma que estes participem no planeamento de intervenções e resultado que vão de encontro às suas expectativas.

Durante os estágios, tive oportunidade de realizar uma entrevista familiar estruturada segundo Cardoso, tendo sido a experiência muito gratificante pela adesão, participação e satisfação da família.

Na figura 12 podemos observar as fases de uma entrevista familiar estruturada segundo Cardoso.

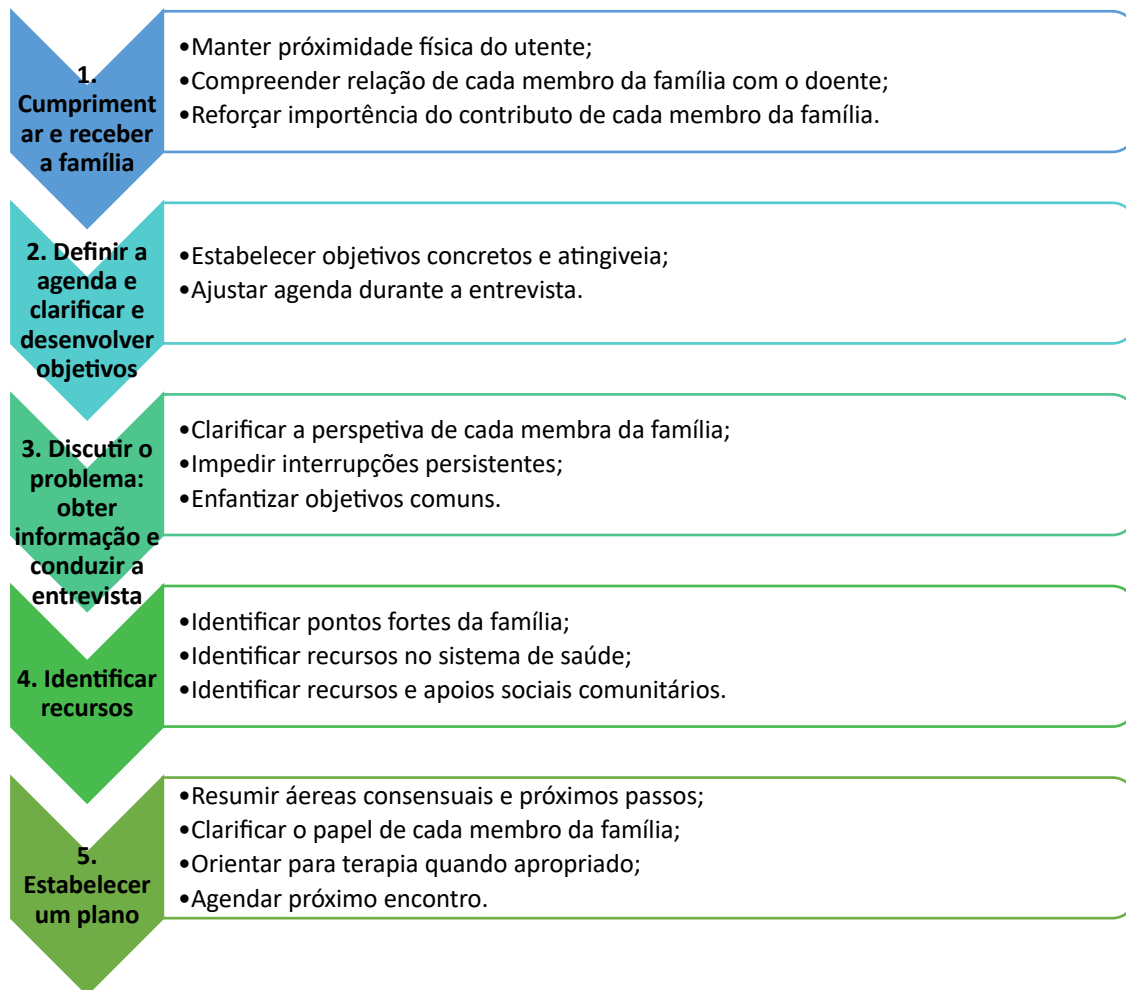


Figura 12 – Fases da entrevista familiar

Fonte: Adaptado de Cardoso (2012)

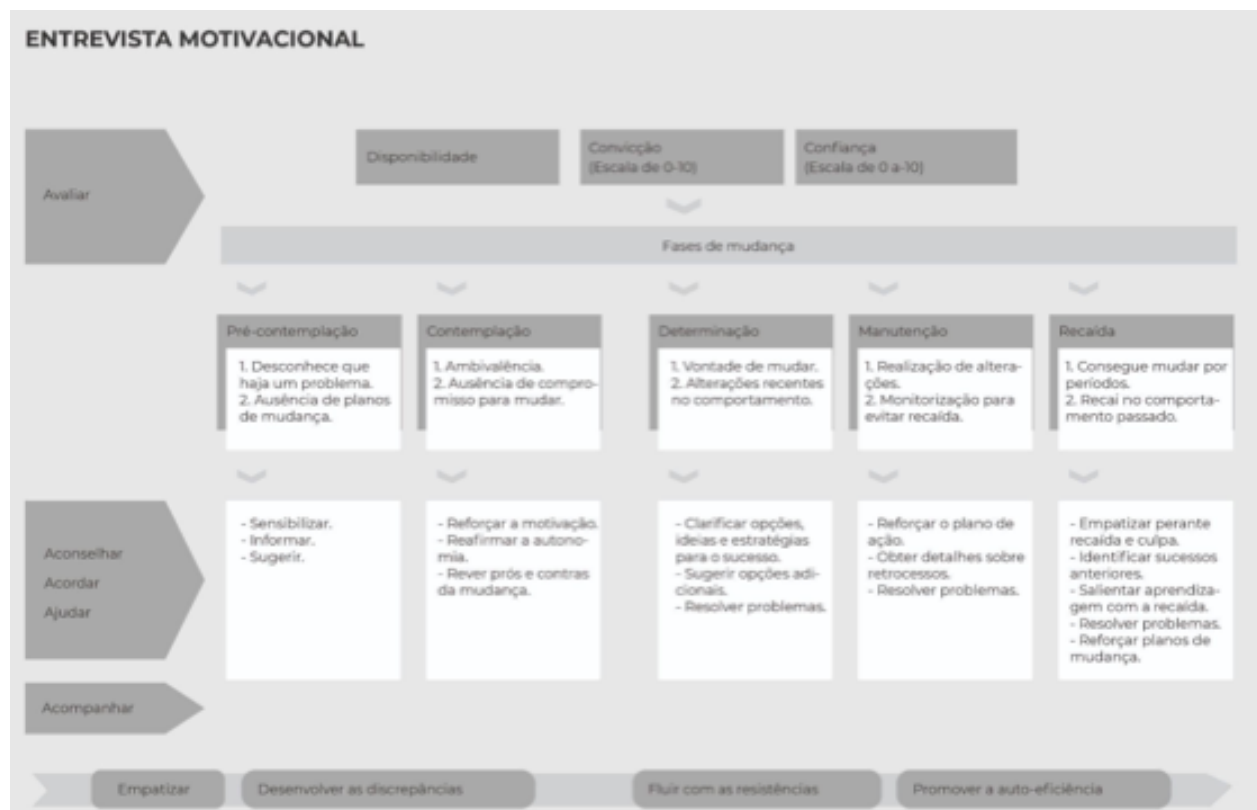
A **Entrevista Motivacional** é um espaço para a mudança natural, e que consiste numa conversa construtiva e empática. Assim sendo, o enfermeiro deve evitar a confrontação

ou persuasão, mas sim estabelecer um diálogo isento, de forma a criar uma atmosfera de apoio para que a pessoa / família queira abordar as suas dificuldades (Cardoso, 2012).

Esta entrevista demonstra-se muito útil quando é necessário intervir sobre a necessidade de alteração de hábitos de vida ou à adesão à gestão do regime terapêutico.

Durante este estágio utilizei esta técnica com uma família a quem tinha sido diagnosticada hipertensão arterial a um dos seus membros, mas onde verifiquei que a família não estava a aderir à gestão do regime terapêutico adequada para minimizar os riscos desta patologia crónica.

Na figura 13 encontramos este tipo de entrevista, tal como foi esquematizada por Cardoso.



**Figura 13** – Esquema da entrevista motivacional

**Fonte:** Adaptado de Cardoso (2012) pp. 234-235

A utilização por parte dos enfermeiros de instrumentos de colheita de dados, tais como escalas validadas, permitem uma melhor avaliação e diagnóstico das famílias, assim como realizar uma prática baseada na evidência. No quadro 5 podemos encontrar algumas escalas úteis à prática em ESF.

**Quadro 5:** Escalas e instrumentos úteis à prática de ESF

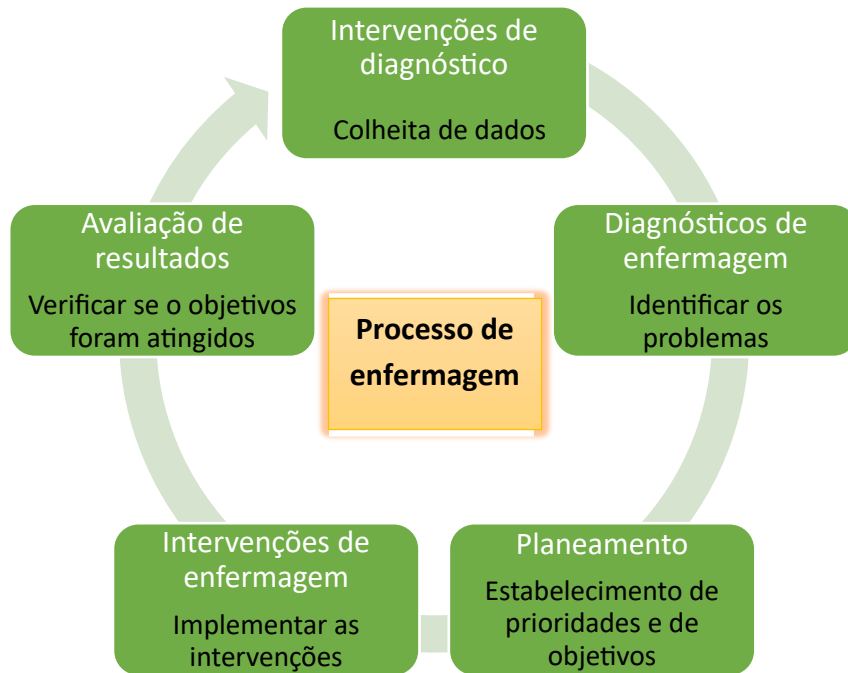
<b>Escala</b>	<b>O que avalia e que resultados fornece</b>
Escala de Graffar	Indica o nível que a família ocupa na estratificação social (Classe social)
Escala de readaptação social de Homes & Rahes	Mede eventos vitais, baseando-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde. O resultado da escala é a probabilidade de vir a ter problemas de saúde.
FACES II (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale)	Avalia a dinâmica familiar. Dá-nos resultados sobre coesão, adaptabilidade e tipo de família.
Escala de Apgar familiar	Avalia as relações familiares, revelando a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar.
Genograma	Representação visual (dotada de simbologia própria) dos elementos da família alargada, da sua estrutura interna, relações entre si e dados de saúde mais relevantes.
Ecomapa	Representação visual da família em relação aos seus recursos. Mostra as relações da família entre si e entre esta e o ambiente em que está inserida, demonstrando os fluxos de energia, forças e conflitos.

### 2.3 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é a base científica que sustenta as intervenções de enfermagem, sendo uma forma sistemática de organizar e prestar cuidados (Potter e Perry, 2006).

Ao usar o processo de enfermagem, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de saúde de um cliente, define os diagnósticos de enfermagem ou os focos de atenção, determina prioridades do cuidado, estabelece objetivos e resultados esperados para o cuidado, elabora um plano de intervenções as quais vai executar e avalia os resultados da sua prestação (Potter e Perry, 2006).

O processo de enfermagem encontra-se esquematizado na figura 14.



**Figura 14:** Fases do processo de enfermagem

**Fonte:** Adaptado de Potter e Perry (2006), p..86

Para documentar corretamente o processo de cuidados, deve ser utilizada a linguagem CIPE, que é um sistema internacional e unificado de linguagem de enfermagem que padroniza a o registo e documentação da prestação de cuidados pelos enfermeiros. Desta forma, a informação resultante pode ser utilizada não só para o planeamento e gestão de cuidados de enfermagem, mas também para análise de resultados e desenvolvimento de políticas. (ICN, 2011). Por ser uma terminologia padronizada, a CIPE consegue gerar dados fiáveis e validos acerca do trabalho de Enfermagem (ICN, 2015).

Os catálogos CIPE colmatam a necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descreverem os diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem apropriadas para áreas particulares de cuidados (ICN 2015).

Na aplicação do MCAF a uma família da USF Terras de Cister, e que encontramos no APÊNDICE II, foram utilizados os diferentes instrumentos de avaliação familiar descritos anteriormente e elaborado um processo de enfermagem respeitando a linguagem CIPE. Para isso foram realizadas intervenções de diagnóstico para se encontrem os focos e diagnósticos de enfermagem, foi realizado um planeamento e definidas prioridades, foram implementadas as intervenções de enfermagem e avaliados os resultados da intervenção.

### 3 – COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

Segundo Lopes *et al* (2018), o Enfermeiro Especialista é aquele que se especializa numa determinada área clínica e que adquire as competências e o *Know-how* adicional para providenciar cuidados de enfermagem mais específicos e complexos. Mais concretamente, o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos aprofundados e demonstra elevados níveis de julgamento clínico de tomada de decisão, o que se traduz num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um determinado campo de intervenção da enfermagem (OE, 2017) .

O Enfermeiro especialista em ESF tem que possuir e aplicar um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências na avaliação da saúde da família como unidade de cuidados e também ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde/doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (OE, 2017).

Os programas formativos dos mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar foram elaborados a partir das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, definidas pela OE, tendo em conta o preconizado pelo IFNA e em continuidade com os pressupostos formativos inerentes à Declaração de Posição sobre Competências do Enfermeiro Generalista na Prática de Cuidados à Família (OE, 2021).

De forma a assegurar condições para um percurso formativo global, estes mestrados devem integrar componentes teóricas, teórico-práticas e clínicas (OE, 2021).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e em competências específicas e que são definidas pela OE em regulamentos próprios de cada área de especialidade (OE, 2019) .

A certificação pela OE das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que utiliza para atuar nos diferentes contextos e níveis de prevenção (OE, 2019).

Neste capítulo iremos verificar o desenvolvimento das competências exigidas pela OE para a conclusão deste mestrado em enfermagem.

### 3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Por “Competências Comuns” são entendidas as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no artigo 4º do Regulamento N.º 140/2019 da OE são as seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No quadro 6 podemos analisar as unidades de competência comuns do enfermeiro especialista assim como as atividades desenvolvidas ao longo deste mestrado para cumprir os critérios de avaliação.

**Quadro 6:** Competências comuns do enfermeiro especialista e atividades realizadas para as atingir

	<b>Unidades de competência</b>	<b>Crítérios de avaliação / Atividades realizadas</b>
<b>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	
	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	Construí estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, selecionando as respostas mais apropriadas para cada situação. Suporto a tomada de decisão no conhecimento e na experiência profissional, tendo aproveitado o programa formativo deste mestrado para o enriquecimento profissional. Participei na construção da tomada de decisão em equipa junto da enfermeira orientadora dos estágios, mas também junto da equipa multidisciplinar. Integrei elementos de enquadramento ético, deontológico e jurídico no julgamento de enfermagem. Promovi o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde estive inserido.
	Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	Disponibilizei-me na equipa como consultor quando os cuidados requeressem um nível de competência correspondente à área de especialidade em saúde familiar. Reconheço as competências do enfermeiro na área de especialidade.

	Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	Avaliei os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada e partilhei os resultados dos processos de tomada de decisão.
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
	Promove a proteção dos direitos humanos	Assumo a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. Assegurei o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, não deixando informação clínica visível e bloqueando a sessão do computador sempre que me ausentava do gabinete. Respeitei o direito do cliente à privacidade, realizando consultas em gabinete próprio, de porta fechada e de acordo com o procedimento de privacidade da USF. Assegurei o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação nos cuidados de saúde, integrando o utente/família na elaboração do seu plano de cuidados e de acordo com as necessidades sentidas por este. Respeitei os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo e família.
	Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	Promovi a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. Procurei obter o consentimento informado dos utentes e das famílias antes da implementação dos cuidados. Promovi a livre escolha dos participantes nas entrevistas familiares realizadas, sendo a família a decidir quem estaria presente na consulta. Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente e prevenindo a recorrência de incidentes da prática diária.
	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	
Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	Detenho conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, obtidos através da formação contínua e da realização de uma pós-graduação em gestão e administração de unidades de saúde e utilizo estes conhecimentos na prestação de cuidados.
	Orienta projetos institucionais na área da qualidade	Identifiquei junto da equipa lacunas e necessidades na área da qualidade organizacional, protocolos, projetos de melhoria e obtenção de conformidades em auditorias. Elaborei e implementei um projeto de melhoria da qualidade na USF na área de suporte aos cuidadores informais. Agilizei o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados ao nível da visita domiciliária para suporte ao cuidador informal, elaborando um guia orientador de intervenções a realizar. Comuniquei a toda a equipa a experiência e os resultados da implementação do projeto de suporte ao cuidador informal.
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	
	Avalia a qualidade das práticas clínicas	Baseio-me na evidência científica, no pensamento crítico, nos instrumentos adequados e nas normas necessárias para a avaliação da qualidade, conforme demonstrado no capítulo anterior. Analisei uma reflexão crítica do meu desempenho, apresentando-a nos relatórios de estágio.
	Planeia programas de melhoria contínua	Identifiquei oportunidades de melhoria. Estabeleci prioridade no suporte ao cuidador informal, tendo elaborado um projeto de melhoria contínua nesta área que inclui estratégias de melhoria e um guia orientador para as boas práticas.

<b>Domínio da gestão dos cuidados</b>	Lidera programas de melhoria contínua	<p>Promovi a implementação e normalização do projeto de suporte ao cuidador informal junto da USF e disponibilizei-me para colaborar/treinar com qualquer enfermeiro da equipa que o implementasse.</p> <p>Disponibilizei-me para colaborar nos processos de melhoria e no desenvolvimento da qualidade da USF.</p> <p>Colaborei com a enfermeira orientadora (enfermeira gestora do Sclínico do ACeS) na parametrização do programa de Saúde da Família do Sclínico e realizei formação profissional à equipa de enfermagem para melhorar os registos eletrónicos em saúde familiar.</p>
	Garante um ambiente terapêutico e seguro	
	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos	<p>Envolvei a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais, espirituais e do sentimento de proteção.</p> <p>Assegurei a segurança da prática clínica, respeitando as normas e procedimentos instituídos tais como a identificação inequívoca do utente e a prevenção da infeção relacionada com os cuidados de saúde.</p> <p>Tive em conta os princípios da ergonomia para evitar danos próprios e aos utentes.</p> <p>Adotei medidas para a segurança de dados e dos registos eletrónicos.</p>
	Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<p>Conheço o mapa de riscos da USF, assim como os procedimentos para a participação de incidentes.</p> <p>Conheço também os planos de emergência, de catástrofe e de atuação em caso de falência informática.</p> <p>Organizei o meu trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro e de acidente.</p> <p>Colaborei com a enfermeira orientadora na manutenção preventiva dos materiais e equipamentos.</p> <p>Cumprí as medidas de prevenção e c controlo da infeção (5 momentos).</p>
	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	
	Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa na área da saúde familiar.</p> <p>Reconheço quando devo referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, tendo elaborado uma referência para a RNCCI.</p>
	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	Orientei, instruí e avaliei a eficácia da equipa de limpeza na higienização dos gabinetes de enfermagem entre consultas de forma a assegurar a segurança e a qualidade.
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	
Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>Articulei com todos os profissionais do polo assistencial de forma a maximizar a eficiência dos recursos, a segurança e a qualidade.</p> <p>Apliquei legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>Implementei métodos de organização do trabalho adequados ao cumprimento dos objetivos dos estágios.</p>	
Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<p>Compreendo os papéis e funções de todos os membros da equipa e conheço o Mapa de Funções da USF.</p> <p>Vivenciei um ambiente positivo e favorável à prática e promovi estratégias de motivação.</p> <p>Aproveitei o processo de candidatura da USF a modelo B para influenciar a introdução de inovações e qualidade organizacional e promover a prática especializada em ESF.</p>	

<b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	
	Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	Procuro continuamente o autoconhecimento e como isso pode interferir no relacionamento com o cliente e com a equipa multidisciplinar, reconhecendo que a relação pessoal é afetada pela influência pessoal. Reconheço os recursos e limites pessoais, profissionais e como estudante.
	Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	Tenho em conta não só a perceção própria, mas também a perceção que os outros têm de mim. Giro os sentimentos e emoções de forma a dar uma resposta eficiente. Antecipo situações de eventual conflitualidade e utilizo técnicas de prevenção e resolução de conflitos.
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	
	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	Procurei com a enfermeira orientadora necessidades formativas na equipa de forma a colaborar na formação interna em saúde familiar. Realizei formação à equipa de enfermagem na área de saúde familiar no âmbito de famílias cuidadoras de idosos dependentes e de registos eletrónicos em saúde.
	Suporta a prática clínica em evidência científica	Promovi, junto da equipa, a incorporação do novo conhecimento e da especialização em ESF no contexto da prática de cuidados em USF. Procurei oportunidades relevantes de investigação, investiguei e realicei um estudo de investigação que se encontra no capítulo 4. Realizei uma revisão sistemática da literatura, recolhi e interpretei dados e divulguei os resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da ESF.
	Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	Possuo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada segura e competente. Aproveitei as oportunidades de aprendizagem tanto na componente teórica como na competente prática deste mestrado. Implementei, durante os estágios, o conhecimento científico, todos os modelos de enfermagem e os instrumentos de avaliação e intervenção que apresentei no capítulo anterior.

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

Por competências específicas entendem-se as *“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (OE, 2019 p4745).

Segundo o artigo 3º do Regulamento n.º 428/2018 da OE (OE, 2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são as seguintes:

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

- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

No quadro 7 podemos analisar as unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em ESF, assim como as atividades desenvolvidas ao longo deste mestrado para cumprir os critérios de avaliação.

**Quadro 7:** Competências específicas do enfermeiro especialista em ESF e atividades realizadas para as atingir

Unidades de competência	Critérios de avaliação / Atividades realizadas
Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	<p>Abordei as famílias com disponibilidade e criatividade no segundo gabinete de enfermagem do polo assistencial de forma a poder utilizar o tempo necessário para cada família de forma a responder às suas necessidades.</p> <p>Estabeleci diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde, estimulando as famílias para a consecução dos mesmos, e realizando planos de cuidados com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde sempre tendo em conta o ponto de vista da família.</p> <p>Reforcei os pontos fortes da família no âmbito da saúde, utilizando o modelo de SBNC, utilizando o processo espiral para descobrir e desocultar as forças existentes na família.</p>
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	<p>Solicitei o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, problemas atuais e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde.</p> <p>Identifiquei, também, crenças e cultura familiar de forma a compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações e decisões.</p> <p>Integrei informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal.</p> <p>Utilizei instrumentos de avaliação familiar tais como o MCAF e o MDAIF), instrumentos de colheita de dados e avaliação familiar.</p> <p>Avaliei a funcionalidade da família nos processos de transição, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis.</p>
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	<p>Mobilizei os meus conhecimentos para a tomada de decisão.</p> <p>Analisei o histórico familiar, os vínculos, estádios e tarefas e os padrões de resposta em situações complexas.</p> <p>Tive em conta a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, assim como as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.</p> <p>Compreendo as premissas e o estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde, o meio ambiente e os cuidados de enfermagem.</p>
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidencia científica	<p>Tive como objetivo de intervenção a capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.</p> <p>Criei um ambiente calmo e seguro para a discussão de temas difíceis através da consulta de enfermagem em gabinete próprio e sem interrupções frequentes ou no domicílio da família, mostrando a minha disponibilidade e atenção.</p> <p>Utilizei um pensamento sistemático e crítico, baseado nos conhecimentos adquiridos neste mestrado, facilitando um entendimento mais abrangente da família e dos focos de intervenções da ESF.</p>

	<p>Analisei como a dinâmica familiar e os fatores ambientais influenciam a saúde e os cuidados à família.</p> <p>Colaborei com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.</p>
<p>Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas</p>	<p>Realizei entrevistas familiares de acordo com as “Competências Clínicas de Comunicação” de Cardoso (2012).</p> <p>Utilizei estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família tais com o a entrevista motivacional de acordo com Cardoso (2012).</p> <p>Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos. Também apresentei a terapia familiar como uma forma de solução.</p> <p>Integrei uma visão holística da família nas intervenções de enfermagem.</p> <p>Demonstrei disponibilidade para dar resposta em tempo útil e respeitando os TMRG às necessidades da família.</p> <p>Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.</p>
<p>Facilita a resposta da família em situação de transição complexa</p>	<p>Incentivei a família a partilhar a sua história de forma a compreender o seu eixo diacrónico e a forma como lidaram com processos de transição anteriores.</p> <p>Avaliei a funcionalidade da família nos processos de transição, de acordo com a Teoria das Transição de Meleis.</p> <p>Promovi o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança utilizando o SBC.</p> <p>Identifiquei e analisei a dinâmica familiar e o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio, de acordo com os parâmetros de avaliação familiar de Minuchin.</p> <p>Identifiquei e analisei a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança e explorei com a família estratégias para melhorar a dinâmica familiar e alcançar os seus objetivos.</p> <p>Documentei o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, realizando registos eletrónicos de saúde no programa de saúde familiar e no processo familiar.</p>
<p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<p>Procurei orientação a fim de melhorar a minha prática em ESF tanto por parte da enfermeira orientadora como da professora supervisora.</p> <p>Avaliei continuamente e refleti sobre a minha prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o meu desempenho.</p> <p>Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados e respeitando o Código Deontológico.</p> <p>Procurei o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo com o estudo e aplicação dos conteúdos lecionados neste mestrado.</p>
<p>Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</p>	<p>Criei momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados.</p> <p>Avaliei a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e na obtenção de ganhos em saúde, documentando no processo clínico as alterações de status dos focos de enfermagem.</p> <p>Integrei a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem.</p>
<p>Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde familiar</p>	
<p>Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.</p>	<p>Integrei a equipa de saúde familiar e promovi a colaboração interdisciplinar entre no que se refere aos cuidados de saúde à família.</p> <p>Geri a continuidade dos cuidados de saúde de uma família, referenciando um utente para a RNCCI para a tipologia de “Descanso do prestador de cuidados”, na qual desenvolvi a avaliação do utente a integrar a rede, uma pequena avaliação familiar e apresentei os resultados obtidos na escala de sobrecarga subjetiva de cuidadores de idosos.</p>

	<p>Apresentei às famílias a carta social e os recursos da comunidade para que elas próprias pudessem conhecer e optar, de forma esclarecida, quais os recursos sociais e de saúde que podem usufruir.</p> <p>Disponibilizei-me como consultor quando os cuidados requeressem um nível de competência correspondente à área de especialidade em saúde familiar.</p>
<p>Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção</p>	<p>Desenvolvi, implementei e avaliei um programa de melhoria contínua da qualidade na área de saúde familiar relacionado com o suporte ao cuidador familiar.</p> <p>Colaborei com a enfermeira orientadora na parametrização do programa de Saúde da Família do Sclínico na USF e no ACeS Oeste Norte.</p> <p>Realizei formação à equipa de enfermagem sobre registos eletrónicos em saúde no programa de Saúde da Família e na evidência de indicadores e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.</p> <p>Desenvolvi uma visão da enfermagem de saúde familiar tendo em conta os diversos níveis de prevenção, assim como uma cultura organizacional, de formação contínua, de prática e de investigação profissional.</p>

Resumidamente, posso dizer que, com a frequência deste mestrado, desenvolvi competências para compreender a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação focando-me na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições e de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

## 4 – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação científica é a atividade que nos permite obter novos conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis e esta caracteriza-se pela procura das possíveis causas de um acontecimento para compreender a realidade (Vilelas, 2022).

O conceito de prática baseada na evidência desenvolveu-se consideravelmente nas últimas décadas e significa o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde prestados (Rodrigues e Cardoso, 2022).

O comportamento humano é extremamente complexo, o que implica que a investigação nas ciências sociais possa ser mais flexível, mas nunca descurando o método científico, uma vez que grande parte dos comportamentos e atitudes podem ser mensuráveis através de cálculos de probabilidades (Vilelas, 2022).

### 4.1 – INTRODUÇÃO

Podemos considerar a família, como unidade, como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior e que se constitui como um grupo complexo com uma organização, estrutura e funções sociais definidas (Alarcão, 2000; Oliveira *et al.*, 2011).

Considerando o modelo sistémico de abordagem da família, o bem-estar familiar integra processos de retroalimentação entre estabilidade e mudança que permitem transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural e evolutiva ao longo do seu ciclo de vida (Alarcão, 2000).

De forma a promover a autonomia da família, as intervenções de enfermagem devem fundamentar-se numa filosofia de cooperação entre o enfermeiro e a família, empoderando-a e promovendo a aquisição de competências e independência. Para isso é necessário apoiá-las na procura de soluções para os problemas identificados, envolvendo-as no planeamento, na execução das intervenções e na promoção de transições funcionais, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões internacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

A interação entre o enfermeiro e as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, evidenciando-se a enfermagem de família no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde (Wright & Leahey, 2009).

O enfermeiro tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática dos cuidados se baseie nos pressupostos da ESF. Contudo, muitos enfermeiros relatam ter conhecimento limitado sobre como proporcionar cuidados de ESF úteis (Flowers, St. John & Bell, 2008).

Por este motivo, a formação especializada, o conhecimento teórico e a prática baseada na evidência são importantes para aumentar o nível de preparação para as intervenções e atitudes de ESF quando se trabalha com as famílias.

Os enfermeiros, independentemente da área de especialidade, devem estar habilitados e mostrarem-se capazes de envolver as famílias na sua prática clínica, promovendo a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas (Frade *et al*, 2021). Apesar da evolução da ESF, a família ainda é vista por muitos enfermeiros de forma fragmentada, como uma unidade divisível em pessoas, em que os cuidados de enfermagem são dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar (Wright & Leahey, 2009).

A importância do envolvimento das famílias nos cuidados de saúde tem levado à implementação de políticas de saúde que assumem o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, com o objetivo de promover e manter a saúde familiar (Frade *et al*, 2021). Com a reforma legislativa atual dos CSP estamos perante um modelo direcionado para os cuidados de proximidade efetivados pelas USF, emergindo como contexto para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Figueiredo, 2012). Estas assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares que desenvolvem a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde e privilegiando-se a estrutura familiar (Decreto-Lei no 298/2007 de 22 de Agosto).

Figueiredo (2012) refere que o indivíduo ainda se mantém como unidade de referência, contudo a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP leva-nos a admitir que é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o

desenvolvimento das sociedades evidenciando-se assim o papel promissor do enfermeiro de família como agente de mudança dos CSP, através da ESF.

As atitudes dos enfermeiros afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em enfermagem e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajudamos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar (Frade *et al.*, 2021).

As atitudes são definidas como “*disposições favoráveis ou desfavoráveis relativas a objetos, pessoas e acontecimentos ou em relação a alguns dos seus atributos, sendo compostas por três componentes: componente cognitivo (pensamentos e crenças), componente afetivo (sentimentos e emoções) e componente comportamental (as tendências para reagir)*” (Oliveira *et al.*, 2011, p.1132).

Integrar a família nos cuidados, permite também ao enfermeiro conhecer as forças que a família possui, de modo a que, em conjunto e num trabalho de parceria, consigam planear intervenções que vão de encontro às necessidades da família. (Frade *et al.*, 2021)

Os desenvolvimentos da ciência e da profissão de enfermagem apontam no sentido de reconhecer a família como alvo de cuidados e como elemento proativo nesse processo, sendo que as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados (Oliveira *et al.*, 2011).

O modelo de parceria de cuidados, onde se procura envolver a família nos cuidados de enfermagem, deve ser adequadamente conceptualizado e aplicado pelo enfermeiro, já que o profissional por um lado não deverá sentir-se ameaçado pela presença do familiar, por outro, o familiar não deve ser visto como um elemento que vai substituir algumas das suas funções (Frade *et al.*, 2021).

Pesquisas desenvolvidas sobre as atitudes dos enfermeiros face à família, em diferentes países e contextos de cuidados, demonstram que, quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes no processo de cuidados, a probabilidade de iniciarem interações positivas com estas aumenta, e que estas interações são influenciadas pelas suas atitudes quanto à importância de incluí-las nos cuidados (Nóbrega *et al.*, 2019).

Benzein *et al.* (2008) definiu determinadas atitudes, agrupadas em dimensões, consoante o valor atribuído pelos enfermeiros à sua presença no cuidado de enfermagem, sendo elas

positivas ou negativas. Segundo este autor, estas atitudes positivas podem ser “famílias como recurso nos cuidados de enfermagem”, o qual reconhece a família como uma fonte de auxílio na prestação de cuidados à pessoa, e “família: parceiro dialogante e recurso de coping”, focada na importância de reconhecer os membros da família da pessoa manter um diálogo com estes. Surgem também atitudes negativas, identificando-se uma categoria classificada como “família como um fardo”, relacionada com fatores que dificultam um bom relacionamento enfermeiro / família, tornando a presença da família motivo de stress para o trabalho.

Compreender a perspectiva e as atitudes dos enfermeiros em relação à integração das famílias no processo de cuidar permitir-nos-á conhecer qual o caminho a percorrer na ciência de enfermagem para que a integração das famílias nos cuidados de enfermagem seja uma realidade efetiva em todas as áreas de intervenção do enfermeiro, independentemente da sua área de especialidade (Frade *et al.*, 2021).

É, então, fundamental caracterizar as atitudes de apoio dos enfermeiros para qualificar a intervenção colaborativa com as famílias e permitir melhorias nos cuidados a estas, visando o alcance da integralidade do cuidado (Oliveira *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, estudar as atitudes é um pressuposto importante para aprimorar a relação entre enfermeiros e famílias na prática clínica em enfermagem e surge-nos, então, as seguintes **questões de investigação**:

- Quais as atitudes dos enfermeiros em formação especializada na área de enfermagem de saúde familiar, face à importância do envolvimento famílias no processo de cuidados?
- Existem diferenças entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam um curso de especialização em ESF e os que frequentam formação em outras áreas de especialização?
- A frequência de um curso de especialização em ESF melhora as atitudes dos enfermeiros face à integração da família nos cuidados prestados?

#### 4.2 – PROJETO: ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

De forma a participar e colaborar em projetos de investigação já em decurso no IPL, integro este estudo no projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, promovido pelo Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare), uma vez que os resultados obtidos por esta investigação podem ser utilizados para alcançar os seus objetivos. Este projeto encontra-se no ANEXO I.

O ciTechCare é uma unidade de investigação multidisciplinar do IPL orientada para a investigação em Saúde e para o desenvolvimento de conhecimento, tecnologias e soluções com vista a melhorar os cuidados de saúde.

O projeto ‘CuidarFam’ pretende desenvolver investigação nos processos de transição no decurso das diferentes etapas do ciclo de vida, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família, e tem os seguintes objetivos:

- “1. Conhecer as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;*
- 2. Analisar as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;*
- 3. Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros/estudantes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.”* (ciTechCare, 2022, p.6)

Este projeto teve início em janeiro de 2018 e tem 2026 como previsão para a sua conclusão.

Os Coordenadores do Projeto de Investigação são os professores da ESSLei João Frade (PhD, MPH, RN) e Carolina Miguel Graça Henriques (Pós-Doc, PhD, MsC, RN) e tem como equipa de investigação todos os estudantes de enfermagem de formação pré e pós-graduada e outros docentes que venham a colaborar no projeto.

O projeto encontra-se estruturado em 4 fases (ciTechCare, 2022):

1. Revisão Sistemática da Literatura: leitura e avaliação crítica do estado da arte;
2. (Re)validação do instrumento e sua aplicação: instrumento de colheita de dados, composto por duas partes distintas, relativa a dados sociodemográficos e a escala IFCE-AE e que servirá de base a diferentes estudos descritivos e/ou correlacionais;
3. Avaliação dos resultados, sua análise e discussão;
4. Elaboração do relatório final.

#### 4.3 – ESTADO DE ARTE

A relação entre os enfermeiros e a família é fundamental para a qualidade da prática clínica em enfermagem, sendo várias as investigações que procuram compreender a importância atribuída à família pelos enfermeiros e como as suas atitudes em relação à integração da família nos cuidados determinam o sucesso destes (Frade *et al.*, 2021).

Uma revisão psicométrica dos diferentes instrumentos existentes realizada por Díaz *et al.* (2019), sobre as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, demonstrou que as escalas Family Nurse Practice Scale (FNPS) e a *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) parecem ser as mais adequadas para esta avaliação.

A escala FINC-NA foi desenvolvida na Suécia, a partir de uma revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiros que a testaram para a realidade desse país. Esta assume como princípio basilar que a família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009).

A versão em português da FINC-NA, denominada como *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)* foi traduzida e validada por Oliveira *et al.* (2011) e, tendo em consideração o conteúdo teórico inerente a cada item, a carga fatorial e a avaliação da consistência interna de cada dimensão, foram algumas alterações em relação à original, sendo que versão portuguesa passou a ser constituída apenas por três dimensões (Família: parceiro dialogante e recurso de coping, Família: recurso nos cuidados de enfermagem e Família: fardo) e não quatro como a original (Oliveira *et al.*, 2011). Os itens que compõem a IFCE-AE integram as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental e consideram que o conceito família utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Benzein *et al.*, 2008).

O estudo psicométrico realizado por Oliveira *et al.* (2011) permite-nos afirmar que IFCE-AE, versão portuguesa, é um instrumento válido e fidedigno.

Para compreendermos o estado de arte relativa a este tema, foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) de associação (etiologia), tendo como objetivo determinar se e até que ponto existe uma relação entre as atitudes dos enfermeiros e a formação pós-graduada nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem em Portugal, assim como qual a influência de outras variáveis contextuais nestas atitudes.

### 4.3.1 – Metodologia utilizada na RSL

O protocolo da RSL foi guiado segundo as diretrizes metodológicas propostas pelo Joanne Briggs Institute (JBI) (2020) e, segundo este, uma revisão sistemática procura juntar num único documento uma síntese compreensiva de diversos estudos relevantes do conhecimento existente numa determinada área, através de métodos rigorosos e transparentes.

Foi escolhida um tipo de RSL de eficácia (para identificar a eficácia de uma intervenção num resultado) e estabelecida uma estratégia utilizando a mneunónica PICO (População, Intervenção, Comparador e Resultados) descrita no quadro 8.

**Quadro 8:** Estratégia PICO utilizada

Critério	Descrição	Aplicação na investigação
P	População	Enfermeiros
I	Intervenção	Frequência de um mestrado em enfermagem
C	Comparador	Áreas de especialização em enfermagem em Portugal
O	Resultado/Outcome (identificação da associação entre as variáveis estudadas)	Importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Resultados obtidos na escala <i>IFCE-AE</i> , versão portuguesa validada por Oliveira <i>et al.</i> (2009; 2011)

Foi com base nesta mnemónica que foram definidas as questões de investigação com as quais terminámos a introdução deste capítulo.

Foram efetuadas diversas pesquisas livres no Google Académico e em bases de dados científicas de forma a identificar e aprimorar as palavras-chave, assim como perceber o que já existe publicado sobre o tema. Após esta pesquisa livre, emergiram as seguintes palavras chave para esta investigação: famílias, cuidados de enfermagem, atitudes, enfermeiros e especialização.

Os descritores foram selecionados com base na plataforma de vocabulários estruturados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e a Medical Subject Headings (MeSH), tendo sido escolhidos os descritores “atitude”, “enfermeiro” e “família”, tendo sido utilizado o operador booleano “AND” para combinar os termos a serem pesquisados. As bases de dados selecionadas para a pesquisa foram os Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), a científica Electronic Library Online (SciELO) e finalmente a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) complete e a MEDLINE simultaneamente utilizando o fornecedor Elton Bryson Stephens Company (EBSCO).

A estratégia de pesquisa utilizada para cada base de dados encontra-se descrita no quadro 9.

**Quadro 9:** Estratégia de pesquisa e bases de dados utilizadas

Base de dados	Descritores e booleanos	Expansores	Limitadores	Resultados
RCAAP	atitud* AND enfermeir* AND família		Português, inglês e espanhol	23
CINAHL (EBSCO host)	nurs* atitud* AND famil*	Aplicar assuntos equivalentes Procurar também no texto completo dos artigos	Texto completo Resumo disponível Português, inglês e espanhol Europa	178
MEDLINE (EBSCO host)				
SciELO	atitud* AND enfermeir* AND família		Português Enfermagem	44
			Total de artigos:	245

A pesquisa foi realizada em Novembro de 2022, por dois revisores independentes nas bases de dados RCAAP, CINAHL, MEDLINE e SciELO, tendo sido incluídos estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola referentes às atitudes dos enfermeiros portugueses face à integração das famílias nos cuidados (utilizando a versão portuguesa da escala IFCE-AE) com data de publicação nos últimos 10 anos. Este intervalo de tempo foi decidido com base nos reduzidos resultados obtidos nas pesquisas livres efetuadas quando se restringia aos últimos 5 anos. O facto de termos optado por incluir apenas enfermeiros portugueses deve-se ao facto de as especialidades em enfermagem diferirem entre cada país. Por outro lado, foram excluídos do estudo todos os artigos que não cumpram estes critérios.

Os critérios de inclusão encontram-se resumidos no quadro 10.

**Quadro 10:** Critérios de inclusão

Critério	Descrição do critério de inclusão
C1	Publicação nos últimos 10 anos
C2	Artigos em português, inglês ou espanhol
C3	O artigo refere-se às atitudes dos enfermeiros face à família na prestação de cuidados
C4	Utilização da escala IFCE-AE, versão portuguesa validada por Oliveira <i>et al.</i> (2009; 2011)
C5	Artigos referentes a Portugal
C6	Texto integral e de acesso livre

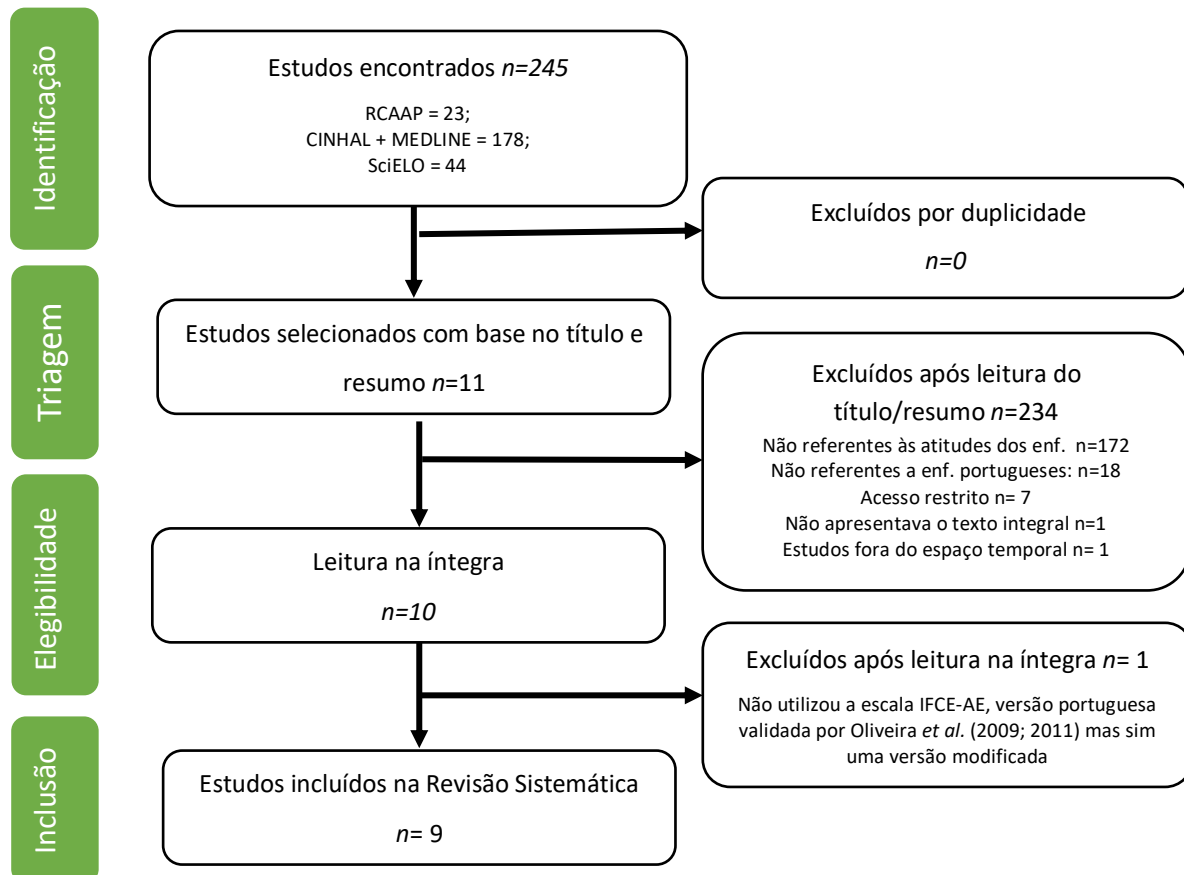
Os critérios de exclusão encontram-se descritos no quadro 11.

**Quadro 11:** Critérios de exclusão

Critério	Descrição do critério de exclusão
C1	Publicação fora do referencial de 10 anos
C2	O artigo não se refere às atitudes dos enfermeiros face à família na prestação de cuidados
C3	Não ser utilizada a escala IFCE-AE, versão portuguesa validada por Oliveira <i>et al.</i> (2009; 2011)
C4	Estudos realizados a enfermeiros que não desempenhem funções em Portugal
C5	O estudo não inclui o texto integral ou este é de acesso restrito

Depois de realizada a pesquisa nas bases de dados científicas (ANEXO III), foram encontrados 245 artigos na totalidade, não se encontrando repetidos. Seguidamente, foi realizada a triagem dos títulos e dos resumos de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, tendo sido rejeitados aqueles que não corresponderam a esses critérios.

Foi elaborado um diagrama de acordo com a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) que demonstra o número total de referências devolvidas pela busca e os excluídos em cada etapa, a qual se encontra representada na figura 15.



**Figura 15:** Diagrama PRISMA

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Para cada estudo analisado, foi avaliada a sua qualidade e validade e os dados dos estudos incluídos na revisão foram resumidos em grelhas de colheita de dados elaboradas pelo autor e validadas pelo revisor e pela professora orientadora e que podemos encontrar no subcapítulo seguinte. Foi ainda realizada uma leitura crítica dos artigos como processo de avaliação e interpretação da evidência, assim como da sua validade e relevância, seguindo a metodologia proposta por Lucas, Nené e Sequeira (2002).

#### 4.3.2 – Resultados da RSL

Neste subcapítulo podemos analisar uma síntese dos dados extraídos dos estudos selecionados e que foram alvo de uma avaliação da qualidade e validade dos seus resultados. Para verificar a validade dos estudos selecionados foi avaliado o alfa de Cronbach obtido pelo total da escala IFCE-AE e suas dimensões, sendo que os valores encontrados nos estudos se encontram, na sua maioria, perto dos valores encontrados no estudo que revalidou a escala realizado por Oliveira *et al.* (2011), conforme se pode observar na tabela 5.

**Tabela 5:** Validade da escala IFCE-AE nos diferentes estudos selecionados

Estudo	Teste	Dimensão 1 Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Dimensão 2 Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Dimensão 3 Família: fardo	Escala total
<b>Oliveira <i>et al.</i>, 2011</b> (estudo que revalidou a versão portuguesa da escala IFCE-AE)	<b>α Cronbach</b>	<b>0.90</b>	<b>0.84</b>	<b>0.49</b>	<b>0.87</b>
Fernandes <i>et al.</i> , 2015	α Cronbach	---	---	---	0.87
Tavares, 2017	α Cronbach	0.85	0.79	0.54	0.82
Francisco, 2017	α Cronbach	0.75	0.82	0.53	0.83
Caria, 2022	α Cronbach	0.83	0.80	0.58	0.82
Bértolo, 2021	α Cronbach	0.879	0.696	0.746	0.836
Santos, 2021	α Cronbach	0.756	0.272	0.729	0.624
Santa, 2014	α Cronbach	0.739	0.788	0.114	0.819
Silva, Costa e Silva, 2013	α Cronbach	---	---	---	0.87
Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020	α Cronbach	---	---	---	0.918

De seguida, foram analisados os estudos selecionados consoante o contexto da sua aplicação e as medidas de dispersão obtidas em cada um na escala IFCE-AE (mínimo, máximo, média e desvio padrão), obtendo os resultados que podemos analisar no quadro 12.

**Quadro 12:** Contexto e medidas de dispersão da IFCE-AE dos artigos incluídos nesta RSL

Autores / Ano / Título	Contexto	Amostra	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Score total
Fernandes <i>et al.</i> , 2015 The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment	CSD (diferentes serviços de um hospital português)	160	Min --- Max --- M 34.4 Dp 4.03	Min --- Max --- M 30.6 Dp 3.03	Min --- Max --- M 12.2 Dp 1.76	Min. 65 Máx. 104 M 79.2 Dp 7.5
Tavares, 2017 Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar	CSP (ACES Baixo Mondego)	71	Min 28 Max 48 M 39.90 Dp 4.134	Min 28 Max 40 M 33.45 Dp 3.434	Min 4 Max 12 M 6.84 Dp 1.704	Min. 65 Máx. 94 M 80.20 Dp 6.476
Francisco, 2017 Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar	CSD	174	Min 26 Max 44 M 36.18 Dp 4.025	Min 24 Max 40 M 30.64 Dp 3.417	Min 4 Max 13 M 8.44 Dp 1.719	Min 59 Max 100 M 75.26 Dp 6.633
Caria, 2022 Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar	CSP (Enfermeiros de uma USF) Estudantes do 1º e 2º anos do curso de licenciatura em enfermagem da ESSLei	29	Min 27 Max 44 M 36.41 Dp 4.1	Min 20 Max 38 M 31.75 Dp 3.64	Min 6 Max 13 M 9.1 Dp 1.76	Min 55 Max 88 M 77.28 Dp 6.71
Bértolo, 2021 Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros	CSP (Enfermeiros do Centro de Saúde de Ansião) Estudantes do 3º curso de mestrado de ESF da ESSLei	13	Min 31 Max 48 M 41.154 Dp 5.08	Min 31 Max 40 M 36.08 Dp 2.63	Min 6 Max 13 M 8 Dp 2.12	Min 70 Max 93 M 85.23 Dp 6.82
Santos, 2021 Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar	CSP (Enfermeiros da UCSP Alvaiázere) Estudantes do mestrado em ESF da ESSLei	18	Min 37 Max 47 M 41.83 Dp 3.312	Min 32 Max 40 M 35.28 Dp 1.994	Min 4 Max 15 M 9.09 Dp 2.711	Min 73 Max 102 M 86.17 Dp 8.017
Santa, 2014 Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos	CSD (cuidados intensivos)	80	Min 25 Max 45 M --- Dp ---	Min 23 Max 39 M --- Dp ---	Min 4 Max 15 M --- Dp ---	Min 57 Max 92 M --- Dp ---
Silva, Costa e Silva, 2013 Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros	CSP (ARS Centro)	871	Min --- Max --- M --- Dp ---	Min --- Max --- M --- Dp ---	Min --- Max --- M --- Dp ---	Min --- Max --- M --- Dp ---
Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020 Importância das famílias nos cuidados de enfermagem às pessoas com transtornos mentais: atitudes de enfermeiros portugueses e brasileiros	CSP (aplicados a enfermeiros que cuidam de pessoas com distúrbios mentais)	250 enf. Pt e 250 enf. Br (que não serão tidos em conta)	Min 30 Max 48 M 40.2 Dp 5.1	Min 21 Max 40 M 33.5 Dp 3.8	Min 4 Max 16 M 12.3 Dp 1.9	Min 61 Max 104 M 86.0 Dp 9.3

Os principais resultados obtidos em cada estudo da associação entre diferentes variáveis e a sua influência nas atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem (avaliada pela IFCE-AE) encontram-se resumidas no quadro 13.

**Quadro 13:** Principais resultados da associação entre as variáveis estudadas e a IFCE-AE

Variáveis estudadas	Principais resultados da associação das variáveis estudadas com as atitudes dos enfermeiros face à integração das famílias nos cuidados	Estudos
<b>Género</b>	Estatisticamente, o género não influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar	Fernandes et al., 2015 Tavares, 2017 Francisco, 2017 Bértolo, 2021 Santos, 2021 Santa, 2014
	Estatisticamente, o género influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar	Caria, 2022
	O género masculino apresenta resultados mais elevados tanto nas diferentes dimensões como no resultado total	Tavares, 2017
	O género feminino apresenta resultados mais elevados tanto nas diferentes dimensões como no resultado total	Francisco, 2017 Caria, 2022 Bértolo, 2021 Santa, 2014
<b>Idade</b>	Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões e na nota global da escala	Fernandes et al., 2015 Tavares 2017 Francisco 2017 Caria, 2022 Bértolo, 2021 Santa, 2014 Silva, Costa e Silva, 2013
	Os Enfermeiros mais novos ( $\leq 39$ anos) são os que apresentam resultados mais elevado na dimensão Família como um fardo.	Tavares, 2017 Silva, 2021 Santa, 2014 Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020
	Os Enfermeiros com idade compreendida entre 40 e os 49 anos apresentaram resultados mais positivos nas diferentes dimensões e na escala global	Tavares, 2017
	Maior score global nos enfermeiros com mais de 50 anos.	Francisco, 2017
<b>Estado Civil</b>	Estatisticamente, o estado civil não interfere na atitude dos Enfermeiros na Importância da família no cuidar	Fernandes et al., 2015 Tavares, 2017 Santa, 2014
	Os enfermeiros casados ou em união de facto apresentam maior score na escala	Tavares, 2017 Santa, 2014

	Os enfermeiros divorciados ou separados apresentam maior score na escala	Francisco, 2017
<b>Habilitações académicas</b>	Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e as habilitações académicas	Fernandes et al., 2015 Tavares, 2017 Bértolo, 2017 Silva, 2021 Santa, 2014
	Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e as habilitações académicas	Francisco, 2017 Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020
	Os Enfermeiros com licenciatura apresentam um peso médio mais elevado na dimensão Família como um fardo.	Tavares, 2017 Francisco, 2017 Silva, Costa e Silva, 2013
	Os Enfermeiros detentores de um mestrado apresentaram resultados mais positivos nas diferentes dimensões e na escala global	Tavares, 2017 Francisco, 2017
<b>Título profissional</b>	Não se encontraram diferenças significativas entre a categoria profissional e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.	Fernandes et al., 2015 Tavares, 2017 Bértolo, 2021 Silva, 2021
	Encontraram-se diferenças significativas entre a categoria profissional e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.	Francisco, 2017
	A categoria de enfermeiro apresenta tanto nas dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem como na nota global da escala ordenações médias mais elevadas.	Tavares, 2017
	A categoria de enfermeiro chefe apresenta melhores resultados nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e a categoria Enfermeiro melhor resultado na dimensão Família: fardo.	Francisco, 2017
	A ordenação média mais elevada relativa à Família como um fardo recai no Enfermeiro Especialista/Enfermeiro Chefe.	Tavares, 2017
	Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre os estudantes de enfermagem e os enfermeiros na escala total	Caria, 2022 Silva, 2021
<b>Área de especialidade</b>	Não se verificaram evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativa com a formação especializada dos enfermeiros	Bértolo, 2021
	Existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Estas evidências indicam que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem	Silva, Costa e Silva, 2013
	Os enfermeiros que cuidam de pessoas com distúrbios mentais apresentam valores médios da escala mais elevados do que caracterizações realizadas noutros estudos.	Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020

<b>Tempo de exercício profissional</b>	<p>Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.</p> <p>O tempo de exercício profissional parece aumentar os scores, sendo estes mais elevados nas dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem e também na nota global da escala.</p> <p>A dimensão família como um fardo apresenta uma ordenação média mais elevada nos Enfermeiros com tempo de serviço até 12 anos.</p> <p>Parece haver uma correlação negativa entre a experiência profissional e a importância atribuída à família, embora esta não seja estatisticamente significativa</p>	<p>Fernandes et al., 2015 Tavares, 2017 Francisco, 2017 Caria, 2017 Bértolo, 2021 Silva, 2021 Santa, 2014 Silva, Costa e Silva, 2013</p> <p>Tavares, 2017 Francisco, 2017 Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020</p> <p>Tavares, 2017</p> <p>Caria, 2022 Santa, 2015</p>
<b>Contexto de trabalho</b>	<p>O serviço onde o enfermeiro exerce a sua função não se encontra associado à sua atitude face à família</p> <p>Verificou-se uma ordenação média mais alta da dimensão Família como um fardo em UCSP/USF</p> <p>Nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e nota global, os melhores scores foram obtidos na USP</p> <p>Verificou-se maior score da escala nos serviços de ambulatório do que nos serviços de internamento.</p> <p>Os enfermeiros a trabalhar em UCSP apresentam resultados mais baixos do que nas restantes unidades de CSP</p>	<p>Bértolo, 2021</p> <p>Tavares, 2017</p> <p>Tavares, 2017</p> <p>Francisco, 2017</p> <p>Silva, Costa e Silva, 2013</p>
<b>Formação em ESF</b>	<p>Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação em Enfermagem da Família relativamente às três dimensões</p> <p>Existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação em Enfermagem da Família relativamente às três dimensões</p> <p>Constatou-se diferenças significativas apenas na dimensão Família: fardo, ou seja, a formação na área da família influencia de forma parcial as atitudes que os enfermeiros têm face à família</p> <p>O enfermeiro com formação específica na área da Enfermagem de Família apresentam valores mais positivos tanto nas diferentes dimensões como no score total da escala.</p>	<p>Tavares, 2017 Bértolo, 2021 Silva, 2021 Santa, 2014</p> <p>Silva, Costa e Silva, 2013</p> <p>Francisco, 2017</p> <p>Francisco, 2017 Santa, 2014 Silva, Costa e Silva, 2013</p>
<b>Carga horária</b>	<p>A carga horária semanal demonstrou relevância estatística negativa no resultado total da escala</p>	<p>Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020</p>

### 4.3.3 – Discussão dos resultados da RSL

De forma global, os enfermeiros que participaram nos diferentes estudos analisados evidenciaram atribuir bastante importância à integração das famílias nos cuidados de enfermagem, ou seja, apresentaram atitudes de suporte face à família, vêem estas como parceiros e perceção que têm da sua presença não afeta negativamente a sua prestação. Estes resultados vão ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e da assunção pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados (Wright e Leahey, 2009).

Relativamente à influência que diferentes variáveis de contexto sociodemográficas e profissionais podem ter sobre a escala IECE-AE verificamos que, na sua maioria, não são estatisticamente significativas. Contudo estas parecem ter algum impacto, o que iremos explorar de seguida.

Nos estudos analisados, estatisticamente o **género** não influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Bértolo, 2021; Santos, 2021; Santa, 2014), sendo que em apenas um dos estudos se verificou um resultado significativo (Caria, 2022). Apesar de não existir uma grande diferença, o género feminino apresenta resultados globais mais elevados na IFCE-AE (Francisco, 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santa, 2014)

Apesar da variável **idade** dos enfermeiros estudados não influenciar de forma estatisticamente significativa as atitudes dos enfermeiros (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares 2017; Francisco 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013), parece ser evidente que os enfermeiros mais novos apresentam maior peso na dimensão família: fardo (Tavares, 2017; Silva, 2021; Santa, 2014; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020) e que os enfermeiros com idades mais avançadas parecem possuir mais atitudes positivas perante a família (Tavares, 2017; Francisco, 2017).

Estatisticamente, o **estado civil** também não interfere na atitude dos Enfermeiros na Importância da família no cuidar (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Santa, 2014).

Em relação à variável **habilitações académicas**, os resultados encontrados são semelhantes aos anteriores. A grande maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Bértolo, 2017; Silva, 2021; Santa, 2014), sendo que, tal

como na variável idade, os participantes com licenciatura apresentaram resultados mais negativos na dimensão Família: fardo (Tavares, 2017; Francisco, 2017; Silva, Costa e Silva, 2013), enquanto que os enfermeiros que possuem o ciclo de estudo conducente à especialidade demonstram resultados mais positivos nas diferentes dimensões da IFCE-AE e na escala global (Tavares, 2017; Francisco, 2017).

Apesar dos resultados referentes à variável **título profissional** serem mais diversificados, na maioria dos estudos estas diferenças não são estatisticamente relevantes (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021). De notar que nos artigos em que se estudaram simultaneamente enfermeiros e estudantes de enfermagem, são se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala total entre os dois grupos (Caria, 2022; Silva, 2021).

Relativamente à variável que mais nos interessa para este estudo, a **área de especialidade** dos enfermeiros, apenas 3 estudos tiram conclusões sobre a relação entre esta variável e a IFCE-AE. Um dos estudos não encontrou diferenças estatisticamente significantes (Bértolo, 2021), enquanto outro estudo encontrou a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e que indicam que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem (Silva, Costa e Silva, 2013) e por fim as conclusões de um estudo indicam que os enfermeiros que cuidam de pessoas com distúrbios mentais apresentam valores médios da escala mais elevados do que caracterizações realizadas noutros estudos (Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020).

Praticamente todos os estudos concluíram que o **tempo de exercício profissional** não afeta a importância atribuída à família não é estatisticamente significativa (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013)

Relativamente ao **contexto de trabalho**, os poucos resultados encontrados são variados. Nas unidades de Cuidado de Saúde Diferenciados (CSD), verificou-se maior score da escala IFCE-AE nos serviços de ambulatório do que nos serviços de internamento (Francisco, 2017). Já nos CSP, os resultados são variados, sendo que num estudo foi a Unidade de Saúde Pública a atingir melhores resultados na escala (Tavares, 2017), enquanto que os enfermeiros que

trabalham em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) obtiveram resultados mais negativos (Tavares, 2017; Silva, Costa e Silva, 2013).

Outro aspeto importante para este estudo é a influência de **formação em ESF** nas atitudes dos enfermeiros face à família. Contudo, nos estudos analisados esta formação poderia ser tanto académica como formação contínua ou outra, não se focando no mestrado em ESF. Os resultados encontrados são diversos, sendo que vários estudos não encontraram diferenças estatisticamente significantes (Tavares, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021; Santa, 2014), um estudo concluiu resultados estatisticamente relevantes para as 3 dimensões (Silva, Costa e Silva, 2013) e um outro estudo apenas resultados relevantes para a dimensão Família: fardo (Francisco, 2017). Os enfermeiros com formação na área da Enfermagem de Família apresentaram valores mais positivos tanto nas diferentes dimensões como no score total da escala (Francisco, 2017; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013).

Um dos estudos analisados relacionou, ainda, a variável **carga horária** semanal, sendo que esta demonstrou relevância estatística negativa no resultado total da escala (Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020).

Não foram encontrados resultados que relacionassem a frequência de mestrados em enfermagem com as atitudes dos enfermeiros face à família.

#### **4.3.4 – Conclusões da RSL**

De forma global, os diferentes estudos analisados demonstraram atitudes positivas dos enfermeiros face às famílias, comprovadas pela escala IFCE-AE, o que é indicador da integração das famílias nos cuidados de enfermagem.

Os resultados encontrados vão de encontro aos do estudo de Oliveira *et al.* (2011) que permitiu evidenciar que, na sua maioria, os enfermeiros têm atitudes de suporte face à família e que daí se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias decorrentes deste processo para ambas as partes.

Também estes resultados coincidem com os encontrados por Benzein *et al.* (2008) aquando da validação da escala original FINC-NA, evidenciando-se que os enfermeiros possuem uma visão da família como parceiro dialogante, recurso de coping e como recurso nos cuidados de enfermagem, considerando importante envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, estudos realizados evidenciam que, apesar dos enfermeiros expressarem a importância dos cuidados centrados na família, muitas vezes as práticas não são congruentes com estas representações (Oliveira *et al*, 2011).

Dos resultados encontrados nesta revisão, podemos concluir que existem variáveis de contexto que influenciam as atitudes dos enfermeiros face à família, contudo estas influências não são, na sua grande maioria, estatisticamente significantes. Variáveis tais como o género, a idade, o estado civil, as habilitações académicas, o título profissional, o tempo e contexto de exercício profissional podem influenciar apenas de forma parcial as atitudes que os enfermeiros demonstram perante a integração das famílias nos cuidados de enfermagem.

Pela análise dos resultados, foi possível atribuir uma associação entre a frequência de um Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF e as atitudes dos enfermeiros, não sendo claro até que ponto a especialização em enfermagem, e mais especificamente a formação especializada em ESF, afeta as atitudes dos enfermeiros face à família, pelo que seria importante a análise de mais estudos sobre esta relação.

A aplicação da escala em diversos contextos permite o desenvolvimento de estratégias promotoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar (Oliveira *et al.*, 2011).

Voltando às nossas questões de investigação, da análise realizada dos estudos, podemos afirmar que não encontramos respostas para estas questões. Foi necessário, então, realizar um estudo sobre a influência da frequência de um mestrado em enfermagem nas atitudes dos enfermeiros face à integração das famílias nos cuidados que relacione estas duas variáveis, o qual podemos encontrar nos capítulos seguintes.

#### 4.4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Vilelas (2022) define investigação científica à atividade que nos permite obter conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis.

A metodologia científica refere-se às fases e aos procedimentos que se seguem numa investigação científica para elaborar modelos claros de trabalho (Vilelas, 2022).

De seguida iremos explorar a lógica do processo de investigação realizado, de forma a compreender a problematização, a seleção das técnicas e instrumentos e os critérios de validação.

#### **4.4.1 – Questões de investigação**

Após a RSL realizada, já conhecemos quais as atitudes dos enfermeiros face à integração das famílias nos cuidados e qual a influência das variáveis de contexto sociodemográficas e profissionais nestas atitudes.

As questões de investigação que procuramos agora responder, de acordo com a mnemónica selecionada anteriormente, prendem-se com a compreensão de como os enfermeiros (**População**) que se encontram a realizar um mestrado em enfermagem (**Intervenção**) nas diferentes áreas de especialidade (**Comparador**) assumem as suas atitudes face ao envolvimento das famílias nos cuidados (**Resultados/Outcome**).

Da contextualização realizada, surgiram as seguintes questões que agora relembramos:

- Quais as atitudes dos enfermeiros em formação especializada na área de enfermagem de saúde familiar, face à importância do envolvimento famílias no processo de cuidados?
- Existem diferenças entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam um curso de especialização em ESF e os que frequentam formação em outras áreas de especialização?
- A frequência de um curso de especialização em ESF melhora as atitudes dos enfermeiros face à integração da família nos cuidados prestados?

#### **4.1.2 - Hipóteses**

Após conhecer as atitudes dos enfermeiros mestrados nas diferentes áreas de especialidade face à importância do envolvimento da família na prestação de cuidados, iremos verificar as seguintes hipóteses:

**H<sub>0</sub>** – Não existe diferença entre as atitudes dos enfermeiros (nas dimensões de família parceiro dialogante e recurso de coping, como recurso nos cuidados de enfermagem e como fardo) em formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar e as atitudes dos enfermeiros em formação especializada nas restantes áreas de Enfermagem.

**H<sub>1</sub>** – Verifica-se diferença entre as atitudes dos enfermeiros (nas dimensões de família parceiro dialogante e recurso de coping, como recurso nos cuidados de enfermagem e como fardo) em formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar e as atitudes dos enfermeiros em formação especializada nas restantes áreas de Enfermagem.

#### **4.4.3 - Objetivos**

##### **Objetivo geral:**

Determinar o efeito da frequência de um mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar nos estudantes nas atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem nas dimensões de família: parceiro dialogante e recurso de coping, família: recurso nos cuidados de enfermagem e como família: fardo.

##### **Objetivos específicos:**

- Descrever as atitudes dos mestrandos nas diferentes áreas de especialização em Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Leiria nas dimensões de família parceiro dialogante e recurso de coping, como recurso nos cuidados de enfermagem e como fardo;
- Comparar as atitudes dos enfermeiros em formação especializada em ESF com os enfermeiros em formação especializada nas restantes áreas de especialização em Enfermagem, no que se refere às dimensões de família parceiro dialogante e recurso de coping, como recurso nos cuidados de enfermagem e como fardo;
- Estimar o sentido da correlação entre a frequência da formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, comparativamente com as restantes áreas de especialidade, face às atitudes dos enfermeiros.

#### **4.4.4 – Tipo e âmbito de estudo**

De forma a responder às questões de investigação, atingir os objetivos propostos e em função do tipo de dados recolhidos foi escolhido um tipo de estudo quantitativo, descritivo e correlacional, tendo sido realizado um estudo transversal.

Os estudos quantitativos pressupõem que tudo pode ser quantificável, ou seja, é possível traduzir em números as opiniões, as atitudes e as informações para que possam ser classificadas e analisadas (Vilelas, 2022).

Tal como o nome indica, o tipo de estudo descritivo serve para descrever uma realidade e procura conhecer as características de uma população ou fenómeno, sendo ideal para investigar atitudes e descobrir possíveis associações entre variáveis (Vilelas, 2022). Um estudo correlacional permite estabelecer relações e indica o sentido das relações e/ou o grau de dependência entre as variáveis (Vilelas, 2022).

Os estudos transversais analisam e descrevem uma situação num ponto específico e num dado momento temporal (Vilelas, 2022).

Este estudo integra o projeto de investigação ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM’ promovido pelo ciTechCare e foi aplicado na ESSLei, a qual se encontra inserida no IPL.

#### **4.4.5 – População alvo e amostra**

A população é o conjunto de todos os indivíduos com características comuns e num que se encontram num espaço/território conhecido e dos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2022).

A população-alvo deste estudo são os enfermeiros que se encontram a frequentar um mestrado em enfermagem na ESSLei, sendo este requisito obrigatório para a obtenção do grau de especialista em determinada área, e para a qual serão aplicáveis os resultados deste estudo.

Foram incluídos no estudo os estudantes da ESSLei do contingente geral que frequentam um mestrado em Enfermagem (sejam eles do primeiro ou segundo anos).

Nesta escola lecionam-se atualmente os seguintes mestrados em Enfermagem:

- Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa;
- Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;
- Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

São excluídos do estudo o investigador e os estudantes internacionais (por motivos culturais, profissionais e de validade do instrumento de colheita de dados).

A população de origem é considerada a parte da população selecionada para participar no estudo (Duarte, Gonçalves e Sequeira, 2022) e para o nosso estudo é composta por cerca de 29 estudantes do mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF e cerca de 104 estudantes das restantes áreas de especialidade lecionadas na ESSLei, num total de 133 estudantes.

Dado que o número de pessoas da população é compatível com o estudo proposto, não foi realizada nenhuma técnica de amostragem, sendo a população de estudo igual à população de origem. Considerou-se que a utilização da totalidade da população de origem não implicaria um consumo relevante de tempo e recursos pelo que se considerou não ser necessário selecionar participantes para a criação de uma amostra representativa da população.

#### **4.4.6 – Definição operacional das variáveis**

Uma variável é uma característica observável e mensurável e cada variável que possa influenciar o estudo deve ser definida de forma operativa e padronizada e que permita comparar os resultados com outros estudos de forma clara e inequívoca (Duarte, Gonçalves e Sequeira, 2022).

Neste estudo pretende-se proceder a uma análise bivariada entre a variável “curso de mestrado em enfermagem frequentado pelos estudantes” (**variável independente**, uma vez pode ou não influenciar o resultado da variável dependente) e a variável “atitudes dos

enfermeiros face à importância do envolvimento da família na prestação de cuidados” (**variável dependente** porque se pretende estudar o efeito da variável independente no resultado desta).

Serão também tidas em conta diversas **variáveis contextuais** tais como a idade, o estado civil, as habilitações académicas, o título profissional, o ano letivo do mestrado, o tempo de experiência profissional, o contexto de trabalho e a formação anterior em ESF, de forma a considerar o seu impacto nos resultados conforme concluído pela RSL efetuada a estudos realizados nos últimos anos.

A operacionalização das diferentes variáveis identificadas neste estudo encontra-se descrita no quadro 14.

**Quadro 14:** Operacionalização das variáveis

Variável	Papel	Classificação	Escala de medida	Fonte de informação
Mestrado de especialização em enfermagem	<b>Independente</b>	Qualitativa dicotómica	0 - Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação crítica; 0 - Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; 0 - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; 0 - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 1 - Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.	Questionário
Atitudes dos enfermeiros face à importância do envolvimento da família na prestação de cuidados	<b>Dependente</b>	Quantitativa de razão	Dimensões avaliadas: • 1- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; • 2- Família: recurso nos cuidados de enfermagem; • 3- Família: fardo. • TOTAL da IFCE-AE	Escala IFCE-AE
Idade	<b>Contextual</b>	Quantitativa discreta	Em anos	Questionário
Estado civil		Qualitativa nominal	1 - Solteiro(a) 2 - União de facto / casado(a) 3 - Separado(a) / divorciado(a) 4 - Viúvo(a)	
Habilitações académicas		Qualitativa nominal	1 - Bacharelato 2 - Licenciatura 3 - Mestrado 4 - Doutoramento 5 - Outra	

Título profissional	Qualitativa nominal	1 - Enfermeiro 2 - Enfermeiros especialista 3 - Enfermeiro gestor
Ano letivo da frequência do mestrado	Qualitativa nominal	1 - 1.º ano 2 - 2.º ano
Tempo de experiência profissional	Quantitativa discreta	Em anos
Contexto de trabalho	Qualitativa nominal	1 - Cuidados de Saúde Primários 2 - Cuidados de Saúde Diferenciados 3 - Lares 4 - Outros
Formação em ESF	Qualitativa dicotómica	0 - Não 1 - Sim

#### 4.4.7 - Instrumentos e fontes de informação

Uma vez elaborados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo e variáveis, é necessário escolher as técnicas de recolha para construir um instrumento que nos permita recolher os dados da realidade necessários à nossa investigação (Vilelas, 2022).

São vários os métodos que permitem avaliar as atitudes dos enfermeiros, como por exemplo pela aplicação de um questionário, por observação direta do comportamento ou por entrevista. No entanto, a forma mais usual, rápida e económica é recorrer a uma escala de atitudes, inquirindo os indivíduos.

Para a recolha de dados foi utilizada uma adaptação do questionário do Projeto: ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem que é constituído por duas partes, sendo elas:

- Uma primeira parte para caracterização sociodemográfica e profissional do participante;
- Uma segunda parte constituída pela *Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)* de forma a avaliar as atitudes dos enfermeiros.

De forma a cumprir com os objetivos propostos e ser possível integrar a variável Mestrado em enfermagem frequentado, a este questionário foram adicionadas as questões “Que curso de mestrado se encontra atualmente a frequentar?” e “Em que ano letivo deste mestrado se

encontra?”, não tendo sido realizada qualquer alteração à escala IFCE-AE. O questionário aplicado encontra-se no APÊNDICE IV.

A escala IFCE-AE (Oliveira *et al.*, 2011) é de auto-preenchimento, composta por 26 itens sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

A IFCE-AE mede as seguintes três subescalas ou dimensões:

- Família: parceiro dialogante e recurso de  *coping*  - 12 itens;
- Família: recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens;
- Família: fardo - 4 itens.

As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo  *Likert* , dimensionada para as seguintes quatro opções de resposta:

- “Discordo completamente” - 1 ponto;
- “Discordo” – 2 pontos;
- “Concordo” – 3 pontos;
- “Concordo completamente” – 4 pontos.

A pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o  *score*  obtido nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de  *coping* ” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e menor o  *score*  obtido na dimensão “Família: fardo”, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte à família em cada uma destas dimensões.

Consoante o valor do  *score*  total encontrado, definem-se as seguintes categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros:

- De 26 a 52 pontos: não dão importância à família -  **atitude negativa** ;
- De 52 a 78 pontos: dão importância à família -  **atitude positiva** ;
- De 78 a 104 pontos: dão muita importância à família -  **atitude muito positiva** .

Estas informações encontram-se resumidas no quadro 15, onde podemos observar não só as diferentes dimensões, mas também cada um dos itens da IFCE-AE que as constituem, assim como a pontuação e o  *score*  possível para cada dimensão.

Quadro 15: Dimensões, itens e score da IFCE-AE

Dimensões	Itens	Número de itens	Pontuação dos itens e Score possível
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b>	<p>4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18. Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>	12	<p><b>Pontuação dos itens:</b> 1 - Discordo completamente 2- Discordo 3- Concordo 4-Concordo completamente</p> <p><b>Intervalo de score possível:</b> 12 - 48</p>
<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 de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10. A presença de 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>	10	<p><b>Pontuação dos itens:</b> 1 - Discordo completamente 2- Discordo 3- Concordo 4-Concordo completamente</p> <p><b>Intervalo de score possível:</b> 10 - 40</p>

<b>Família: fardo</b>	2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias. 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. 26. A presença de membros da família deixa-me em stress.	4	<b>Pontuação dos itens:</b> 1 - Discordo completamente 2- Discordo 3- Concordo 4-Concordo completamente  <b>Intervalo de score possível:</b> 4 - 16
<b>TOTAL IFCE-AE</b>		26	<b>Intervalo de score possível:</b> 26 - 104

#### 4.4.8 - Procedimentos na recolha e análise de dados

Os dados foram obtidos através de um **questionário** online elaborado na plataforma “Forms” do *Microsoft® Office 365* que foi divulgado para os emails dos estudantes envolvidos na investigação e pelos delegados para o grupo de *Whatsapp* (aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas) de cada turma. A utilização de questionários eletrónicos concede algumas vantagens tais como a rapidez, a facilidade de administração, é mais conveniente para o participante (pode responder quando lhe convier) e pode atingir a globalidade da população pretendida, contudo também existem alguns riscos à sua utilização tais como a necessidade de alguma literacia digital, exige motivação do participante e o risco de baixa taxa de resposta (Batista *et al.*, 2021). Para minimizar estes riscos, foi também realizada uma versão do questionário para impressão de forma a ser possível aplicar aos estudantes presencialmente na ESSLei.

Os dados foram recolhidos de forma online e presencial entre 6 de janeiro e 3 de fevereiro de 2023, garantindo-se a confidencialidade, liberdade de participação e a não duplicação de respostas.

Após a etapa de recolha de questionários, os dados foram então introduzidos e analisados no *software IBM® SPSS Statistics*, versão 28.0.0 para macOS, pelo investigador principal.

O *IBM® SPSS Statistics* é uma ferramenta de manipulação, análise de dados e apresentação de resultados predominantemente utilizado nas ciências sociais e humanas (Marôco, 2021).

A técnica utilizada neste estudo para estimar a **consistência interna** da IFCE-AE foi o coeficiente alfa de Cronbach, sendo este o teste mais utilizado quando existem várias

possibilidades de escolha no estabelecimento de scores como na escala de Likert (Marôco e Marques, 2006). O alfa de Cronbach estima o quanto uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Marôco e Marques, 2006). Considera-se que um valor de alfa de Cronbach é aceitável quando se situa entre  $0,70 < \alpha < 0,90$ , sendo que resultados inferiores a 0,70 indicam uma pobre correlação entre os itens e os resultados acima de 0,90 podem indicar uma redundância ou duplicação dos mesmos (Dixe, 2022). Sendo que a IFCE-AE possui mais de 20 itens e é constituída por 3 diferentes dimensões, deve calcular-se o coeficiente alfa de Cronbach tanto para o total da escala como para cada uma das suas dimensões (Dixe, 2022).

A análise quantitativa é importante para a explicação causal e objetiva dos dados recolhidos, permitindo testar hipóteses e relações de causa-efeito através do uso de estatística descritiva para expor os dados e de estatística analítica para interpretar e comparar os dados de forma a verificar as hipóteses (Vilelas, 2022).

Para a **análise descritiva** foram utilizadas medidas de localização, tais como a média (medida de tendência central que pode ser representada neste estudo com o símbolo  $\bar{x}$ ), o mínimo e máximo (medidas de localização relativa e representadas pelos símbolos  $X_{\min}$  e  $X_{\max}$ , respetivamente) e medidas de dispersão, tais como o desvio padrão da nossa amostra (que pode ser representado pelo símbolo  $s'$ ).

A escolha das **medidas de associação** a utilizar será realizada de acordo com o tipo de testes que se possam utilizar nos resultados obtidos (testes paramétricos ou não paramétricos) e com as características das variáveis e das amostras. Assume-se como o teste mais apropriado para a análise dos dados aquele com maior potência e mais robusto à violação dos pressupostos ou condições de aplicação (Marôco, 2021).

Os testes paramétricos verificam-se mais potentes do que os correspondentes testes não paramétricos, pelo que determinam maior probabilidade de detetar um efeito real na população (Marôco, 2021) pelo que, neste estudo, será dada primazia a estes quando cumpridos os pressupostos do seu uso.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras (Marôco, 2021). Assim sendo, para testar a **normalidade da distribuição** das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para

testar a **homogeneidade das variâncias** foi utilizado o teste de Levene, sendo estes os testes mais utilizados e potentes segundo Marôco (2021) e uma vez que a amostra é superior a 50 participantes.

O teste Kolmogorov-Smirnov é usado para decidir se a distribuição da variável em estudo, numa determinada amostra, provém de uma população com uma distribuição normal ou não (Marôco, 2021). Calculada a sua significância, considera-se que se o resultado for superior a 0,05 assumimos que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal.

O teste de Levene permite verificar se as variâncias populacionais (estimada a partir das amostras) são homogéneas.

Podendo optar pela utilização de **testes paramétricos**, a escolha para avaliar a associação entre variáveis recai sobre os testes t-Student para duas amostras independentes, ANOVA *one-way* e o *r* de Pearson.

O teste t-Student para duas amostras serve para testar se a média de duas populações são ou não significativamente diferentes (Marôco, 2021). Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de *p* inferiores a 0,05.

A análise de Variância (ANOVA) permite a comparação da média de duas ou mais populações, de onde foram extraídas amostras aleatórias e cumprindo os requisitos dos testes paramétricos, sendo que este teste permite comparar a variância dentro e entre amostras de forma a compreender a potencia do efeito da variável dependente (Marôco, 2021). Existindo apenas um fator em estudo, utilizamos a análise ANOVA *one-way*. Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de *p* inferiores a 0,05.

O Coeficiente de Correlação de Pearson mede a intensidade e da associação do tipo linear entre duas variáveis quantitativas. O valor absoluto da correlação (*r*) varia entre -1 e 1 e indica a intensidade da relação, sendo que se  $r > 0$  as variáveis no mesmo sentido e se  $r < 0$  variam em sentido oposto (Marôco, 2021). Nas ciências humanas, habitualmente consideram-se as correlações como:

- $|r| < 0,25$  : Correlação fraca;
- $0,25 \leq |r| < 0,5$  : Correlação moderada;
- $0,5 \leq |r| < 0,7$  : Correlação forte;
- $|r| \geq 0,75$  : Correlação muito forte;
- $|r| = 1$  : Correlação perfeita.

Não se verificando os requisitos para utilização de testes paramétricos, serão utilizados **métodos não paramétricos**. Neste caso, a escolha para avaliar a associação entre variáveis recai sobre os testes Mann-Whitney, Kruskal Wallis e Spearman.

O teste Wilcoxon-Mann-Whitney, ou simplesmente Mann-Whitney, é o teste não paramétrico utilizado para comparar as funções de distribuição de uma variável medidas em duas amostras independentes e pode substituir o teste t-Student quando os pressupostos deste teste não são válidos (Marôco, 2021). Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de p inferiores a 0,05.

O teste Kruskal Wallis é apropriado duas ou mais distribuições de uma variável observada em duas ou mais amostras independentes, podendo ser utilizado como alternativa ao teste ANOVA one-way quando não cumpridos os pressupostos para utilização de testes paramétricos (Marôco, 2021). Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de p inferiores a 0,05.

O Coeficiente de Correlação de Spearman ( $R_s$ ) é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis, sendo este utilizado quando os pressupostos paramétricos não foram cumpridos para utilização do teste de Pearson. Também a sua amplitude varia entre 1 e -1 e assumimos os mesmos intervalos de classificação da força de correlação identificados para o Coeficiente de Correlação de Pearson e descritos anteriormente.

Na análise estatística de associação considerou-se os seguintes valores de significância (p) para qualquer um destes testes:

- $p < 0,05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

Após avaliação da normalidade, homogeneidade e das características das diferentes variáveis contextuais do nosso estudo, foram selecionados os testes mais adequados para a nossa pesquisa.

Para verificar se existem diferenças entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam o mestrado em ESF face ao envolvimento da família nos cuidados em relação aos estudantes de outras áreas de especialidade, e assim testar  $H_0$ , foram escolhidos os testes t-Student para as dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: fardo” e o teste de Mann-Whitney para a dimensão “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem”.

Quando se rejeita  $H_0$  nestes testes podemos afirmar que a variável independente tem um efeito estatisticamente significativo sobre a variável dependente, mas isso apenas significa que as diferenças observadas são superiores às que se esperaria encontrar por mero acaso (Vilelas, 2022). É, portanto, necessário avaliar também a significância prática do resultado obtido e a dimensão do efeito em estudo (Vilelas, 2022).

As **medidas de dimensão do efeito** servem para quantificar a magnitude da diferença relativa entre tratamentos ou da relação de associação entre as variáveis (Vilelas, 2022).

Assim sendo, serão utilizados o  $d$  de Cohen e o  $g^*$  de Hedges juntamente com o t-Student, que servirá também para verificar a dimensão do efeito. Para isso será utilizada a classificação proposta por Marôco (2022) e que define as seguintes dimensões de efeito:

- $d$  ou  $g^* \leq 0,2$  : Pequena dimensão de efeito;
- $0,2 < d$  ou  $g^* \leq 0,5$  : Média dimensão de efeito;
- $0,5 < d$  ou  $g^* \leq 1$  : Elevada dimensão de efeito;
- $d$  ou  $g^* > 1$  : Muito elevada dimensão de efeito.

Para calcular a dimensão de efeito para o teste Mann-Whitney serão utilizadas as seguintes fórmulas:

$$d = 1 - 2U / (n_1 n_2) \quad (1)$$

$$r = \frac{z}{\sqrt{N}} \quad (2)$$

$$Probabilidade = 100 \times \frac{\max(U_1, U_2)}{U_1 + U_2} \quad (3)$$

Para  $d$  não existe consenso na literatura para categorias de classificação, sendo que quanto mais elevado o valor maior a dimensão do efeito. Para  $r$  serão consideradas as seguintes dimensões de efeito:

- $r < 0,1$  : Sem dimensão de efeito relevante;
- $0,1 \leq r < 0,3$  : Pequena dimensão de efeito;
- $0,3 \leq r < 0,5$  : Média dimensão de efeito;
- $r \geq 0,5$  : Grande dimensão de efeito.

A probabilidade demonstra a percentagem provável de efeito na população. Estas fórmulas servirão para verificar se as atitudes de suporte face à dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” dos mestrandos em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade.

Com base no que foi dito anteriormente, de forma a verificar se existe influência das variáveis contextuais identificadas e a variável dependente foram escolhidos os testes descritos no quadro 16.

**Quadro 16:** Testes estatísticos a serem utilizados para as medidas de associação entre as variáveis contextuais e a variável dependente

Variável	Teste paramétrico	Teste não paramétrico
Idade	Pearson	Spearman
Estado civil	ANOVA	Kruskal Wallis
Habilitações académicas	ANOVA	Kruskal Wallis
Título profissional	ANOVA	Kruskal Wallis
Ano letivo da frequência do mestrado	t-Student	Mann-Whitney
Tempo de experiência profissional	Pearson	Spearman
Contexto de trabalho	ANOVA one-way	Kruskal Wallis
Formação em ESF	t-Student	Mann-Whitney

Tratando-se de um estudo transversal, não foram realizados nem seguimento nem intervenção.

#### 4.4.9 - Limitações e possíveis vieses do estudo

Muitas vezes percebemos que, relativamente ao conhecimento, as coisas não são tão simples como se apresentam e também a procura de conhecimento científico por parte dos investigadores, tal como toda a atividade humana, é marcada pelas necessidades, valores, cultura e experiência (Vilelas, 2022).

Dado que o estudo foi realizado apenas aos estudantes dos cursos da ESSLei, não se pode extrapolar os resultados para todo o país, sendo este estudo limitado a esta escola e influenciado pela cultura local e conteúdos programáticos lecionados.

Se o instrumento de colheita de dados fosse apenas aplicado de forma online e divulgado a partir do email oficial da escola, poderia verificar-se baixa adesão dos participantes. Por esse motivo, e para minimizar este risco, foi também realizada promoção à participação junto dos delegados de turma de cada curso de mestrado e aplicado presencialmente na escola com a colaboração de diversos professores.

Verificando-se uma baixa adesão, a amostra acaba por não ser aleatória sendo que os não participantes podem ter características diferentes dos participantes.

O efeito Hawthorne refere que os participantes têm a tendência de modificarem os seus hábitos ou respostas quando são objeto de estudo, o que pode influenciar os resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados (Duarte, Gonçalves e Sequeira, 2022).

Poderá, também, estar presente o Viés da Desejabilidade Social.

#### **4.4.10 – Considerações éticas**

A ética assume uma particular relevância na investigação em saúde, sendo essencial que os estudos respeitem os direitos consagrados das pessoas (assim com a sua dignidade, o direito de tomarem uma decisão livre e informada) e justificarem a necessidade da sua realização (Deodato, 2022).

Ao realizar um trabalho de investigação é necessário respeitar os seguintes direitos das pessoas (Vilelas, 2022):

- O direito à autodeterminação;
- O direito à intimidade;
- O direito ao anonimato e confidencialidade;
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo;
- O direito a um tratamento justo e equitativo.

A *World Medic Association* (WMA) determinou Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, mais conhecida por Declaração de Helsínquia e que foi popularmente adotada pelas diferentes áreas da saúde. Entre outros, esta declaração exige que os protocolos de investigação sejam submetidos à avaliação por uma comissão de ética para a investigação antes de o estudo se iniciar, assim como a proteção da privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o consentimento informado dos mesmos (WMA, 2013).

Com base nos princípios éticos e legais, foram efetuados diversos procedimentos para a elaboração deste estudo.

O projeto de investigação ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM’ possui autorização da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para aplicação

em todas as escolas superiores de enfermagem do país, datado de 9/11/2021 com o número de parecer P808-10-2021. (ANEXO II)

Foi solicitada autorização ao Diretor da ESSLei para a aplicação do estudo nesta escola a 6/12/2022, tendo sido recebida a autorização a 6/01/2023 (APÊNDICE III). Foi então enviado um email explicativo do estudo e com uma ligação eletrónica para o preenchimento do questionário para os diferentes coordenadores dos cursos de mestrado, para divulgação aos estudantes.

Na primeira página do questionário encontra-se uma contextualização do estudo e a todos os participantes foi solicitado um consentimento informado para a participação neste. A participação no estudo foi voluntária, foi reforçada a ideia de que não existiam respostas corretas ou incorretas (pretendendo-se apenas recolher opiniões/attitudes pessoais) e foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação.

#### 4.5 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Serve este capítulo para organizar os dados obtidos após tratamento de forma prática para um melhor entendimento do fenómeno em estudo. Isto serve para transformar os dados em informação e conhecimento com o recurso à estatística e com recurso a representações por tabelas, quadros e gráficos.

##### 4.5.1 – Classificação da amostra

O questionário foi disponibilizado a toda a população em estudo da qual responderam 71 estudantes dos diferentes mestrados da ESSLei, definindo-se essa como a nossa amostra. Esta amostra corresponde a 53,38% da população de origem, sendo que foram obtidas respostas por parte de 68,97% da população correspondente ao curso de mestrado em ESF e 49,04% dos estudantes dos restantes cursos.

Foi calculada a margem de erro com recurso à calculadora de amostras e margem de erro do programa informático WINPEPI, tendo sido encontrado um valor de 7,97%. Podemos então

dizer que isto significa que existe cerca de 92% de probabilidade de que o conjunto amostral represente adequadamente a população da qual se extraiu (Vilelas, 2022).

A idade dos participantes varia entre os 25 e os 58 anos de idade, verificando-se uma média de idades de 38 anos com um desvio padrão de 8,53, conforme se pode observar na tabela 6.

**Tabela 6:** Descrição da amostra segundo a idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Idade dos participantes</b> (em anos)	71	25	58	38,3	8,53

A maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto (60,6%). Dos restantes, 25,4% são solteiros, 12,7% são separados ou divorciados e 1 participante é viúvo (correspondendo a 1,4%). Estas informações encontram-se representadas na tabela 7.

**Tabela 7:** Descrição da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Solteiro(a)	14	25,4
União de facto / Casado(a)	43	60,6
Separado(a) / Divorciado(a)	9	12,7
Viúvo(a)	1	1,4
<b>TOTAL</b>	71	100

Dos estudantes que participaram a grande maioria de 63 enfermeiros (88,7%) tem como escolaridade a licenciatura, 5 (7%) são detentores do grau de mestre, 1 (1,4%) possui um doutoramento e os restantes 2 (2,8%) possuem um outro tipo de formação, tal como evidente na tabela 8.

**Tabela 8:** Descrição da amostra segundo as habilitações académicas

Formação académica	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Licenciatura	63	88,7
Mestrado	5	7,0
Doutoramento	1	1,4
Outro	2	2,8
<b>TOTAL</b>	71	100

Participaram no estudo 3 (4,2%) enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista e 1 (1,4%) enfermeiro gestor, sendo que os restantes participantes possuem o título de enfermeiro, tal como apresentado na tabela 9.

**Tabela 9:** Descrição da amostra segundo o título profissional

Título profissional	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Enfermeiro	67	94,4
Enfermeiro Especialista	3	4,2
Enfermeiro Gestor	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Participaram no estudo 13 estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 20 estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 17 estudantes do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 9 estudantes do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e 12 estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que 44 se encontram no primeiro ano e 27 se encontram no segundo ano dos respetivos cursos. Podemos analisar a descrição detalhada destes resultados na tabela 10.

**Tabela 10:** Descrição da amostra segundo o cruzamento das variáveis mestrado frequentado e ano letivo

		Ano letivo		TOTAL	
		1º ano	2º ano	n	%
<b>Mestrado frequentado</b>	Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	8	5	<b>13</b>	18,57
	Enfermagem de Saúde Familiar	6	14	<b>20</b>	28,17
	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	12	5	<b>17</b>	23,94
	Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	9	0	<b>9</b>	12,68
	Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica	9	3	<b>12</b>	16,90
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>27</b>	71	

Verificou-se também que 4 dos participantes já possuem o grau de enfermeiro especialista atribuído pela OE, sendo que 2 dos participantes são especialistas em Enfermagem Médico-

cirúrgica e 2 participantes possuem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Os restantes participantes não possuem ainda uma especialidade atribuída pela OE, assim como podemos observar na tabela 11.

**Tabela 11:** Descrição da amostra segundo área de especialidade já atribuída pela OE

Área de especialidade já atribuída	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem especialidade anterior	67	94,4
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	2,8
Enfermagem Médico-cirúrgica	2	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

A média de tempo de experiência profissional é de cerca de 15 anos (com um desvio padrão de 8,65), sendo que o tempo mínimo é de 1 ano e o máximo de 35 anos de experiência, tal como podemos observar na tabela 12.

**Tabela 12:** Descrição da amostra segundo o tempo de experiência profissional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Tempo de experiência profissional (em anos)</b>	71	1	35	14,93	8,653

Dos participantes, 33,8% desempenham as suas funções em CSP, 56,3% em CSD e 9,9% em outros contextos de trabalho (tendo sido identificados serviços de cuidados intermédios, saúde ocupacional e RNCCI). A descrição da amostra segundo o contexto de trabalho encontra-se representada na tabela 13.

**Tabela 13:** Descrição da amostra segundo o contexto de trabalho

Contexto de trabalho	Frequência (N)	Percentagem (%)
Cuidados de Saúde Primários (CSP)	24	33,8
Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD)	40	56,3
Lares	0	0
Outros	7	9,9
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Também foi questionado aos participantes se já tinham frequentado formação em ESF e se sim, em que contexto tinham realizado essa formação. Apenas 23 dos participantes (32,39%) referiram que já tinham realizado formação específica sobre ESF, sendo eu 8 referiram ter sido

em contexto académico, 10 em contexto de formação contínua e 5 referiam ter tido formação tanto em contexto académico como em formação contínua, tal como podemos observar na tabela 14.

**Tabela 14:** Descrição da amostra segundo a frequência de formação anterior em ESF

		Frequência de formação em ESF	
		Sim	Não
Tipo de formação em ESF	Formação académica	8	48
	Formação contínua	10	
	Formação académica e formação contínua	5	
<b>TOTAL</b>		<b>23 (32,39%)</b>	<b>48 (67,61%)</b>

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros em estudo face à integração da família nos cuidados de enfermagem, foi utilizada a IFCE-AE. Na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping a amostra obteve um resultado médio de 39,31 (com um desvio padrão de 5,53), variando os scores obtidos entre 26 e 48 pontos (48 sendo a pontuação máxima possível nesta dimensão). Na dimensão Família: Recurso nos cuidados de enfermagem foi obtida uma média de 32,90 (com um desvio padrão de 4,09), variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 40 (novamente sendo 40 o *score* máximo para esta dimensão). Quanto à dimensão Família: fardo, quanto menor o resultado, mais positivas são as atitudes, tendo sido obtido uma média de 8,54 (com um desvio padrão de 2,34), apresentando um mínimo de 4 (a melhor pontuação possível na dimensão) e um máximo de 13. Foi calculada uma média total da IFCE-AE de 80,65 (com um desvio padrão de 8,57) para fins comparativos com outros estudos. Estes resultados encontram-se resumidos na tabela 15.

**Tabela 15:** Descrição da amostra segundo as atitudes dos enfermeiros face à família (IFCE-AE)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Dimensão 1</b> - Família: parceiro dialogante e recurso de coping	71	26	48	39,21	5,63
<b>Dimensão 2</b> - Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	71	23	40	32,90	4,09
<b>Dimensão 3</b> - Família: fardo	71	4	13	8,54	2,34
<b>TOTAL da IFCE-AE</b>	71	63	99	80,65	8,57

Uma vez conhecidos a média e o desvio padrão obtidos e o tamanho da amostra, calculou-se

o intervalo de confiança desta média para um nível de confiança de 95%, através da fórmula

$$CI = \left( \bar{X} - z_c \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}}, \bar{X} + z_c \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right) \quad (4)$$

Para este cálculo foi utilizada a Calculadora de intervalo de confiança para a média (desvio padrão conhecido) disponibilizado pela WINPEPI.

Assim sendo, existe uma probabilidade de 95% de que o valor real da média esteja contido no intervalo entre 78.657 e 82.643.

#### 4.5.2 – Consistência interna, normalidade e homogeneidade

Para avaliar a **consistência interna** da IFCE-AE foi utilizado o teste alfa de Cronbach e cujos resultados se podem verificar na tabela 16.

**Tabela 16:** Resultado do alfa de Cronbach para a escala IFCE-AE

IFCE-AE	Estudo atual	Oliveira <i>et al.</i> , 2011
<b>Dimensão 1</b> Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0,904	0,90
<b>Dimensão 2</b> Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	0,857	0,84
<b>Dimensão 3</b> Família: fardo	0,651	0,49
<b>TOTAL da escala</b>	0,869	0,87

Foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,869 para o total da escala, o que se considera ser um valor aceitável. Também os valores encontrados para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ( $\alpha=0,904$ ) e para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ( $\alpha=0,857$ ) são considerados aceitáveis. Já a dimensão “Família: fardo” apresentou um  $\alpha=0,651$  para um total de 4 itens na escala. Consideram-se estes valores consistentes ao longo do questionário o que facilitará os resultados da análise fatorial (Vilelas, 2022).

O processo de inferência estatística exige que a função de densidade de probabilidade seja conhecida e que a distribuição amostral possa ser estimada (Marôco, 2021).

Para verificar o tipo de **distribuição** da nossa amostra, foram encontrados os valores do teste de Kolmogorov-Smirnov e da sua significância para a distribuição da variável dependente (IFCE-AE total e as suas diferentes dimensões) e que se encontra apresentado na tabela 17.

**Tabela 17:** Resultados do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a variável dependente

IFCE-AE	Teste Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Amostra	Significância (p)
<b>Dimensão 1</b> Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0,088	71	0,200
<b>Dimensão 2</b> Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	0,109	71	0,035
<b>Dimensão 3</b> Família: fardo	0,097	71	0,092
<b>TOTAL da escala</b>	0,081	71	0,200

**Legenda:**  A significância é superior a 0,05;  A significância é inferior a 0,05

Segundo o estabelecido na metodologia, quando a significância é superior a 0,05 assume-se que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal, o que se verifica nas dimensões 1 e 3 e também no total da escala. Por esse motivo poderão ser utilizados métodos paramétricos na análise estatística de associação.

Já a Dimensão Família: Recurso nos cuidados de enfermagem não segue uma distribuição normal pelo que terão de ser utilizados testes não paramétricos na análise estatística.

Foi também realizado o teste de Levene para avaliar a **igualdade das variâncias populacionais** e cujos resultados se encontram na tabela 18.

**Tabela 18:** Resultados do teste de Levene para igualdade de variâncias entre populações

IFCE-AE	Teste com base na:	Teste Levene	
		Estatística	Significância
<b>Dimensão 1</b>	Média	1,577	0,213
	<b>Mediana</b>	1,731	0,193
<b>Dimensão 2</b>	Média	1,827	0,181
	<b>Mediana</b>	1,627	0,206
<b>Dimensão 3</b>	Média	1,910	0,171
	<b>Mediana</b>	1,644	0,204
<b>TOTAL da escala</b>	Média	1,589	0,212
	<b>Mediana</b>	1,722	0,194

**Legenda:**  A significância é superior a 0,05;  A significância é inferior a 0,05

Pela análise dos resultados do teste Levene, baseado na mediana uma vez que a variável dependente não segue uma distribuição normal numa das dimensões, podemos concluir que as amostras são homogéneas tanto para o total da IFCE-AE como para cada uma das suas dimensões.

#### 4.5.3 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a escala IFCE-AE

Para verificar se existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (variáveis contextuais) e os resultados obtidos na IFCE-AE e suas dimensões, foi realizada a análise estatística utilizando o teste que se considerou mais apropriado para cada variável.

Foram aplicados métodos paramétricos tanto para o total da escala IFCE como para as dimensões 1 e 3. Para a dimensão 2 foram aplicados métodos não paramétricos uma vez que esta dimensão não segue uma distribuição normal.

Na tabela 19 podemos analisar os resultados obtidos e que serão descritos de seguida.

**Tabela 19:** Correlação dos dados da IFCE-AE com as variáveis sociodemográficas

	Variável	Teste utilizado	Resultado	Significância
<b>Dimensão 1</b> Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Idade	Pearson	0,306	0,009**
	Estado Civil	ANOVA <i>one-way</i>	1,821	0,152
	Habilitações Académicas	ANOVA <i>one-way</i>	1,094	0,358
	Título Profissional	ANOVA <i>one-way</i>	3,517	0,035*
	Ano letivo no mestrado	t-Student (2)	2,391	0,020*
	Tempo de experiência profissional	Pearson	0,296	0,012*
	Contexto de trabalho	ANOVA <i>one-way</i>	8,122	<0,001***
	Formação em ESF	t-Student (2)	2,950	0,004*
<b>Dimensão 2</b> Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Idade	Spearman	0,248	0,037*
	Estado Civil	Kruskal Wallis	2,184	0,535
	Habilitações Académicas	Kruskal Wallis	3,235	0,198
	Título Profissional	Kruskal Wallis	5,585	0,061
	Ano letivo no mestrado	Mann-Whitney	-1,553	0,120
	Tempo de experiência profissional	Spearman	0,233	0,050*
	Contexto de trabalho	Kruskal Wallis	10,391	0,006**
	Formação em ESF	Mann-Whitney	-2,364	0,018*
<b>Dimensão 3</b> Família: fardo	Idade	Pearson	-0,395	<0,001***
	Estado Civil	ANOVA <i>one-way</i>	1,195	0,318
	Habilitações Académicas	ANOVA <i>one-way</i>	0,956	0,419
	Título Profissional	ANOVA <i>one-way</i>	0,132	0,272
	Ano letivo no mestrado	t-Student (2)	1,415	0,162
	Tempo de experiência profissional	Pearson	-0,334	0,004**
	Contexto de trabalho	ANOVA <i>one-way</i>	6,791	0,002**
	Formação em ESF	t-Student (2)	-2,881	0,005**
<b>TOTAL IFCE-AE</b>	Idade	Pearson	0,209	0,085
	Estado Civil	ANOVA <i>one-way</i>	0,900	0,446
	Habilitações Académicas	ANOVA <i>one-way</i>	1,096	0,357
	Título Profissional	ANOVA <i>one-way</i>	5,512	0,006*
	Ano letivo no mestrado	t-Student (2)	-2,108	0,039
	Tempo de experiência profissional	Pearson	0,206	0,085
	Contexto de trabalho	ANOVA <i>one-way</i>	5,305	0,007**
	Formação em ESF	t-Student (2)	2,288	0,025*

**Legenda:** \* - A correlação é significativa no nível 0,05; \*\* - A correlação é significativa no nível 0,01; \*\*\* - A correlação é significativa no nível 0,001

Para as dimensões 1 e 2, o aumento da **idade** parece traduzir-se em atitudes mais positivas seguindo uma correlação fraca ( $r=0,306$  e  $r=0,248$  respetivamente), sendo esta relação estatisticamente significativa para a dimensão 2 ( $p=0,037$ ) e bastante significativa para a dimensão 1 ( $p=0,009$ ). Na dimensão “Família: fardo” esta fraca correlação ( $r=-0,395$ ) é altamente significativa ( $p<0,001$ ), sendo que os enfermeiros mais jovens tendem a apresentar maiores atitudes negativas perante a presença da família nos cuidados. Para a IFCE-AE total, as diferenças não são estatisticamente relevantes. Conclui-se que a variável idade parece influenciar ligeiramente as atitudes dos enfermeiros face à família das diferentes dimensões da IFCE-AE de forma estatisticamente relevante, mas não o total da escala.

A variável **estado civil** não demonstrou resultados estatisticamente significativos na escala total como nas suas diferentes dimensões, pelo que se conclui que esta variável não influencia as atitudes dos enfermeiros face à família.

As **habilitações académicas** também não apresentaram resultados estatisticamente significativos, sendo que se conclui que não existe associação relevante esta variável e as atitudes dos enfermeiros.

Após análise estatística, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão 1 e na escala total relativamente ao **título profissional**. Contudo a ANOVA não nos diz diretamente qual a diferença e não foi aplicado o teste *Post-hoc* HSD de Tukey uma vez que uma das populações (“Enfermeiro gestor”) apresenta apenas um caso. Da avaliação direta efetuada, a maior diferença de médias verificadas foi entre o “Enfermeiro Gestor” e o grupo “Enfermeiro” tanto para a escala total como para cada uma das suas dimensões. Para as dimensões 2 e 3 as diferenças não foram estatisticamente significantes.

Relativamente ao **ano letivo frequentado** pelos estudantes, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão 1 ( $p=0,02$ ), sendo que a média dos estudantes que se encontram no primeiro ano do curso ( $\bar{x}=38$ ) é inferior à média dos estudantes do segundo ano ( $\bar{x}=41$ ). Conclui-se então que na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” os estudantes que frequentam o segundo ano do seu mestrado na ESSLei assumem maiores atitudes de suporte à família em relação aos estudantes que frequentam o primeiro ano do mestrado.

A título de curiosidade foram comparadas as médias dos estudantes do mestrado em ESF dos 1º e 2º anos letivos e cujos resultados se encontram na tabela 20.

**Tabela 20:** Distribuição de médias por dimensão da IFCE-AE por ano letivo frequentado

	Estudantes do 1º ano			Estudantes do 2º ano		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Dimensão 1	6	42,83	5,60	14	43,07	3,71
Dimensão 2		35,50	3,78		35,43	2,62
Dimensão 3		6,17	1,60		7,00	1,71
<b>TOTAL IFCE-AE</b>		84,50	8,73		85,50	5,56

Da análise da tabela anterior, não se verificam diferenças significativas entre as médias obtidas para cada grupo, contudo verifica-se que o desvio padrão no grupo dos enfermeiros do 2º ano é inferior à dos enfermeiros do 1º ano, o que parece evidenciar que as respostas dos enfermeiros do segundo ano são mais constantes. De notar que houve um baixo número de respostas dos estudantes do primeiro ano (N=6) pelo que não é possível retirar conclusões fidedignas destes dados,

O **tempo de experiência profissional** parece influenciar as diferentes dimensões da escala sendo que tanto para a dimensão 1 ( $p=0,012$ ) como para a dimensão 2 ( $p=0,05$ ) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas numa relação positiva fraca ( $r=0,296$ ) para a dimensão 1 (as atitudes são mais elevadas com o aumento dos anos de experiência) e uma correlação praticamente insignificante para a dimensão 2 ( $r=0,233$ ). Foram encontradas diferenças fracas ( $r=-0,334$ ) mas bastante significativas para a dimensão 3 ( $p=0,004$ ), sendo essa relação inversa (o aumento do número de anos reduz as atitudes negativas perante a família). Para o total da escala a diferença estatística não se demonstrou relevante. Conclui-se, então, que o tempo de experiência profissional parece melhorar ligeiramente as atitudes dos enfermeiros nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família: fardo”.

Também o **contexto de trabalho** demonstrou ter influência estatística nas atitudes dos enfermeiros nas 3 dimensões da escala, sendo esta altamente significativa para a dimensão 1 ( $p<0,001$ ) e bastante significativa para as dimensões 2 ( $p=0,006$ ) e 3 ( $p=0,002$ ), assim como para o total da escala ( $p=0,007$ ). De forma a perceber as diferenças entre grupos, foram realizados e analisados testes *Post-hoc*, tendo sido utilizado o teste HSD de Tukey para as dimensões 1 e 3 e escala total e o teste de Median para a dimensão 2. Da análise dos resultados torna-se evidente que as diferenças estatísticas encontradas na dimensão 1

ocorrem entre os enfermeiros que desempenham funções em unidades de CSP em relação aos que desempenham funções em unidades de CSD ( $p < 0,001$ ), sendo que as atitudes dos enfermeiros são mais favoráveis em CSP, enquanto que as diferenças observadas entre os restantes contextos de trabalho não são estatisticamente significativas. Na dimensão 2, e de acordo com o Método Pairwise, as atitudes dos enfermeiros em CSP são estatisticamente diferentes das atitudes dos enfermeiros em CSD ( $p = 0,01$ ), sendo mais positivas para os enfermeiros em CSP, não se observando diferenças significantes entre os restantes grupos. Também na dimensão 3 as diferenças estatisticamente relevantes ( $p = 0,002$ ) foram encontradas entre os enfermeiros de CSP e de CSD, sendo que os enfermeiros em CSD demonstram maior visão da família como um fardo. Finalmente, no total da escala foram encontradas diferenças significativas entre os enfermeiros em CSP e CSD ( $p = 0,005$ ), sendo que os resultados são mais elevados nos enfermeiros em CSP. Conclui-se então que os enfermeiros que desempenham funções em unidades de CSP demonstram maiores atitudes de suporte à família (sendo estas altamente significativas para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e bastante significativa para as dimensões “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem”), menores atitudes negativas perante a dimensão “Família: fardo” (estatisticamente bastante significativa) e também um resultado maior e estatisticamente bastante significativo no total da IFCE-AE em relação aos enfermeiros que prestam cuidados em unidades de CSD.

Os enfermeiros que frequentaram **formação na área de saúde familiar** (seja ela em contexto académico, formação contínua ou de outro tipo) demonstram resultados mais positivos tanto na escala total como nas suas diferentes dimensões. Na dimensão 1 essa diferença é bastante significativa ( $p = 0,004$ ), tendo os enfermeiros com formação em ESF obtido uma média de 41,913 enquanto os enfermeiros sem formação em ESF obtiveram uma média de 37,917. Na dimensão 2 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,018$ ) entre os dois grupos, tendo o teste Mann-Whitney encontrado um posto médio de 44,33 para os enfermeiros com formação em ESF e de 32,01 para os enfermeiros sem este tipo de formação. Para a dimensão 3 os enfermeiros com formação em ESF obtiveram uma média de 7,435 enquanto os enfermeiros sem formação obtiveram uma média de 9,026, sendo esta uma diferença estatística bastante significativa ( $p = 0,005$ ). Por fim, também na escala total foi encontrada uma diferença significativa ( $p = 0,025$ ), sendo que os enfermeiros com formação

obtiveram uma média ( $\bar{x}=83,913$ ) mais elevada do que os enfermeiros sem formação ( $\bar{x}=79,083$ ). Conclui-se então que a formação em ESF aumenta as atitudes de suporte referentes às dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem” e diminui as atitudes negativas referentes à dimensão “Família: fardo” de forma estatisticamente significativa, o que se reflete também no total da IFCE-AE.

#### 4.5.4 – Caracterização das atitudes dos enfermeiros que frequentam um mestrado em ESF face à integração das famílias nos cuidados

Um dos objetivos deste estudo é caracterizar as atitudes dos enfermeiros que frequentam um mestrado em ESF face à integração das famílias nos cuidados.

Na tabela 21 podemos encontrar os resultados da estatística descritiva da IFCE-AE, e suas dimensões, aplicada aos nossos 2 grupos em investigação: estudantes do mestrado em ESF e estudantes dos restantes cursos de mestrado em Enfermagem da ESSLei.

**Tabela 21:** Descrição das atitudes dos enfermeiros face à família por grupo em comparação

		Mestrado ESF	Outros Mestrados	Total da amostra
<b>Dimensão 1</b> Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	N	20	51	71
	$X_{\min}$	35	26	26
	$X_{\max}$	48	48	48
	Mediana	44	38	40
	$\bar{x}$	43,00	37,73	39,21
	$s'$	4,21	5,44	5,63
<b>Dimensão 2</b> Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	N	20	51	71
	$X_{\min}$	30	23	23
	$X_{\max}$	40	40	40
	Mediana	36,50	31	33
	$\bar{x}$	35,45	31,90	32,90
	$s'$	2,91	4,08	4,09
<b>Dimensão 3</b> Família: Fardo	N	20	51	71
	$X_{\min}$	4	5	4
	$X_{\max}$	10	13	13
	Mediana	7,00	9,00	9
	$\bar{x}$	6,75	9,24	8,54
	$s'$	1,68	2,20	2,34
<b>TOTAL IFCE-AE</b>	N	20	51	71
	$X_{\min}$	70	63	63
	$X_{\max}$	93	99	99
	Mediana	87,50	78	81
	$\bar{x}$	85,20	78,86	80,64
	$s'$	6,44	8,69	8,57

Já na tabela 22 podemos encontrar os resultados da estatística descritiva da IFCE-AE comparativamente aos diferentes cursos de mestrado em enfermagem lecionados na ESSLei,

**Tabela 22:** Descrição das atitudes dos enfermeiros face à família por mestrado

		Saúde Familiar	Saúde Comunitária e Saúde Pública	Pessoa em Situação Crítica	Pessoa em Situação Paliativa	Saúde Mental e Psiquiátrica
<b>Dimensão 1</b> Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	N	20	13	17	9	12
	$X_{\min}$	35	28	26	30	26
	$X_{\max}$	48	47	46	48	48
	$\bar{x}$	43,00	38,69	35,00	38,89	39,21
	$s'$	4,21	5,59	4,92	5,82	5,63
<b>Dimensão 2</b> Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	N	20	13	17	9	12
	$X_{\min}$	30	25	23	27	26
	$X_{\max}$	40	38	36	40	38
	$\bar{x}$	35,45	31,62	30,12	32,78	34,08
	$s'$	2,91	3,71	3,48	5,12	2,35
<b>Dimensão 3</b> Família: Fardo	N	20	13	17	9	12
	$X_{\min}$	4	5	5	7	5
	$X_{\max}$	10	13	12	12	13
	$\bar{x}$	6,75	9,00	9,59	9,67	8,67
	$s'$	1,68	2,31	2,35	1,58	2,35
<b>TOTAL IFCE-AE</b>	N	20	13	17	9	12
	$X_{\min}$	70	65	63	67	70
	$X_{\max}$	93	93	87	99	95
	$\bar{x}$	85,20	79,31	74,71	81,33	82,42
	$s'$	6,44	8,11	7,10	11,47	7,56

Da análise dos resultados, podemos observar que os enfermeiros que frequentam um curso de mestrado em ESF apresentam resultados muito favoráveis face ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem em todas as dimensões da IFCE-AE quando comparados aos resultados obtidos pelos enfermeiros dos outros cursos.

Na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, foi encontrado um valor mínimo de 20 e um valor máximo de 35. Ambos estes resultados se verificam mais positivos em ESF do que em todos os restantes cursos de mestrado em enfermagem lecionados na ESSLei. Também em ESF a média desta dimensão ( $\bar{x}=43$ ) é mais elevada do que a soma dos restantes mestrados ( $\bar{x}=37,73$ ) e a mais elevada entre os diferentes cursos, sendo seguida do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ( $\bar{x}=38,81$ ), Enfermagem à Pessoa em situação Paliativa ( $\bar{x}=38,89$ ), Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública ( $\bar{x}=38,69$ ) e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ( $\bar{x}=35$ ), respetivamente.

Na dimensão “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem”, os resultados das médias dos diferentes cursos de mestrado em Enfermagem são semelhantes, mantendo-se a mesma ordem decrescente, sendo o resultado mais alto em ESF ( $\bar{x}=35,45$ ), seguido do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ( $\bar{x}=34,08$ ), Enfermagem à Pessoa em situação Paliativa ( $\bar{x}=32,78$ ), Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública ( $\bar{x}=31,62$ ) e por fim Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ( $\bar{x}=30,12$ ). O valor mínimo encontrado em ESF (30) é o mais alto de entre as diferentes áreas de especialidade nesta dimensão, sendo que também o valor máximo (40) é o mais elevado, mas partilhado com o mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. A mediana encontrada no grupo ESF (36,5) é superior à encontrada nos grupos “outros mestrados” (31).

Por outro lado, na dimensão “Família: fardo” os enfermeiros que frequentam o mestrado de ESF apresentam tanto os valores mínimo (4), máximo (10) e de média (6,75) mais baixos quando comparados aos restantes mestrados, o que demonstra que, na sua perceção, a presença de membros da família não dificulta o seu trabalho nem são fatores geradores de ansiedade, demonstrando interesse à presença das famílias e não os entendendo como fardo. Nesta dimensão, as médias mais elevadas (com maior perceção de família como um fardo) referem-se, respetivamente, ao mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa ( $\bar{x}=9,67$ ), Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ( $\bar{x}=9,59$ ), Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública ( $\bar{x}=9$ ) e por fim ao mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ( $\bar{x}=8,67$ ).

Quando comparados os resultados obtidos no total da IFCE-AE pelos participantes, podemos observar que a média de ESF é superior ( $\bar{x}=85,2$ ) à encontrada no grupo “outros mestrados” ( $\bar{x}=78,86$ ) mas os valores máximo e mínimos correspondem aos mestrados de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica e Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa respetivamente.

De acordo com os critérios estabelecidos anteriormente na metodologia, podemos concluir que os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF na ESSLei dão muita importância à presença da família nos cuidados de enfermagem, adotando atitudes muito positivas.

Também os enfermeiros que frequentam os mestrados de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Públicas, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica dão muita importância à família e assumem atitudes muito positivas. Apenas os

enfermeiros no mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica apresentam resultados de atitude positiva, dando também importância à família, mas num escalão inferior.

#### **4.5.5 – Efeito da frequência de um mestrado de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar nas atitudes dos enfermeiros face à família**

No capítulo anterior verificámos que existem diferenças nas medidas de localização e de dispersão entre os enfermeiros que frequentam o Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF e os enfermeiros que frequentam mestrados nas restantes áreas de especialidade lecionadas na ESSLei. Neste capítulo procuraremos testar as nossas hipóteses para poder dar resposta às questões de investigação.

**H<sub>1</sub>** – Verifica-se diferença entre as atitudes dos enfermeiros (nas dimensões de família parceiro dialogante e recurso de coping, como recurso nos cuidados de enfermagem e como fardo) em formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar e as atitudes dos enfermeiros em formação especializada nas restantes áreas de Enfermagem.

Para verificar a hipótese foi utilizado o teste t-Student para duas amostras independentes para as dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família fardo”, uma vez que estas cumprem os requisitos de aplicação de testes paramétricos e o teste Mann-Whitney para a dimensão “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem” tendo em conta que esta dimensão não segue uma distribuição normal e é, portanto, necessária a aplicação de testes não paramétricos.

Podemos analisar a estatística descritiva relativamente à dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” na tabela 23.

**Tabela 23:** Estatística descritiva relativamente à dimensão 1

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Erro Padrão da Média</b>
<b>Estudantes do mestrado em ESF</b>	20	43,0000	4,205	0,940
<b>Estudantes dos outros mestrados</b>	51	37,7255	5,445	0,763

Já na tabela 24 podemos analisar os resultados do teste de Levene e do teste t-Student.

**Tabela 24:** Resultados do teste de Levene e do teste t-Student para a dimensão 1

	Levene		t-Student				I.C. a 95%	
	Z	p	t	p	Diferença média	Erro-Padrão da diferença	Inferior	Superior
Variâncias iguais assumidas	1,577	0,213	3,895	<0,001	5,275	1,354	2,57	7,98
Variâncias iguais não assumidas			4,357	<0,001	5,275	1,211	2,84	7,71

Uma vez que as variâncias são homogéneas ( $p=0,213$ ), utilizámos o teste t-Student que assume variâncias iguais. Os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF apresentam uma média na dimensão 1 da IFCE-AE de 43 (erro padrão=0,94) enquanto que os enfermeiros que frequentam os restantes mestrados da ESSLei apresentaram uma média de 37,73 (erro padrão=0,76). De acordo com o teste t-Student as diferenças observadas entre as atitudes médias para os dois grupos são altamente significativas ( $t= 3,895$ ;  $p<0,001$ ). Com isto conclui-se que existe diferença entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam o mestrado em ESF e dos enfermeiros que frequentam mestrados nas restantes áreas para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”.

Conforme comprovámos anteriormente, os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF apresentam uma média ( $\bar{x}=43$ ) superior à encontrada nos enfermeiros que frequentam os restantes mestrados ( $\bar{x}=37,73$ ).

Para determinar a dimensão deste efeito foram calculados o  $d$  de Cohen e o  $g^*$  de Hedges e cujos resultados podemos analisar na tabela 25.

**Tabela 25:** Resultados do  $d$  de Cohen e do  $g^*$  de Hedges para a dimensão 1 da IFCE-AE

	$r^2$	Estimativa de ponto	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
<b>d de Cohen</b>	5,133	1,028	0,479	1,569
<b><math>g^*</math> de Hedges</b>	5,190	1,016	0,474	1,552

Da análise dos resultados podemos concluir que tanto como o  $d$  de Cohen ( $d=1,028$ ) como o  $g^*$  de Hedges ( $g^*=1,016$ ) são superiores a 1 o que demonstra uma muito elevada dimensão de efeito. O sinal positivo destas estatísticas indica que a média do grupo “mestrado em ESF”

é maior do que a média do grupo “outros mestrados”. Podemos verificar ainda que d apresenta um intervalo de confiança a 95% de ]0,479; 1,569[. Assim sendo, em 100 estudos semelhantes seria expectável quem em 95% desses estudos a dimensão do efeito fosse de média (0,479) a muito elevada (1,569). Como o 0 não pertence ao intervalo de confiança, podemos afirmar que a dimensão do efeito é significativamente diferente de 0.

Podemos então concluir que as atitudes de suporte face à dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade com uma muito elevada dimensão de efeito, comprovando que as atitudes de suporte face à dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade.

A hipótese de que as atitudes dos enfermeiros face à dimensão 2 são diferentes entre o mestrado em ESF e os outros mestrados foi avaliada pelo teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney para  $\alpha=0,05$ .

Na tabela 26 podemos verificar o posto médio obtido para cada um dos grupos.

**Tabela 26:** Posto médio e soma de classificações encontrado para cada grupo

	N	Posto médio	Soma de classificações
<b>Estudantes do mestrado em ESF</b>	20	48,95	979
<b>Estudantes dos outros mestrados</b>	51	30,92	1577
<b>TOTAL</b>	71		

E na tabela 27 podemos analisar os resultados obtidos no teste Wilcoxon-Mann-Whitney das nossas amostras para a dimensão 2 da IFCE-AE.

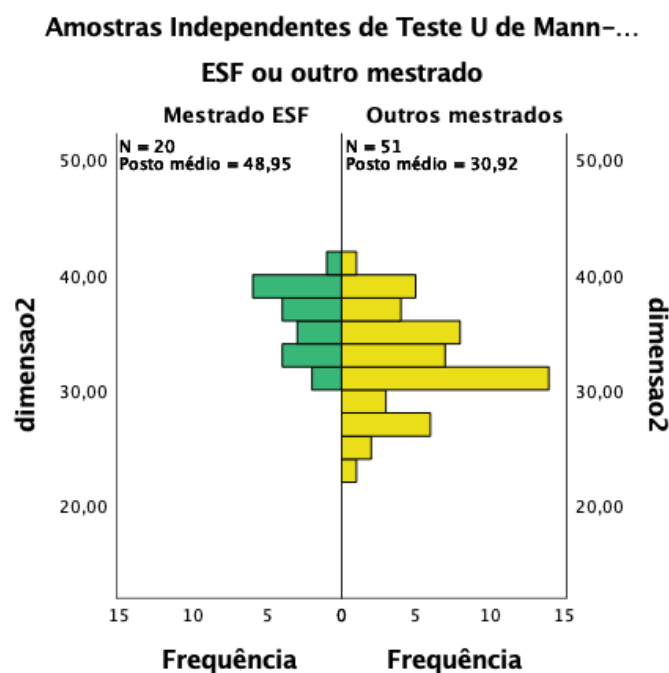
**Tabela 27:** Resultados do teste Wilcoxon-Mann-Whitney

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Erro padrão	Z	Significância (p)
<b>Dimensão 2 - Família: Recurso nos cuidados de enfermagem</b>	769	979	77,876	3,326	<b>&lt;0.001</b>

Como podemos analisar nas tabelas anteriores, os estudantes que frequentam o mestrado em ESF apresentam resultados mais elevados (posto médio de 48,95) do que os enfermeiros das restantes áreas de especialização (posto médio de 30,92) sendo que as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Conclui-se, então, que existe diferença entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam o mestrado em ESF e dos enfermeiros que frequentam mestrados nas restantes áreas para a dimensão “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem”.

Como já vimos anteriormente, os estudantes que frequentam o mestrado em ESF apresentam resultados mais elevados (posto médio=48,95) do que os enfermeiros das restantes áreas de especialização (posto médio=30,92), o que podemos confirmar no gráfico 1.

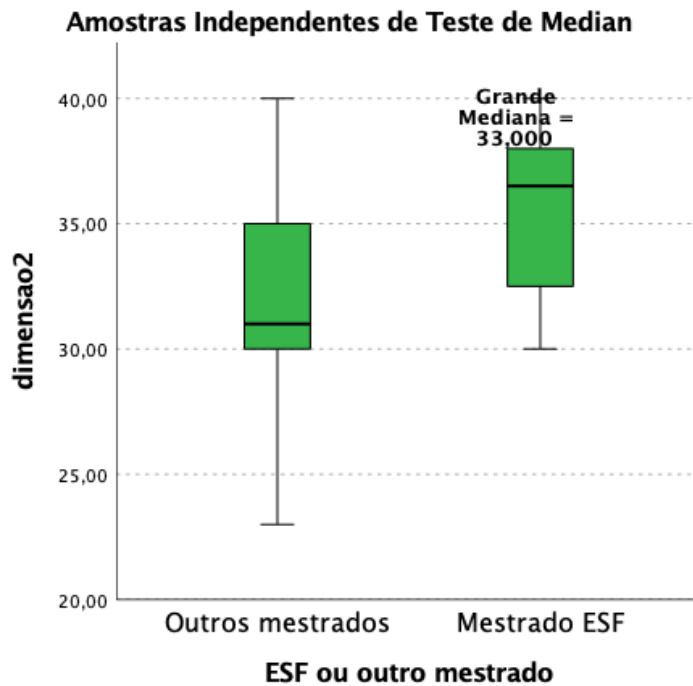
**Gráfico 1:** Frequências e posto médio da dimensão 2



**Fonte:** SPSS Statistics

O gráfico 2 ilustra a distribuição dos scores das atitudes dos enfermeiros face à família para a dimensão 2 nos 2 grupos de estudantes através de um diagrama de extremos e quartis (*boxplots*).

**Gráfico 2:** Diagrama de extremos e quartis dos scores das atitudes dos estudantes para a dimensão 2 da IFCE-AE



Fonte: SPSS Statistics

Da análise do gráfico podemos identificar que, apesar do valor máximo ser igual para os dois grupos, o valor mínimo encontrado é bastante inferior nos estudantes dos outros mestrados que não ESF. A caixa central (que inclui 50% dos dados centrais) encontra-se num valor mais elevado para os estudantes de ESF e inclusivamente a sua mediana situa-se acima do 3º quartil dos enfermeiros dos outros mestrados. Verifica-se ainda um enviesamento da simetria dos scores dos estudantes de ESF para valores mais elevados e dos estudantes dos restantes cursos para valores mais baixos.

Demonstrados resultados mais positivos na dimensão 2 para os estudantes do mestrado em ESF em relação aos restantes mestrados, foram calculadas as fórmulas identificadas na metodologia para determinar a dimensão do efeito para o teste Mann-Whitney e cujos resultados podemos consultar na tabela 28.

**Tabela 28:** Resultados para  $d$ ,  $r$  e linguagem comum para a dimensão 2 da IFCE-AE

Fórmula calculada	$d$	$r$	Probabilidade
Resultado obtido	0,51	0,39	75,4%

Da análise destes resultados podemos encontrar um  $d=0,51$  com um valor positivo, o que indica que o grupo “Mestrado ESF” apresenta valores superiores ao grupo “Outros mestrados” e aparenta ser um valor médio (nem alto nem baixo).

Foi encontrado um valor de  $r = 0,39$ , o que corresponde a uma classificação de média dimensão de efeito.

Segundo a fórmula relativa à probabilidade, podemos afirmar que provavelmente 75,4% dos estudantes do mestrado em ESF apresentam melhores resultados na dimensão 2 relativamente aos estudantes das restantes áreas de especialidade.

Conclui-se então que as atitudes de suporte dos face à dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” dos mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade em provavelmente 75,4% dos casos, sendo a dimensão do efeito considerada média.

Para avaliar a significância da diferença entre as atitudes dos enfermeiros do curso de mestrado em ESF e os enfermeiros dos restantes cursos de mestrado para a **dimensão “Família: fardo”** foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes considerando-se diferenças entre as médias estatisticamente significantes para  $p$  igual ou inferior a 0,05.

Na tabela 29 podemos observar a estatística descritiva para os dois grupos em análise.

**Tabela 29:** Estatística descritiva da dimensão 3

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Estudantes do mestrado em ESF	20	6,750	1,682	0,376
Estudantes dos outros mestrados	51	9,235	2,196	0,308

Na tabela 30 podemos analisar os resultados do teste de Levene e do teste t-Student para a dimensão 3 da IFCE-AE.

**Tabela 30:** Resultados do teste de Levene e do teste t-Student para a dimensão 3

	Levene		t-Student				I.C. a 95%	
	Z	p	t	p	Diferença média	Erro-Padrão da diferença	Inferior	Superior
Variâncias iguais assumidas	1,910	0,171	-4,556	<0,001	-2,485	0,545	-3,57	-1,40
Variâncias iguais não assumidas			-5,116	<0,001	-2,485	0,486	-3,46	-1,51

Os enfermeiros que frequentam o curso de ESF apresentaram uma média de 6,67 (SEM=0,376) enquanto que a média dos restantes cursos é de 9,235 (SEM=0,308). De acordo com o teste t-Student (assumindo variância iguais uma vez que  $p$  de Levene=0,171), as diferenças observadas entre as atitudes médias dos dois grupos são altamente significativas ( $t = -4,556$ ;  $p < 0,001$ ). Conclui-se assim que existe diferença entre as atitudes dos enfermeiros que frequentam o mestrado em ESF e dos enfermeiros que frequentam mestrados nas restantes áreas para a dimensão “Família: Fardo”.

Já encontrámos anteriormente que os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF apresentam uma média ( $\bar{x}=6,75$ ) inferior à encontrada nos enfermeiros que frequentam os restantes mestrados ( $\bar{x}=9,235$ ) para a dimensão 3 da IFCE-AE.

Foram então calculados o  $d$  de Cohen e o  $g^*$  de Hedges para determinar a dimensão deste efeito e cujos resultados podemos analisar na tabela 31.

**Tabela 31:** Resultados do  $d$  de Cohen e do  $g^*$  de Hedges para a dimensão 3 da IFCE-AE

	$r^2$	Estimativa de ponto	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
<b>d de Cohen</b>	2,067	-1,202	-1,753	-0,644
<b><math>g^*</math> de Hedges</b>	2,196	-1,132	-1,734	-0,637

Da análise dos resultados podemos concluir que tanto como o  $d$  de Cohen ( $d=-1,202$ ) como o  $g^*$  de Hedges ( $g^*=-1,132$ ) são superiores a 1 o que demonstra uma muito elevada dimensão de efeito. O sinal negativo destas estatísticas indica que a média do grupo “mestrado em ESF” é inferior à média do grupo “outros mestrados”. Podemos verificar ainda que  $d$  apresenta um intervalo de confiança a 95% de  $]-1,753; -0,644[$ . Assim sendo, em 100 estudos semelhantes seria expectável quem em 95% desses estudos a dimensão do efeito fosse de elevada (0,644) a muito elevada (1,753).

Podemos concluir que as atitudes negativas face à dimensão “Família: fardo” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são inferiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade com uma muito elevada dimensão de efeito, assumindo os enfermeiros em ESF menores atitudes negativas face à presença das famílias nos cuidados de enfermagem.

Uma vez verificadas diferenças estatisticamente significativas para as 3 dimensões da IFCE-AE, entre os enfermeiros que frequentam o mestrado em ESF e os enfermeiros que frequentam os restantes cursos de mestrado em Enfermagem na ESSLei, rejeitamos a hipótese nula, confirmando-se a hipótese em estudo.

#### 4.6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A utilização de evidência para fundamentar as nossas ações é uma maneira de melhorar o desempenho do sistema de saúde. Contudo, nem toda a evidência é robusta e confiável sendo necessário que os enfermeiros identifiquem a melhor evidência disponível, que a saibam utilizar no seu dia-a-dia sob a forma de conhecimento, utilizando ao mesmo tempo a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local (OE, 2017).

Neste capítulo iremos discutir e interpretar os resultados obtidos, comparando-os com resultados de outras investigações e com o conhecimento já existente de forma a confirmar ou não as conclusões apresentadas. Assim sendo, iremos proceder inicialmente à análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros estudados e, com base nos dados apresentados e tendo presente a revisão bibliográfica realizada, serão analisados os resultados obtidos atendendo às questões de investigação colocadas.

##### 4.6.1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis contextuais e suas possíveis influencias nos resultados

A **idade** dos participantes deste estudo varia entre os 25 e os 58 anos de idade, verificando-se uma média de idades de 38 anos (desvio padrão de 8,53). Em 2020, 71,7% dos enfermeiros portugueses tinham entre 31 e 60 anos de idade (INE, 2020) sendo que em 2022 a faixa etária com maior representatividade de enfermeiros no nosso país correspondia a 36-40 anos, seguida das faixas 31-35 e 41-45 anos de idade (OE, 2022). A média de idades dos participantes que validaram a IFCE-AE para a população portuguesa era de  $\bar{x}=35,8$  (Oliveira *et al.*, 2011).

Parece-nos, então, que a nossa amostra se enquadra dentro das faixas etárias com maior representatividade a nível nacional.

Concluiu-se neste estudo que a variável idade parece influenciar ligeiramente as atitudes dos enfermeiros face à família das diferentes dimensões da IFCE-AE de forma estatisticamente relevante, mas não para o total da escala. A existência de significância nas dimensões da IFCE-AE é contrária ao encontrado na maioria dos estudos pesquisados na RSL (Fernandes *et al.*, 2017; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2011; Bértolo, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013). Apesar de não serem estatisticamente relevantes, os resultados encontrados para a dimensão 3 nestes estudos são coincidentes com o estudo atual, sendo que os enfermeiros mais jovens são os que apresentam maiores scores na dimensão “Família: Fardo” (Tavares, 2017; Silva, 2021; Santa, 2014; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2013).

Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos participantes deste estudo (60,6%) são casados ou vivem em união de facto, resultados semelhantes ao encontrados em todas as amostras dos estudos analisados na RSL em que a maioria dos enfermeiros são casados ou em união de facto. No nosso estudo, o estado civil não demonstrou resultados estatisticamente relevantes na escala total como nas suas diferentes dimensões tal como aconteceu em outros estudos onde a associação entre estas variáveis foram estudadas (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Santa, 2014). Assumimos, então, que a variável “estado civil” não influencia as atitudes dos enfermeiros face à família.

Tratando-se este de um estudo em que a população se refere a enfermeiros que se encontram atualmente a realizar um mestrado em Enfermagem, naturalmente que o resultado “licenciatura” foi muito significativo (correspondendo a 88,7% dos participantes) no que se refere às **habilitações académicas**. Também o anuário estatístico da OE (2022) identifica o grau académico de licenciatura como o mais frequente com uma média de 77,2% dos enfermeiros portugueses a possuírem estas habilitações. No estudo de Oliveira *et al.* (2011), também o grau licenciatura foi predominante (83,8%).

Concluiu-se no presente estudo que as habilitações académicas também não apresentaram resultados estatisticamente significativos de associação com as atitudes dos enfermeiros face IFCE-AE, o que também se sucedeu na maioria dos estudos pesquisados (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Bértolo, 2017; Silva, 2021; Santa, 2014). Por outro lado, em 2 dos estudos analisados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Francisco, 2017;

Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020), sendo que os enfermeiros com grau de licenciatura parecem apresentar scores mais elevados na dimensão “Família: Fardo” (Francisco, 2017) e os enfermeiros com grau de mestre demonstraram resultados mais positivos tanto nas diferentes dimensões como na IFCE-AE total (Francisco, 2017). Considerando que os resultados obtidos neste estudo são coincidentes com os resultados encontrados na grande maioria dos estudos analisados, iremos assumir que a influência do grau académico nas atitudes dos enfermeiros face à importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem é residual, não se verificando esta de significativa importância para a análise dos dados.

94,4% dos participantes possuem o **título profissional** de “Enfermeiro”, sendo que apenas 3 dos inquiridos possui o título de “Enfermeiro especialista” e 1 o título de enfermeiro gestor. Estes resultados parecem adequar-se ao tipo de população em curso, sendo que estes enfermeiros se encontram a frequentar um curso de mestrado em Enfermagem e que é requisito para a atribuição do grau de enfermeiro especialista de acordo com as atuais orientações da OE. Verificou-se apenas 1 participante no grupo “Enfermeiro gestor” e também o grupo “Enfermeiro especialista” possui uma muito baixa representatividade com apenas 3 elementos. Por este motivo, e apesar de encontrada diferença estatística significativa entre os grupos ( $p=0,035$ ) para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”, não poderemos afirmar com segurança de que essa relação existe e se tem impacto na variável dependente. Para esta decisão também corrobora o facto de que em praticamente todos os estudos analisados não foram encontrados diferenças estatisticamente significativas (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021). O único estudo em que foram encontradas diferenças significativas (Francisco, 2017) concluiu que a categoria de enfermeiro chefe apresentou melhores resultados nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e a categoria Enfermeiro melhor resultado na dimensão “Família: fardo”.

Em Portugal, 29,77% dos enfermeiros possuem o título de especialista atribuído pela OE, dos quais apenas 258 enfermeiros (1,06%) possuem a especialidade de ESF (OE, 2022).

Participaram neste estudo 13 estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 20 estudantes do Mestrado em ESF, 17 estudantes do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 9 estudantes do Mestrado em Enfermagem à

Pessoa em Situação Paliativa e 12 estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que destes 2 enfermeiros já possuem o grau de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 2 em Enfermagem Médico-cirúrgica atribuído pela OE.

Os cursos de mestrado em enfermagem são compostos por 2 anos letivos, tendo sido a variável “**ano letivo frequentado**” apenas estudada nesta investigação de forma contextual. Foi encontrado que os estudantes que frequentam o segundo ano do seu mestrado na ESSLei assumem maiores atitudes de suporte à família em relação aos estudantes que frequentam o primeiro ano do mestrado para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”. Parece natural que para o mestrado em ESF, à medida que os estudantes avancem no Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária (OE, 2021), as suas atitudes perante a importância de integração das famílias nos cuidados de enfermagem e a visão de família como unidade de cuidados também aumente. Contudo, não foi possível retirar conclusões sobre esta presunção dada a baixa participação dos estudantes do primeiro ano letivo neste estudo, o facto de não se terem encontrado diferenças consideráveis nas médias de resposta e de que a componente teórica do curso já se encontrar em fase avançada no primeiro ano letivo quando o questionário foi aplicado. Seria interessante a realização de um estudo de investigação longitudinal sobre a evolução das atitudes dos enfermeiros face à família ao longo de todo o ciclo de estudos do mestrado em ESF.

Por outro lado, já a o **tempo de experiência profissional** demonstrou, neste estudo, influenciar as diferentes dimensões da escala tendo sido identificadas diferenças estatisticamente significantes. Este resultado é contraditório ao encontrado na grande maioria dos estudos analisados anteriormente (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013). O tempo médio de experiência profissional da nossa amostra é de 14,93 (desvio padrão de 8,653), não diferindo muito da média encontrada por Oliveira *et al.* (2011) (M=12,9; DP=10) no estudo que valida a IFCE-AE em Portugal. À semelhança da variável “idade”, também o tempo de experiência profissional parece aumentar os scores das dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”

(Tavares, 2017; Francisco, 2017; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020) e diminuir o score para a dimensão “Família: Fardo” (Tavares, 2017). Foram também encontrados resultados contrários, mas estatisticamente não significativos em 2 estudos (Caria, 2022; Santa, 2015). Para o total da escala a diferença estatística não se demonstrou relevante à semelhança dos estudos analisados (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2017; Bértolo, 2021; Silva, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013).

Dada a baixa força de relação encontrada e a bibliografia analisada, entendemos que o tempo de experiência profissional parece melhorar ligeiramente as atitudes dos enfermeiros nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família: fardo”, mas de forma pouco substancial e com alguma reserva.

A distribuição da nossa amostra por **contexto de trabalho** demonstrou uma maior percentagem para os CSD (56,3%) seguida dos CSP (33,8%). Em 2022, 45,58% dos enfermeiros que trabalhavam em Portugal desempenhavam as suas funções em CSD e 11,42% destes enfermeiros trabalhavam em CSP (OE, 2022). Diversos estudos analisados na RSL foram realizados exclusivamente em contexto de CSP (Tavares, 2017; Silva, Costa e Silva, 2013; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020), exclusivamente aplicados em CSD (Fernandes *et al.*, 2015; Francisco, 2017; Santa, 2014) ou foram aplicados simultaneamente em CSP e em enfermeiros dos cursos de licenciatura em Enfermagem ou de mestrado em ESF (Caria, 2017; Bértolo, 2021; Santos, 2021). A nossa amostra é mais heterogénea quando comparada com os artigos pesquisados e, uma vez que estes operacionalizaram esta variável para as diferentes especialidades dos serviços / unidades funcionais, não é possível comparar resultados.

No atual estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as atitudes dos enfermeiros para todas as dimensões e também para o total da IFCE-AE consoante o contexto de trabalho deste, sendo que ficou demonstrado que as atitudes dos enfermeiros em CSP desenvolvem maiores atitudes de suporte e menores atitudes negativas perante o envolvimento da família nos cuidados. Estes resultados vão de encontro às orientações emanadas pela OE (2017; 2018), pelo IFNA (2017) e pelos Decretos-Lei n.º 298/2007 e n.º 118/2014 do Ministério da Saúde, sendo a família um pilar central nos cuidados prestados pelas USF (Figueiredo, 2012; Lopes, Gomes e Figueiredo, 2018; OE, 2019). O tipo de cuidados de enfermagem prestados em CSP, a experiência profissional desenvolvida ao trabalhar com as famílias e o acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital pelo

enfermeiro de família serão, certamente, fatores potencializadores destas diferenças (Wright & Leahey, 2009; Oliveira et al., 2011; Frade *et al.*, 2021). Por outro lado, Barbieri-Figueiredo *et al.* (2012) identificam fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família em CSP, tais como as representações dos enfermeiros sobre família e a ESF, a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, a escassez de recursos humanos e materiais até aos conteúdos e metodologias de formação.

Da amostra estudada, 32,39% dos enfermeiros assumiram já ter tido **formação específica na área de saúde familiar** que podia assumir diferentes contextos. Estes enfermeiros demonstram resultados estatisticamente significantes mais positivos nas suas atitudes face à família tanto na escala total como nas suas diferentes dimensões. Valores mais elevados na IFCE-AE e suas dimensões também foram encontrados nos artigos analisados (Francisco, 2017; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013) mas em apenas um estudo essas diferenças foram estatisticamente significantes (Silva, Costa e Silva, 2013) para todas as dimensões e em outro essas diferenças foram significativas para a dimensão “Família: fardo” (Francisco, 2017). A formação profissional assume uma particular importância no reforço da capacidade de resposta dos enfermeiros aos desafios e para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional e também de realização pessoal (OE, 2021/b). Assumimos, então, que a formação em ESF aumenta as atitudes de suporte referentes às dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: Recurso nos cuidados de enfermagem” e diminui as atitudes negativas referentes à dimensão “Família: fardo”.

Da análise crítica dos resultados encontrados, podemos concluir que as variáveis contextuais, apesar de na sua maioria não parecerem apresentar um grande peso, podem também influenciar a nossa variável dependente. Esta influência parece ser mais forte para as variáveis “contexto de trabalho” e “formação em ESF”, o que também foi encontrado por Oliveira *et al.* (2011).

#### 4.6.2 – Atitudes dos enfermeiros em formação especializada em ESF vs. atitudes dos enfermeiros das restantes áreas de especialização

Analisadas as características sociodemográficas e profissionais da nossa amostra e verificadas possíveis influências resultantes destas variáveis no nosso estudo, iremos analisar de seguida os resultados obtidos atendendo aos objetivos e às questões de investigação que nos trouxeram até este ponto.

Em qualquer trabalho de investigação é possível cometer erros aleatórios ou sistemáticos que podem afetar a validade dos resultados (Duarte, Gonçalves e Sequeira, 2022) pelo que, neste capítulo, a interpretação dos resultados terá isso em consideração para a sua minimização.

Para avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem foi utilizada a escala IFCE-AE validada para a população portuguesa (Oliveira *et al.*, 2011), tendo sido encontrado neste estudo um alfa de Cronbach de 0,869 para o total da escala, o que se considera ser um valor aceitável (Dixe, 2022). O valor encontrado é semelhante ao  $\alpha=0,87$  calculado no estudo que validou a IFCE-AE em Portugal (Oliveira *et al.*, 2011) e dos estudos analisados (Fernandes *et al.*, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santa, 2014; Silva, Costa e Silva, 2013; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020) à exceção de um único (Santos, 2021) onde foi encontrado um valor mais baixo. Também os valores encontrados para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de  *coping* ” ( $\alpha=0,904$ ) e para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ( $\alpha=0,857$ ) são considerados aceitáveis, muito semelhantes ao estudo de Oliveira *et al.* (2011) e em consonância com os restantes estudos analisados à exceção de Santos (2021). A dimensão “Família: fardo” apresentou um  $\alpha=0,651$ , o que poderia indicar uma correlação entre os itens mais fracos do que nas restantes dimensões (Dixe, 2022), mas tendo em consideração que esta subescala apresenta um número reduzido de itens consideraremos este valor razoável. O valor de alfa de Cronbach encontrado para a dimensão “Família: fardo” foi ainda mais reduzido no estudo de Oliveira *et al.* (2011), onde  $\alpha=0,49$  e na maioria dos estudos analisados (Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2022; Santa, 2014). Dito isto, iremos considerar que a IFCE-AE aplicada apresenta uma boa **consistência interna** e, como vimos anteriormente, é um instrumento válido e fidedigno para esta investigação (Oliveira *et al.*, 2011).

Responderam ao questionário 71 estudantes dos diferentes mestrados da ESSLei (53,38% da população de origem), sendo que a taxa de resposta por grupos corresponde a 68,97% da população correspondente ao curso de mestrado em ESF e 49,04% dos estudantes dos restantes cursos.

Foi calculada uma **margem de erro** de 7,97%, sendo que para este estudo existe cerca de 92% de probabilidade de que o conjunto amostral represente adequadamente a população da qual se extraiu (Vilelas, 2022). Esta percentagem de erro é inferior àquela que se pretendia, sendo 5% o valor de erro mais aceitável para as ciências sociais (Duarte, Gonçalves e Sequeira, 2022) e o que mostra que a probabilidade das diferenças encontradas neste estudo se deverem ao acaso é mais elevada que o ideal.

Quando implementada corretamente, a recolha de dados aumenta a qualidade de um estudo de investigação social, mas muitas vezes encontram-se desafios na recolha de dados e que podem influenciar negativamente a investigação (Ribeiro, 2021). Quando é utilizado um questionário como forma de recolha de dados, existe o risco de não devolução e/ou de não resposta o que pode não garantir a representatividade da amostra nem a generalização de conclusões (Batista *et al.*, 2021). Apesar de todos os esforços, da utilização de diferentes estratégias para motivar a população em estudo e para recolher respostas e dos questionários terem sido disponibilizados a toda a população em estudo, a taxa de participação foi inferior à desejada. Foi necessário prosseguir com o estudo assumindo esta margem de erro.

Foram utilizados testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene para determinar a normalidade da variável dependente e homogeneidade das variâncias populacionais. Com isto foi detetado que a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” não segue uma distribuição normal, sendo o  $p=0,35$  bastante inferior ao  $p=0,05$  pretendido. As restantes dimensões e o total da escala obtiveram  $p>0,05$  para a normalidade. As variâncias populacionais estimadas a partir dos dois grupos (estudantes ESF e outros mestrados) são homogéneas já que qualquer valor de  $p$  calculado no teste de Levene é superior a 0,05.

De forma a não violar os **pressupostos da normalidade e da homogeneidade de variâncias** (Marôco, 2021), foi decidido a utilização de métodos paramétricos para as dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”, “Família: fardo” e para o total da IFCE-AE e de métodos não paramétricos para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”.

Da análise dos resultados obtidos através do uso de estatística descritiva e inferencial foi possível descrever e caracterizar as atitudes dos enfermeiros que frequentam formação especializada em ESF, assim como comparar estas às atitudes dos enfermeiros que se encontram a frequentar formação em outras áreas de especialização.

Não foi encontrado qualquer estudo anterior que relacione a frequência de um mestrado em ESF com as atitudes dos enfermeiros face à família.

Verificou-se que os enfermeiros que frequentam o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF na ESSLei dão muita importância à presença da família nos cuidados de enfermagem, adotando atitudes muito positivas, tendo obtido uma pontuação média para o **total da IFCE-AE** de  $\bar{x}=85,2$ . Por um lado esta média é superior à encontrada em diversos estudos analisados (Fernandes *et al.*, 2015, Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2022) mas por outro também muito semelhante à encontrada em outros estudos (Bértolo, 2021; Santos, 2021; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020). Isto leva-nos a crer que a nossa amostra não é representativamente diferente das amostras estudadas em outros trabalhos. De notar que esta média para o total da IFCE-AE é superior no grupo “mestrado ESF” do que no grupo “outros mestrados” ( $\bar{x}=78,86$ ). Contudo, e uma vez que a IFCE-AE integra simultaneamente dimensões positivas e negativas em relação à família (Oliveira *et al.*, 2011), a caracterização das atitudes será realizada por dimensão.

Pela experiência obtida neste trabalho, creio que uma adaptação dos scores da dimensão “Família: fardo” para valores invertidos consoante as opções de resposta (atualmente “Discordo completamente”- 1 ponto; “Discordo”- 2 pontos; “Concordo”- 3 pontos; “Concordo completamente”- 4 pontos) poderia conduzir a uma melhor interpretação dos totais obtidos na IFCE-AE e com isso serem determinadas categorias representativas das atitudes de suporte dos enfermeiros em relação ao seu envolvimento com as famílias.

Para a **dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”**, foi encontrada uma média de 39,21 para o total da nossa amostra e que simultaneamente se encontra perto de valores encontrados em estudos anteriores (Tavares, 2017; Nóbrega Fernandes e Chaves, 2020), são mais elevados (Fernandes *et al.*, 2015; Francisco, 2017; Caria, 2022) ou inferiores (Bértolo, 2021; Santos, 2021) que estes.

Já para o grupo ESF foram encontrados valores  $X_{\min}=35$ ,  $X_{\max}=48$  e de média  $\bar{x}=43$  com um desvio padrão de  $s'=4,21$ . A média obtida por este grupo é superior à média dos restantes cursos de mestrado em enfermagem lecionados na ESSLei ( $\bar{x}=37,73$ ) e às médias encontradas em todos os estudos analisados (Fernandes et al, 2015; Tavares, 2017; Francisco, 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santos, 2021; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020).

De acordo com o teste t-Student aplicado, as diferenças observadas entre as atitudes dos enfermeiros dos dois grupos são estatisticamente significativas ( $t=3,895$ ;  $p<0,001$ ). A dimensão do efeito é muito elevada ( $d=5,133$ ) e, de acordo com o intervalo de confiança a 95% ]2,57;7,98[, os estudantes em ESF apresentam, em média, entre 2,6 a 8 mais pontos nesta dimensão do que os estudantes dos outros cursos. Dado que os resultados estatísticos se demonstram sólidos e significativos, concluímos que as atitudes de suporte face à dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” dos enfermeiros mestrados em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade.

Para a **dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”**, foi encontrada uma média de 32,90 e uma mediana de 33 para o total da nossa amostra. Comparativamente às médias encontradas em estudos anteriores, e à semelhança da dimensão anterior, a média do total da nossa amostra é simultaneamente semelhante (Tavares, 2017; Caria, 2022; Nóbrega Fernandes e Chaves, 2020), mais elevada (Fernandes *et al.*, 2015; Francisco, 2017) ou inferior (Bértolo, 2021; Santos, 2021) à da bibliografia encontrada.

No grupo ESF foram encontrados valores  $X_{\min}=30$ ,  $X_{\max}=40$ ,  $\bar{x}=35,4$  e uma mediana de 36,5 com um desvio padrão de  $s'=2,91$ . Tanto a média com a mediana obtidas por este grupo é superior à dos cursos de mestrado em enfermagem lecionados na ESSLei ( $\bar{x}=31,9$ ; mediana=31) e mais perto dos estudos encontrados com médias mais elevadas para esta dimensão (Bértolo, 2021; Santos, 2021).

De acordo com o teste Wilcoxon-Mann-Whitney aplicado, os estudantes do mestrado em ESF apresentaram scores mais elevados para esta dimensão do que os enfermeiros dos restantes mestrados, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $U=769$ ;  $p_U <0,001$ ). A dimensão do efeito foi considerada média ( $d=0,51$ ;  $r=0,39$ ; *probabilidade=75,4%*).

Obtidos resultados estatísticos significativos, concluímos que as atitudes de suporte dos face à dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” dos mestrandos em Enfermagem de Saúde Familiar são superiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade em provavelmente 75% dos casos.

Para a **dimensão “Família: fardo”**, foi encontrada uma média de 8,54 para o total da nossa amostra. Este valor encontra-se perto de valores encontrados na maioria dos estudos analisados (Francisco, 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santos, 2021) mas também foram encontrados estudos onde a média era superior (Tavares, 2017) ou inferior (Fernandes *et al.*, 2015; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020). De notar que esta dimensão apresenta menor representatividade na escala total, possuindo apenas 4 itens (Oliveira *et al.*, 2011).

Para o grupo ESF foram encontrados valores  $X_{\min}=4$ ,  $X_{\max}=10$  e de média  $\bar{x}=6,75$  com um desvio padrão de  $s'=4,21$ . A média obtida por este grupo é inferior à média dos restantes cursos de mestrado em enfermagem lecionados na ESSLei ( $\bar{x}=9,24$ ) e às médias encontradas em quase todos os estudos analisados (Fernandes *et al.*, 2015; Francisco, 2017; Caria, 2022; Bértolo, 2021; Santos, 2021; Nóbrega, Fernandes e Chaves, 2020) à exceção de um (Tavares, 2017), onde a média obtida era semelhante à deste grupo.

De acordo com o teste t-Student aplicado, as diferenças observadas entre as atitudes dos enfermeiros dos dois grupos são estatisticamente significativas ( $t=-4,556$ ;  $p<0,001$ ). A dimensão do efeito é muito elevada ( $d=2,067$ ) e, de acordo com o intervalo de confiança a 95%  $]-1,75;-0,64[$ , os estudantes em ESF apresentam, em média, entre 0,64 a 1,75 menos pontos nesta dimensão do que os estudantes dos outros cursos. Dado que os resultados estatísticos se demonstram sólidos e significativos, concluímos que as atitudes negativas face à dimensão “Família: fardo” dos enfermeiros mestrandos em Enfermagem de Saúde Familiar são inferiores às dos enfermeiros nas outras áreas de especialidade.

Encontradas as principais respostas aos objetivos do estudo e comprovadas todas as hipóteses levantadas procuraremos agora evidenciar as suas implicações e limitações.

A forma como os enfermeiros concetualizam os cuidados às famílias, a par com as suas atitudes perante estas, são fatores determinantes nos processos de tomada de decisão, planeamento e implementação de cuidados (Barbieri-Figueiredo, 2012). Um dos objetivos do

mestrado em ESF da ESSLei é exatamente fornecer conhecimentos que potenciem a capacidade na tomada de decisão no processo de avaliação e intervenção familiar (IPL, 2022). De forma geral, os enfermeiros de ambos os grupos que participaram neste estudo revelaram uma atitude positiva em relação à importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e isso é conducente na profissão de enfermagem. Contudo, comprovou-se neste estudo que os enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF da ESSLei assumem maiores atitudes de parceria, coping e de inclusão nos cuidados e têm uma menor visão da família como um fardo. Isto sugere que a frequência deste mestrado melhora as atitudes dos enfermeiros face à família.

Devemos, porém, manter cautela ao interpretar estes significados de forma direta e linear, uma vez que as variáveis contextuais também pesam nas atitudes dos enfermeiros face à família e que no curso de ESF se verificam maiores percentagem de enfermeiros a trabalhar em CSP e com formação em ESF (sendo estas duas variáveis que vimos ter impacto nas atitudes). Os resultados sugerem que a frequência do curso de mestrado na ESSLei melhora as atitudes dos enfermeiros face à família, mas mais estudos seriam necessários para identificar essa causa-efeito de forma direta e inequívoca.

Também Oliveira *et al.* (2011) referiu que os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que as narrativas destes expressam a importância dos cuidados centrados na família, mas que as práticas efetivas não são diretamente congruentes com estas representações, sendo pertinente mais investigação futuras com utilização de outros instrumentos de recolha de dados que permitam esclarecer se de facto as atitudes são efetivamente implementadas na prática clínica da enfermagem de família ou se são apenas percecionadas.

O plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária, na área de ESF da ESSLei (Despacho n.º 9109/2020) cumpre os requisitos da OE (OE, 2021/a) e tem parecer favorável desta instituição para atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Considerando que este ciclo de estudos implica o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESF que vimos no capítulo 3 (OE, 2018), assim como dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESF (OE, 2017),

é natural que a sua frequência tenha um impacto na prática clínica e nas atitudes dos enfermeiros, assim como na qualidade e satisfação das famílias por estes cuidadas.

O ponto 4 do artigo 8º do Decreto-Lei n.º 73/2017 que altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar afirma que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de especialista em ESF. Contudo, como vimos anteriormente, ainda existem poucos enfermeiros especialistas em ESF em Portugal para que isto se torne realidade.

Esperamos que a evidência encontrada neste trabalho contribua para motivar os enfermeiros que trabalham em USF a frequentarem um curso de mestrado em ESF.

#### 4.7 – CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam que os enfermeiros que frequentam o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF na ESSLei apresentam atitudes favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância às famílias. Concluiu-se que essas atitudes são aumentadas pela frequência deste mestrado, tendo-se verificado melhores resultados nestes estudantes do que nos estudantes dos restantes mestrados em Enfermagem da mesma escola.

Espera-se que a melhoria das atitudes dos enfermeiros que frequentam o curso de mestrado em ESF perante a família, e do seu envolvimento nos cuidados de enfermagem, implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades das famílias como também interações recíprocas mais satisfatórias decorrentes deste processo.

Assim sendo, os enfermeiros que frequentam o Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF na ESSLei demonstram atitudes congruentes com as competências e padrões de qualidade do enfermeiro especialista em ESF, importantes para o trabalho em USF.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança do paradigma em que a família deixa de ser contexto e passa a ser o foco dos cuidados como unidade de cuidados é um dos maiores desafios atuais da ESF. Para que isto aconteça, é necessário que, na sua formação, o enfermeiro obtenha uma visão sistémica dos modelos familiares, assim como conhecimento sobre de modelos e técnicas de avaliação e intervenção familiar.

Verifica-se que, no nosso país, a licenciatura em enfermagem por si só não garante a aquisição destes conhecimentos e competência ao nível desejado para a procura de excelência.

A família ainda era vista pela profissão de enfermagem de forma fragmentada, como uma unidade divisível em partes, e onde os cuidados de enfermagem continuam a ser dirigidos ao indivíduo no seu contexto familiar (Wright & Leahey, 2009). Poder-se-ia justificar isto não só pela escassez de formação dos profissionais na área da família, mas também por uma representação social da enfermagem por parte dos utentes ainda centrada no modelo biomédico, pela distribuição de um número excessivo de famílias por enfermeiro em relação ao que está estipulado por lei, pela utilização de sistemas de informação em saúde mais direcionados para o indivíduo e pela ausência de indicadores que evidenciem os ganhos em saúde das famílias.

A ESF e os CSP têm assumido uma dimensão cada vez mais importante na prevenção e tratamento da doença e no acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital, sendo sinal desta crescente relevância o papel atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do aceso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP (IFNA, 2017; OE, 2018). Em conformidade com isto, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária apresentou ao Conselho Diretivo da OE uma proposta de regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar e que serviu de base para a efetivação em Portugal da área de especialização em ESF em 2018 (OE, 2018).

Visando a evolução da prática em ESF no nosso país, é necessário investir na formação especializada dos profissionais, na formação contínua por parte das instituições e também a realização de mais investigação para garantir uma prática baseada na evidência.

São cada vez mais os estudos publicados acerca da ESF, que enfatizam as atitudes dos enfermeiros face à família e a importância destas. O estudo realizado neste trabalho demonstra que os enfermeiros que realizam formação avançada e especializada em ESF na ESSLei demonstram não só melhores atitudes de parceria, recurso e envolvimento das famílias nos cuidados, mas também apresentam menores atitudes de família como fardo.

As escolas superiores de enfermagem devem ser parceiras na formação e na consolidação do conhecimento mais atual e das competências regulamentados para a área de ESF. Deve-se também apostar em estratégias que efetivem o conceito de Enfermeiro de Família junto da população, dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, incluindo oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta, a realização e divulgação de investigação no âmbito da família, a reorganização dos cuidados de enfermagem no trabalho com famílias e a adaptação dos sistemas de informação em saúde para que seja possível a realização de registos eletrónicos em saúde adaptados à ESF e a monitorização de indicadores em saúde que demonstrem e evidenciem o trabalho realizados pelos enfermeiros com as famílias.

Cientes da importância da prática de enfermagem avançada e especializada em ESF, o regime jurídico que regulamenta as USF (Decreto-Lei n.º 73/2017) prevê que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de especialista em ESF, mas isso ainda se encontra muito longe da atual realidade. Para isto ser possível, seria necessário percorrer um moroso caminho, estabelecendo-se a ESF como uma prioridade para os CSP e existir uma efetiva colaboração entre as diferentes instituições de saúde, as escolas superiores de enfermagem, os enfermeiros, a população, a OE, os Órgão de Gestão Central e o Ministério da Saúde.

O meu percurso formativo ao longo do Mestrado em ESF, e explanado neste trabalho, permitiu-me a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências não só profissionais, mas também pessoais e que, certamente, se irão refletir positivamente numa prática clínica de enfermagem enquadrada nos paradigmas da ESF.

Atendendo aos objetivos do plano de estudos, considero ter realizado um percurso positivo e de grande aprendizagem, tendo-se este curso demonstrado um desafio que considero superado, mas acreditando que a procura da melhoria contínua é uma atividade transversal ao longo de toda a vida profissional e que continuarei a desenvolver.

## BIBLIOGRAFIA

- Alfaro-Lefevre, R. (2017). *Pensamento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería* (6ª edição). Barcelona. Elsevier Spain S.L.U.
- Alarcão, M. (2000). (des)Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica. 1ª edição. Coimbra. Quarteto editora.
- Barbieri-Figueiredo, MC; Santos, M.; Andrade, L.; Vilar, I.; Martinho, 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*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. UNIESEP. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/31850>
- Batista, B.; Rodrigues, D.; Moreira, E. & Silva, F. (2021). *Técnicas de recolha de dados em investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista?*. In P. Sá, A. Costa e A. Moreira (Eds.). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados* (pp. 13-36). Aveiro, UA Editora
- Bértolo, A. (2021). *Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros*. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.8/7252>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2022, 06 01). ACES Oeste Norte. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>
- Biro, P., Dervaux, P., & Pegon, M. (2005). *Le modèle de McGill. Recherche En Soins Infirmiers, N° 80(1), 28*. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>
- Câmara Municipal de Alcobaça (2022, 06 01). *Mosteiro de Santa Maria de Coz*. Retrieved from <https://www.cm-alcobaca.pt/pt/2648/mosteiro-de-santa-maria-de-coz.aspx>
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina do Porto
- Caria, D. (2022). *Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar*. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.8/7550>
- Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare). (2022). *Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem*. Instituto Politécnico de Leiria, ciTechCare.
- Centro Nacional de Cultura (2007, 06 01). *Centro Histórico e Concelho de Alcobaça*. Retrieved from [https://www.e-cultura.pt/patrimonio\\_item/10288](https://www.e-cultura.pt/patrimonio_item/10288)
- Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). *O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica*. *Lusiadas Scientific Journal*, VOL. 2 (2), páginas 62-64. Retrieved from <https://lusiadasscientificjournal.pt/index.php/ljsj/article/download/58/34>
- DECRETO-LEI N.º 298/2007 DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República: I Série, N.º 161* (2007). Acedido a 21/02/2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- DECRETO-LEI N.º 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República: I Série, N.º 149* (2014). Acedido a 21/02/2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- DECRETO-LEI N.º 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República: I Série, N.º 118*

- (2017). Acedido a 21/02/2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Despacho n.º 9109/2020 de 24 de setembro de 2020 do Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República: I Série, N.º 187 (2020). Acedido a 21/02/2023. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2020/09/187000000/0011200113.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Ministério da Saúde. Retrieved from [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Díaz, C., Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T. & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Jan Leading Global Nursing Research*, VOL. 75 (11), páginas 2299-2312. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jan.14049>
- Dixe, M. (2022). Validação e adaptação de instrumentos de medida. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Duarte, J.; Gonçalves, A.; Sequeira, C. (2022). Metodologia da investigação quantitativa. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Fernandes, C.; Gomes, J.; Martins, M.; Gomes, B. & Gonçalves, L. (2015). *The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/37532>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Porto. Lusociência.
- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (7), páginas 1-8. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Frade, J.; Jordão, C.; Louro, C.; Kraus, T. (2022). Planeamento do Estágio III: Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório. Instituto Politécnico de Leiria
- Francisco, E. (2017). *Atitude dos enfermeiros e a família na área hospitalar*. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4534>
- Friedman, M. (1998) *Family Nursing: Theory and Practice* (3.ª edição). Connecticut. Appleton and Lange
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 51–61. <https://doi.org/10.1097/00012272-198707000-00008>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures. Lusodidata.
- Hayden, S. (2012). The Neuman Systems Model (5ª ed.). *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 378–380. <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>
- Instituto Nacional de Estatísticas (2018). *Estatísticas demográficas 2017. Estatísticas Oficiais. Edição 2018*

- Instituto Nacional de Estatísticas (2020). Estatísticas da Saúde - 2020 . Estatísticas Oficiais. Edição 2020
- International Family Nursing Association. (2017). Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>
- Instituto Politécnico de Leiria. (2022). Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Consultado em 21/02/2022. Disponível em <https://www.ipleiria.pt/curso/mestrado-em-enfermagem-de-saude-familiar/>
- International Council of Nurses. (2011). Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Cadernos OE, Série 2, N.º 3. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE\\_web\\_julho2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf)
- International Council of Nurses. (2015). Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2015. Lisboa. Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Nursing Practice*. Geneva. Retrieved from [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN\\_Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN_Report_EN_WEB.pdf)
- Lopes, M.; Gomes, S. & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC
- Lucas, I.; Néné, M. & Sequeira, C. (2022). Leitura crítica de artigos científicos. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 135-150). Lisboa. Lidel
- Marôco, J. & Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada, Vol. 4 p. 65-69. Retrieved from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics v.18/27*. 8.ª edição. Pêro Pinheiro. Report Number
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, O., Hilfinger Messias, K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)
- Neto, M., Rewa, T., Leonello, M., & Oliveira, C. (2018). Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 716–721. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>
- Nóbrega, M.;Fernandes, C. & Chaves, M. (2020). Importância das famílias nos cuidados de enfermagem às pessoas com transtornos mentais: atitudes de enfermeiros portugueses e brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (54), páginas 1-8. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018045603594>
- Oliveira, P.; Fernandes, H.; Vilar, A.; Figueiredo, M.; Ferreira, M., Martinho, M.J.C.M.; ... Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. *Revista Esc Enferm USP*, 45(6), 1331-1337. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015/a). Código Deontológico. Lei n.º 156/2015. Diário da República: Série I, N.º 181 (2015). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2015/b). Regulamento n.º 348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário Da República: Série II, n.º118 (2015). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Ordem dos Enfermeiros (2015/c). Regulamento 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, N.º 124 (2015). Disponível em:[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_367\\_2015\\_Padroes\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_EnfSaudeFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_comun\\_sfamiliar\\_spública.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_comun_sfamiliar_spública.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, N.º 135 (2018). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 392/2018. Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. Diário da República: Série II, N.º123 (2018). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Série II, N.º 26 (2019). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2021/a). Aviso N.º 6702/2021. Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária. Diário da República: Série II, N.º71 (2021). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/6702-2021-161291944>
- Ordem dos Enfermeiros (2021/b). Regulamento n.º 656/2021. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, N.º 137 (2021). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Anuário estatístico 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2022\\_AnuarioEstatisticos\\_Nacional.xlsx](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2022_AnuarioEstatisticos_Nacional.xlsx)
- Potter, P. e Perry, A. (2006). Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Retrieved from

- <https://sibiuepa.files.wordpress.com/2017/07/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>
- Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. (2021). O incontornável dilema da coleta de dados. In P. Sá, A. Costa e A. Moreira (Eds.). Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados (pp. 9-12). Aveiro, UA Editora
- Rodrigues, R & Cardoso, D. (2022). Prática baseada na Evidência. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). Investigação em Enfermagem: Teoria e prática (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Santa, A. (2014). Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/2565>
- Santos, S. (2021). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.8/7305>
- Silva, M.; Costa, M. & Costa, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. Revista de enfermagem Referência, III (11), páginas 19-28. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/33417>
- Tavares, M. Atitude dos Enfermeiros: A Importância da Família no Cuidar. Instituto Politecnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lisboa. Lusociência.
- Vilelas, J. (2022) Investigação: o processo de construção do conhecimento (3ª ed.). Lisboa. Edições Sílabo
- USF Terras de Cister (2022). Regulamento Interno. Versão 03. Ministério da Saúde
- USF Terras de Cister (2021). Carta de compromisso 2021. Ministério da Saúde
- Wright L. e Leahey M. (2009). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4a ed. São Paulo: Roca

## APÊNDICES

APÊNDICE I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO COORDENADOR DA USF TERRAS DE CISTER  
PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS CONTIDOS NESTE TRABALHO

## Responder: Pedido de autorização para publicação de informações sobre a USF Terras de Cister



Luis Manuel Ferreira Valverde | USF Terras de Cister <Ferreira.Valverde@arslvt.min-saude.pt>

Para: ○ Pedro Emanuel Alexandre De Sousa



dom, 26/02/2023 10:51

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Prezado Eng Pedro

Foi com muito prazer que o recebemos na USF Terras de Cister.

Agradecemos a sua dedicação e empenho ao longo deste tempo.

Está AUTORIZADO a publicar o seu trabalho salvaguardando sempre, tal como tem a preocupação de dizer, a privacidade dos utentes e a confidencialidade das informações clínicas.

Abraço de bom sucesso

Ao dispor

Luís Valverde

Assistente Graduado

de

Medicina Geral e Familiar

Coordenador USF Terras de Cister

---

**De:** Pedro Emanuel Alexandre De Sousa <5210043@my.ipleiria.pt>

**Enviado:** 25 de fevereiro de 2023 18:25

**Para:** Luis Manuel Ferreira Valverde | USF Terras de Cister <ferreira.valverde@arslvt.min-saude.pt>

**Cc:** Mafalda Margarida Silva Neto Rodrigues Girao | USF Terras de Cister <mafalda.girao@arslvt.min-saude.pt>

**Assunto:** Pedido de autorização para publicação de informações sobre a USF Terras de Cister

Exmo. Sr. Coordenador da USF Terras de Cister

Pedro Emanuel Alexandre de Sousa, estudante do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria e que realizou estágio clínico nesta USF entre maio de 2022 e janeiro de 2023, vem por este meio solicitar a vossa excelência autorização para a utilização e publicação de informações relativas à USF Terras de Cister obtidas a partir de diferentes fontes (BI-CSP, MIM@UF e SClínico) na sua dissertação para obtenção do grau de mestre. Mais informo que a privacidade dos utentes e a confidencialidade de informação clínica destes se encontra assegurada.

Com os melhores cumprimentos

Pedro Sousa

APÊNDICE II - APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR A UMA  
FAMÍLIA DA USF TERRAS DE CISTER

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

# Aplicação do modelo de Calgary de avaliação da família na USF Terras de Cister

Pedro Sousa, n.º 5210043

Leiria, julho de 2022

## ÍNDICE

<b>1 – MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF) .....</b>	<b>VII</b>
1.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURAL .....	VII
1.1.1 – Interna .....	VIII
1.1.2 – Externa .....	IX
1.1.3 – Contexto .....	XI
1.2 – DE DESENVOLVIMENTO .....	XII
1.2.1 - Estadio .....	XII
1.2.2 - Tarefas .....	XII
1.2.3 - Vínculos .....	XII
1.3 – FUNCIONAL .....	XIII
1.3.1- Instrumental .....	XIX
1.3.2 - Expressiva .....	XIX
1.4 – PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA E .....	XXII

## 1 – MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)

Um dos objetivos que eu tinha para este estágio II era a intervenção a uma família em transição normativa.

A família “E” é uma família reconstituída e que está a viver uma segunda gravidez não planeada e não desejada. O casal equacionou realizar uma interrupção voluntária da gravidez, mas acabaram por decidir em ter mais um filho. A filha anterior do casal também nasceu de uma gravidez não planeada, não desejada e sem acompanhamento pelos serviços de saúde devido à não aceitação do estado de saúde e não adesão ao regime de consultas previstas por parte da mãe. Esta mãe acabou por desenvolver uma depressão pós-parto.

Esta é uma família em transição e, devido aos seus antecedentes, vulnerável ao risco de não conseguir realizar esta transição de forma saudável e funcional.

Sendo uma situação complexa, esta família tem indicação para que a avaliação e intervenção sejam realizadas por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Os elementos da família E encontram-se apresentados no quadro 1.

**Quadro 1:** Elementos da família E

Nome	Papeis na família	Género	Idade	Data de nascimento	Escolaridade	Profissão
G.Q.	Marido Pai	Masculino	26	12/04/1996	Ensino secundário	Empregado fabril
M.E.	Esposa Mãe	Feminino	23	05/07/1999	Ensino secundário	Empregada fabril
M.Q.	Filha	Feminino	2	22/05/2020		

Para a avaliação desta família apliquei o Modelo de Calgary de avaliação da família (MCAF) e que de seguida apresento.

### 1.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Para melhor avaliação estrutural, podemos observar a composição familiar através do genograma da família, representado na figura 1.



## Ordem de nascimento

O G.Q. é mais velho 3 anos do que a M.E ( que possui 23 anos de idade).

A filha deste casal tem 2 anos de idade.

A M.E. encontra-se grávida de uma menina, sendo a data provável de parto a 23/11/2022.

## Subsistemas

Nesta família podemos encontrar os seguintes subsistemas familiares:

- Individual de cada pessoa que a constitui;
- Conjugal entre o G.Q. e a M.E.;
- Parental entre o G.Q. e a M.E. para com a sua filha M.Q.;
- Filial entre M.Q. e os seus pais;
- Brevemente se irá constituir um subsistema Fraternal entre a M.Q. e a irmã ainda por nascer.

## Limites

Os limites dentro da família nuclear tendem a ser claros e flexíveis. O casal procura definir o seu próprio estilo parental e habitualmente tentam agir em consonância, apesar de se verificar que as diferenças de opinião levam a conflito e à contradição de ações parentais entre os dois elementos.

Segundo a M.E., como o casal reside na mesma habitação que os pais e a irmã dela, estes tentam influenciar a sua vida conjugal e parental. Os pais da M.E. tendem a impor o seu estilo parental ao novo casal e por vezes contradizem junto da M.Q. as decisões que os pais desta tomaram juntos. Esta situação tem vindo a melhorar, mas podemos compreender limites difusos e emaranhamento com a família de origem da M.E.

### **1.1.2 – Externa**

## Família extensa

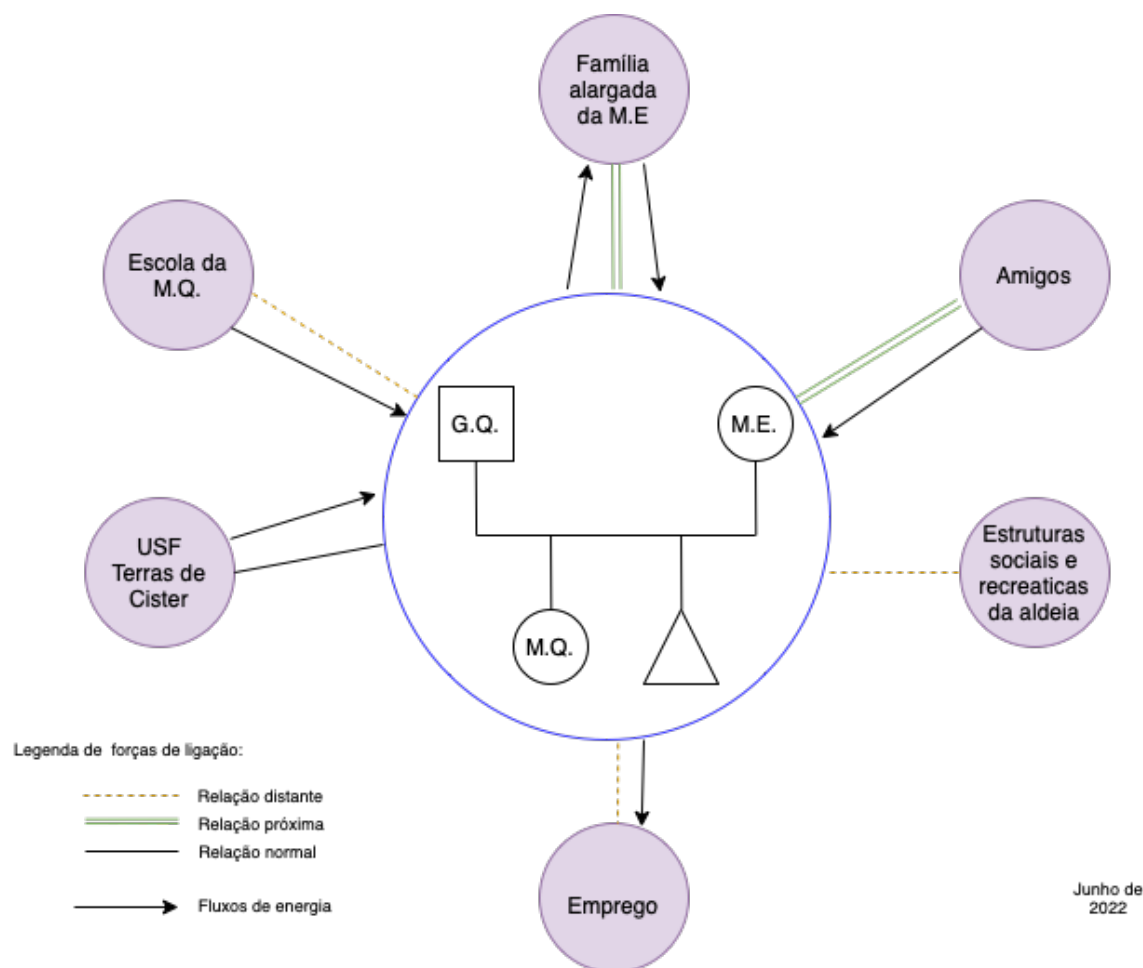
A família de origem da M.E. é muito presente na vida da família, o que é identificado por esta como uma força e um aspeto positivo. Os pais e a irmã da M.E. residem no piso superior da moradia.

Apesar da M.E. referir que não conhece um dos seus tios e seus respetivos filhos, a família mantém boas relações com a restante família alargada, havendo até familiares a residir próximo e com quem a família estabelece boas relações.

O G.Q. mantém uma relação distante com a sua família de origem, sendo que o pai reside em Angola e que tem um irmão que mal conhece do novo casamento do pai. Da relação anterior de G.Q. também se verifica uma grande distância tanto da ex-companheira como da filha que tem dessa relação.

## Subsistemas mais amplos

Os subsistemas mais próximos da família e com a qual estes gastam e recebem energia podem ser observados através do ecomapa representado na figura 2. .



**Figura 2:** Ecomapa da família E

### 1.1.3 – Contexto

#### Etnia

O conceito de Etnia está relacionado com a integração social e cultural. A família assume-se como de etnia ibérica.

#### Raça

O conceito de dividir a população mundial por características da pele e/ou da sua localização geográfica surgiu no século XIX, mas está a cair em desuso.

Não existe uma classificação internacionalmente aceite para categorizar as diferentes raças. Utilizando a classificação mais recente, por linhagem, a M.E. é de raça caucasioide meridional

(ou europeia) e o G.Q. é de raça negroide. Por este motivo, verifica-se mesclagem (ou mestiçagem) de raças na M.Q, com características de ambos os pais.

## Classe Social

Para a avaliação da classe social foi aplicada a escala de Graffar (conforme se pode observar na figura 3), tendo sido obtido o resultado de Classe Média.

Habituação	Graffar	C. Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	

Classe Social  
MÉDIA

**Figura 3:** Escala de Graffar da família E

**Fonte:** Adaptado de Sclínico

## Religião ou espiritualidade

A família assume-se como católica, mas não são praticantes. Contudo, a M.E. refere ser crente e que a religião é importante e é uma força para a família de origem.

## Ambiente

A família reside numa zona rural de uma aldeia (Castanheira). Esta aldeia apresenta várias estruturas recreativas e sociais, assim como transportes públicos para a sede do concelho e também para a vida mais próxima (Juncal). A família pouco frequenta as estruturas da comunidade próximas, ocupando a maior parte do seu tempo de lazer em casa.

Nos arredores existem várias fábricas sendo que os pais e o companheiro da M.E. trabalham na mesma fábrica na aldeia, enquanto que esta trabalha numa outra fábrica numa vila adjacente, na mesma localidade onde a M.Q. frequenta a crescer.

A família reside numa zona tranquila, de fácil acesso e perto dos locais de trabalho dos seus membros. Apenas possuem um vizinho com quem mantém uma boa relação, apesar de distante.

## 1.2 – DE DESENVOLVIMENTO

### 1.2.1 - Estadio

O sistema familiar encontra-se na etapa III: Família com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho tem de 3 a 6 anos de idade) segundo o estadio do ciclo vital de Duvall.

### 1.2.2 - Tarefas

Nesta etapa de ciclo vital da família com filhos pequenos, verifica-se o ajuste do sistema conjugal para dar espaço aos filhos, o desenvolvimento do papel parental, a união na educação da filha e o realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas, para incluir os avós. Para além disso, também podemos observar o cumprimento de tarefas financeiras e domésticas.

### 1.2.3 - Vínculos

Verificam-se fortes vínculos entre os diferentes elementos da família, em especial entre a Mariana com a sua mãe, filha e companheiro.

A primeira gravidez da Mariana não foi desejada e não se verificou um vínculo precoce com a sua filha. Inclusivamente, a Mariana desenvolveu uma depressão pós-parto, tendo sido a transição para a parentalidade e o desenvolvimento do papel maternal difícil. No entanto, atualmente a ligação com a Madalena é muito forte. A atual gravidez também não foi planeada nem desejada tendo o casal ponderado a interrupção voluntária desta. Neste momento não só aceitam bem a nova gravidez como se verifica o estabelecimento de vínculo com o feto em desenvolvimento.

## 1.3 – FUNCIONAL

Após aplicação da escala de Apgar Familiar (Smilkstein) à Família, podemos concluir que esta se trata de uma família altamente funcional para os parâmetros avaliados pela esala, tendo obtido uma pontuação de 8 pontos. Na figura 3. Podemos observar a aplicação da escala à família.

PARAMETROS DA ESCALA	
Item	Valor
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha familia, sempre que alguma me preocupa.	algumas vezes
Estou satisfeito pela forma como a minha familia discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	quase sempre
Acho que a minha familia concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	quase sempre
Estou satisfeito com o modo como a minha familia manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	quase sempre
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha familia.	algumas vezes

GRUPOS DE SCORE	
Grupo	Score
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)	8

Score total: 8

**Figura 4:** Aplicação da escala de Apgar familiar à família E

**Fonte:** Adaptado de Scĺnico

Para a avaliação funcional desta família, parece-me pertinente proceder à aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe. Com isto pretendo medir eventos vitais uma vez que esta escala baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o individuo se reajuste á sociedade, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde.

A família E já demonstrou com a gravidez anterior, dificuldades de readaptação e que conduziram a uma depressão pós-parto em M.E.

A aplicação desta escala à M.E. encontra-se na figura 5.

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

**Figura 5:** Aplicação da escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe à família E

**Fonte:** Adaptado de <https://www.passeidireto.com/arquivo/68607972/escala-de-reajuste-social-de-holmes-e-rahe>

Assinalados os eventos que ocorreram no último ano, o valor total encontrado para a família E foi de 179, pelo que existe uma menor probabilidade de incidência de doença.

Avaliei, também, a família quanto á sua adaptabilidade e coesão familiar, tendo utilizado a escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) - versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes – 1995. A aplicação desta escala encontra-se no quadro 2.

**Quadro 2:** Aplicação da escala FACES II à família E.

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca  (1)	De vez em quando  (2)	Às Vezes  (3)	Muitas Vezes  (4)	Quase Sempre  (5)
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	

FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase Nunca  (1)	De vez em quando  (2)	Às Vezes  (3)	Muitas Vezes  (4)	Quase Sempre  (5)
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			

FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase Nunca  (1)	De vez em quando  (2)	Às Vezes  (3)	Muitas Vezes  (4)	Quase Sempre  (5)
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	

Para avaliar os resultados correspondentes à coesão, procedi à somas dos itens 2,9,15,19,25 e 29, de seguida subtraí 36 a este resultado. Somei os outros itens ímpares e o item 30. Obtive um resultado de 63: Família Ligada (os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80).

Para avaliar a adaptabilidade somei os itens 24 e 28 e subtraí 12 a este resultado. De seguida somei ao valor obtido os restantes itens pares (exceto o item 30), otendo a pontuação final de 38: Adaptabilidade rígida (os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70).

Para encontrar o tipo de família nesta escala, somei as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade (que variam entre 1 e 8) e dividi por 2. Para a coesão, a pontuação é de 5 e para a adaptabilidade é de 2. Obtive, então, a soma das duas vertentes de 7, pelo que dividido por 2 dá o resultado final de 3,5. Isto significa que esta é uma família intermédia, de acordo com a escala.

Da análise do quadro 3, que se encontra na página seguinte, podemos compreender melhor o processo de interpretação dos resultados obtidos na escala FACE II ao aplicar os valores obtidos.

**Quadro 3:** Interpretação da escala FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	64 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

### 1.3.1- Instrumental

Atividades de vida diárias

A OE distingue as atividades de vida diárias em dois grandes grupos:

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou cuidado pessoal;
- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias.

No quadro 4 podemos verificar a funcionalidades da família nas diferentes ABVD propostas pela OE.

**Quadro 4:** Funcionalidade da família E para desempenhar ABVD

ABVD	Funcionalidade / Dependência
Higiene pessoal	Os elementos da família são independentes nesta atividade, à exceção da M.Q. que apenas realiza atividades de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.
Eliminação vesical e fecal e uso dos sanitários	Os elementos da família são independentes nesta atividade, à exceção da M.Q. que apenas realiza atividades de acordo com o seu estadio de

	desenvolvimento e que se encontra neste momento em treino de controlo de esfíncteres do uso do bacio.
<b>Vestuário</b>	Os elementos da família são independentes nesta atividade, à exceção da M.Q. que apenas realiza atividades de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.
<b>Alimentação</b>	Os elementos da família são independentes nesta atividade, à exceção da M.Q. que apenas realiza atividades de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.  A M.E. necessita de manter uma dieta adequada à sua gravidez, à prevenção de infeções alimentares e da toxoplasmose.  A M.Q. encontra-se a fazer alimentação familiar com restrições inerentes à idade. Mantém uma dieta diversificada e equilibrada. Apesar de se verificarem alguns erros alimentares comuns nas famílias portuguesas, estes não constituem um real problema.
<b>Locomoção</b>	Todos os elementos da família são independentes nesta atividade.
<b>Transferência</b>	Todos os elementos da família são independentes nesta atividade.

Relativamente às AIVDs, a família é independente na gestão do ambiente em que vive, sendo que as atividades como preparar alimentos, cuidar da casa e da roupa, gerir do rendimento familiar, utilizar o telefone ou outros meios de comunicação e transportes se encontra mantida. Naturalmente, a M.Q. apenas realiza atividades de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.

### 1.3.2 - Expressiva

#### Comunicação emocional

A família refere que existem laços efetivos entre os membros e que o manifestam verbalmente, de forma não verbal e por atitudes. Ultimamente têm comunicado melhor as emoções, referindo conflitos cada vez mais raros. O casal refere satisfação conjugal mantida e papel parental adequado. Contudo, durante a visita domiciliária efetuada, verifiquei falta de interesse e participação do G.Q. em relação à gravidez da M.E. pelo que incentivei maior envolvimento do pai e a comunicação emocional na família.

### Comunicação verbal

A comunicação verbal dentro da família é eficaz e efetiva apesar de nem sempre chegarem a um consenso. Contudo, se a família dialogasse mais, evitaria confrontos e conflitos que, apesar de raros, perturbam o bem-estar.

M.Q. encontra-se numa idade em que o desenvolvimento da linguagem é muito rápido e deve ser estimulado.

### Comunicação Não verbal

A família revela conhecimentos e capacidade para interpretar as expressões não verbais uns dos outros, referindo que por vezes compreendem o que o outro quer ou como se encontra só pela avaliação do comportamento.

A expressão não verbal do G.Q. durante a consulta de saúde materna demonstrou desinteresse e pouca atenção.

A M.E. demonstra choro fácil quando se fala na gravidez anterior, sendo que refere que esse período foi muito difícil para ela. Apesar disso, a linguagem não verbal da M.E. coincide com o que ela afirma, de estar a viver uma gravidez mais feliz agora e cada vez mais desejada.

### Comunicação circular

A comunicação circular dentro de uma família permite a circulação de informação e de ideias de forma livre e sem pressões relacionadas com hiparquias dentro desta.

Uma comunicação circular eficaz dentro da família é uma ferramenta muito útil para a resolução de questões da parentalidade e da conjugalidade. Dito isto, o casal afirma debater sobre os assuntos e tomar as decisões em conjunto. A M.E. assume-se como sendo mais influente na tomada de decisão. Por me parecer que o G.Q. parece um pouco distante e apático, confrontei o casal sobre isso, sendo que ambos referiram que este participa ativamente nas questões da família e que apenas é mais reservado em relação às pessoas de fora.

Na família alargada E, podemos verificar que a troca de informação é maior conforme o grau do relacionamento interpessoal entre os membros.

Nas questões de parentalidade, aos pais de M.E tentam impor as suas ideias, facto que desagrada casal e que, por vezes, gera conflito. Para haver uma comunicação circular efetiva, é importante que todos tenham a oportunidade de dar a sua opinião, mas também de tomar consciência do que o outro sente. É normal e desejável que o casal procure e defina o seu estilo parental próprio.

Durante a consulta procurei fazer a mesma pergunta a ambos os membros do casal, assim como colocar cada um deles a refletir sobre o que o outro pensa ou se sente.

### Solução de problemas

A pessoa que mais sugestões dá para a resolução de problemas é a M.E., no entanto, em caso de problema, a família utiliza a comunicação circular para chegar a uma decisão conjunta.

As transições normativas da família E foram, no passado, muito difíceis. A passada gravidez e a transição de etapa do ciclo vital relacionada com o nascimento do primeiro filho geraram crise na família. Após a introdução de mudanças tipo II as estruturas dissipativas geradas pela crise abrandaram, tendo a família encontrado um novo ponto de equilíbrio. Este foi um processo longo e difícil. Com esta gravidez, a família temeu que acontecesse o mesmo, mas utilizaram a aprendizagem e experiência da crise anterior para prevenir uma nova perturbação profunda. Desta vez a família está a aceitar a gravidez e procuraram os serviços de saúde, estando a realizar o seguimento desta de acordo com o preconizado.

No passado, os pais da M.E. sempre se assumiram como responsáveis pela resolução de problemas, mas com o desenvolvimento e crescimento das filhas, atualmente esta é uma decisão partilhada dentro da família alargada e também nesta a opinião da M.E. tem uma forte influência.

### Papéis

A família reside numa habitação com dois pisos completos, sendo que a M.E., o G.Q. e a M.Q. habitam no andar de baixo e no andar de cima moram os pais e a irmã da M.E.

As atividades inerentes ao cuidado da casa e confeção de alimentos são partilhadas entre os dois membros do casal apesar da divisão de tarefas não ser completamente equitativa. A M.E. assume mais cuidados à filha, apesar destes serem também partilhados entre o casal.

A manutenção da estrutura da casa e do jardim é realizada maioritariamente pelo pai da M.E. com a ajuda do G.Q.

#### Influência e poder

Atualmente, a M.E. ocupa um lugar de influência dentro da família. Também a sua família de origem procura a sua opinião para a organização familiar e tomada de decisões.

A opinião dos seus pais (principalmente da sua mãe) também é muito importante para a M.E.

#### Crenças

A família E não tem fortes crenças espirituais nem religiosas. Quando perguntados quais as crenças e valores da família, não se lembraram de nada relevante, no entanto assumem que a “Família” é o que consideram mais importante.

Também não se verificaram crenças em saúde dificultadoras.

#### Alianças e uniões

A família sente-se satisfeita com a forma como esta manifesta união, orientação, equilíbrio e na intensidade da relação entre os membros.

O casal encontra-se a estabelecer uma união para juntos gerirem melhor os limites com as famílias de origem.

Habitualmente a mãe da M.E. alia-se a esta quando é necessário tomar decisões ou quando necessita de suporte.

A M.Q. tem uma forte ligação com o avô, procurando o apoio deste quando é contrariada ou se encontra a fazer birra.

### 1.4 – PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA E

Com base na avaliação da família e determinação de focos de atuação em enfermagem, elaborei e apliquei um plano de cuidados em conjunto com a família e tendo em conta os seus próprios objetivos, o qual se encontra no quadro 5. Este quadro foi atualizado após o nascimento da segunda filha do casal.

**Quadro 5:** Plano de cuidados da família E

Foco de atenção	Aceitação do estado de saúde
Intervenção de diagnóstico	Avaliar aceitação do estado de saúde com base nos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde;</li><li>• Abandono do conceito da condição de saúde anterior;</li><li>• Reações / sentimentos / crenças positivas perante a nova condição de saúde;</li><li>• Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde;</li><li>• Motivação / envolvimento / procura de informação com vista a enfrentar a nova condição de saúde;</li><li>• Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde</li></ul>
Diagnóstico de enfermagem	23/06/2022: Aceitação do estado de saúde comprometida 14/07/2022: Sem aceitação do estado de saúde comprometida 29/11/2022: Sem aceitação do estado de saúde comprometida
Planeamento	Este foco é o prioritário para a família.  Com uma boa aceitação do estado de saúde e gravidez, a família pode evitar os erros e problemas que ocorreram na primeira gravidez e assim viveram esta transição normativa sem crise.  Com os cuidados de enfermagem, é esperado uma aceitação e transição funcional de etapa de vida, com repercussões positivas na gravidez, satisfação conjugal, papel parental e vínculos familiares.
Intervenções de Enfermagem	Assistir a família a promover a aceitação do estado de saúde; Encorajar a usar os serviços da comunidade; Ensinar sobre estratégias adaptativas; Incentivar a comunicação de emoções; Incentivar o envolvimento da família; Promover consciencialização.
Avaliação	23/05/2022: Ao longo das consultas realizadas, é perceptível o aumento da aceitação do estado de saúde e gravidez da família.  Aquando da informação de que a M.E. se encontrava grávida, a família ponderou realizar uma interrupção voluntária da gravidez.  14/07/2022: Atualmente a família encontra-se motivada para a nova etapa familiar.

Apesar de manifestar receios sobre o futuro, a família está a preparar-se para o nascimento da filha, têm adquirido tudo o que é necessário e encontram-se a debater sobre o futuro, a gestão familiar e a adaptação do quarto das filhas.

A família encontra-se em evolução no sentido da paz e tranquilidade em relação à nova condição. O objetivo proposto foi atingido.

29/11/2022: Após o nascimento da filha, a família mantém aceitação do estado de saúde e encontra-se motivada para a nova etapa familiar.

Foco de atenção	Adaptação à gravidez
Intervenção de diagnóstico	<p>Avaliar adaptação à gravidez com base nos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposição para gerir novas situações relacionadas com a gravidez</li> <li>• Adoção de comportamentos redutores de stress</li> </ul>
Diagnóstico de enfermagem	<p>23/06/2022: Potencial para melhorar adaptação à gravidez 14/07/2022: Adaptação à gravidez mantida</p>
Planeamento	<p>A M.E. demonstra conhecimento sobre os desconfortos durante a gravidez, contudo esses desconfortos são indutores de stress para ela e para a família. Com os cuidados de enfermagem, é esperada a manutenção da adaptação à gravidez, maior envolvimento dos diferentes membros da família e redução do stress.</p>
Intervenções de Enfermagem	<p>Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida; Apoia a família a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes; Ensinar sobre comportamento de procura de saúde; Ensinar sobre desconfortos durante a gravidez, Envolver o pai nos cuidados; Incentivar aprendizagem de capacidades; Incentivar o envolvimento da família; Informar para o papel parental; Informar sobre comportamentos redutores de stress.</p>
Avaliação	<p>23/06/2022: A M.E. não realizou a vigilância da última gravidez, não efetuando as consultas preconizadas. A gravidez atual não foi planeada nem desejada. O G.Q. não tem acompanhado a M.E. às consultas de vigilância da gravidez. 14/07/2022: A M.E. encontra-se a realizar a vigilância da gravidez na USF, cumprido com o plano de seguimento proposto. Verificou-se mudança de comportamento por parte do G.Q. após ter sido explicada a importância do envolvimento da família na redução da ansiedade sentida por esta e inclusivamente esteve presente nesta consulta.</p>

Atualmente a família já demonstra disposição para gerir as novas situações relacionadas com a gravidez e encontra-se a adotar estratégias de redução de stress pelo que se atualizou o diagnóstico.

O objetivo proposto foi atingido até ao final da gravidez.

<b>Foco de atenção</b>		<b>Satisfação conjugal</b>
Intervenção de diagnóstico	de	Avaliar a satisfação conjugal com base nos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação dinâmica;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Interação sexual;</li> <li>• Função sexual.</li> </ul>
Diagnóstico de enfermagem	de	23/06/2022: Sem satisfação conjugal comprometida 29/11/2022: Sem satisfação conjugal comprometida
Planeamento		Tendo sido verificado uma satisfação conjugal mantida, este foco de atenção deixa de ser prioridade de intervenção, sendo apenas necessário a manutenção e vigilância de alteração do estado.  Com os cuidados de enfermagem, é esperado o aumento da comunicação emocional e a continuidade dos afetos e sexualidade ao longo da gravidez e pós-parto.
Intervenções de Enfermagem	de	Elogiar progressos;  Incentivar a comunicação de emoções;  Informar sobre sexualidade e afetos durante a gravidez e puerpério e primeiro ano pós-parto.
Avaliação		23/06/2022: O subsistema conjugal manifesta uma relação dinâmica efetiva, comunicação funcional, interação sexual mantida e função sexual não comprometida, tendo sido realizadas intervenções de literacia em saúde para manutenção do diagnóstico.  14/07/2022: O diagnóstico mantém-se pelo que o objetivo foi cumprido.

<b>Foco de atenção</b>		<b>Papel Parental</b>
Intervenção de diagnóstico	de	Avaliar papel parental  Avaliar condição do papel parental
Diagnóstico de enfermagem	de	23/06/2022: Sem papel parental comprometido 29/11/2022: Sem papel parental comprometido

Planeamento	Tendo sido verificado um papel parental mantido e eficaz, este foco de atenção não é prioridade de intervenção, sendo apenas necessário a manutenção e vigilância de alteração do estado.  Com os cuidados de enfermagem, é esperado aumento da literacia em saúde.
Intervenções de Enfermagem	Incentivar envolvimento da família; Incentivar desempenho do papel parental; Informar para o papel parental; Promover papel parental; Avaliar condição do papel parental.
Avaliação	23/06/2022: Apesar dos constrangimentos e dificuldades sentidas no primeiro ano de vida da M.Q., atualmente o subsistema parental desenvolve as suas tarefas, demonstra vínculo e mantém limites tendencialmente claros.  14/07/2022: Após intervenções do tipo informar, o subsistema parental demonstra maior conhecimento sobre a prestação do papel parental e sobre desenvolvimento infantil, pelo que o objetivo proposto foi atingido.  29/11/2023: Papel parental com características desenvolvimentais normais durante a hospitalização e no domicílio. Após o nascimento da segunda filha, o papel parental da família mantém-se demonstrado.

<b>Foco de atenção</b>	<b>Papel Parental</b>
Intervenção de diagnóstico	Avaliar capacidade da mãe e do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
Diagnóstico de enfermagem	29/11/2022: Capacidade da mãe e do pai para tomar conta
Planeamento	Tendo sido verificado uma capacidade mantida e eficaz, este foco de atenção não é prioridade de intervenção, sendo apenas necessário a manutenção e vigilância de alteração do estado.
Intervenções de Enfermagem	Incentivar envolvimento da família; Incentivar desempenho do papel parental; Informar para o papel parental; Promover papel parental; Avaliar condição do papel parental.
Avaliação	29/11/2023: Demonstrada capacidade para alimentação, eliminação, Higiene e Segurança.

<b>Foco de atenção</b>	<b>Papel Parental</b>
------------------------	-----------------------

Intervenção de diagnóstico	Avaliar conhecimento da mãe e do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
Diagnóstico de enfermagem	29/11/2022: Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) 13/12/2022: Conhecimento da mãe e do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
Planeamento	Foco de atenção prioritário para intervenção após nascimento da recém-nascida para maximizar o potencial do desempenho do papel parental
Intervenções de Enfermagem	Ensinar a mãe e o pai a vigiar o coto umbilical; Ensinar a mãe e o pai a tratar o coto umbilical; Ensinar a mãe e o pai sobre o choro; Ensinar a mãe e o pai sobre comportamento de procura de saúde; Ensinar a mãe e o pai sobre amamentação; Ensinar a mãe e o pai sobre eliminação intestinal; Ensinar a mãe e o pai sobre higiene; Ensinar a mãe e o pai sobre medidas de segurança; Ensinar a mãe e o pai sobre prevenção de acidentes.
Avaliação	29/11/2022: Conhecimentos para alimentação demonstrado, eliminação demonstrado, higiene demonstrado, desenvolvimento infantil não demonstrado, promoção da saúde não demonstrado e segurança não demonstrado. O subsistema parental demonstra potencial para melhor o conhecimento sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido. 13/12/2022: Verificam-se melhorias nos conhecimentos demonstrados pelos pais. Conhecimentos sobre desenvolvimento infantil demonstrado, promoção da saúde demonstrado e segurança demonstrado. Mantém-se disponibilidade dos serviços de saúde para aumentar a literacia em saúde da família. Objetivo cumprido mas deverá manter-se a reavaliação em cada consulta de vigilância da saúde, a introdução de temas pertinentes à idade da criança e cuidados antecipatórios.

<b>Foco de atenção</b>	<b>Processo familiar</b>
Intervenção de diagnóstico	Avaliar a processo familiar com base nos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação;</li> <li>• Coping;</li> <li>• Interação de papéis;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação dinâmica;</li> <li>• Conflituoso;</li> </ul>
Diagnóstico de enfermagem	de	<p>23/06/2022: Potencial para melhorar o processo familiar</p> <p>14/07/2022: Processo familiar não comprometido</p> <p>29/11/2022: Processo familiar não comprometido</p>
Planeamento		Apesar processo familiar não se encontrar comprometido, verifica-se potencial para melhorar o <i>coping</i> familiar e a relação dinâmica, sendo esse o objetivo proposto.
Intervenções de Enfermagem	de	<p>Monitorizar perceção do processo familiar;</p> <p>Otimizar processo familiar;</p> <p>Incentivar o envolvimento da família;</p> <p>Envolver o pai nos cuidados.</p>
Avaliação		<p>23/06/2022: Processo familiar adequado, comunicação não comprometida, <i>coping</i> comprometido, interação de papéis não comprometida, relação dinâmica comprometida, não conflituoso.</p> <p>14/07/2022: Verifica-se <i>coping</i> não comprometido uma vez que a família está a desenvolver estratégias de lidar com o <i>stress e relação</i> dinâmica não comprometida, notando-se maior envolvimento do pai na gravidez.</p> <p>Os objetivos propostos foram atingidos.</p> <p>29/11/2022: Mesmo após o nascimento e regresso ao domicílio com o recém-nascido, a família demonstra um processo familiar adequado e estratégias de <i>coping</i> adequadas ao momento de transição vivido.,</p>

Foco de atenção		Vínculo
Intervenção diagnóstica	de	Avaliar comportamento de vinculação
Diagnóstico de enfermagem	de	<p>29/11/2022: Sem vinculação comprometida</p> <p>29/11/2022: Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e do pai para promover a vinculação</p>
Planeamento		Foco de atenção prioritário avaliar durante o desenvolvimento infantil e dependente da idade da criança.
Intervenções de Enfermagem	de	Ensinar a mãe e o pai sobre vinculação
Avaliação		<p>29/11/2022: O bebé orienta-se tendencialmente para os membros da família.</p> <p>O bebé apresenta percursos de comportamento de vinculação (chorar, agarrar, seguir e sugar). O bebé responde positivamente ao contacto com os pais (fica quieto e relaxado com o toque e voz dos pais).</p>

Foco de atenção		Relação Dinâmica com família de origem
Intervenção de diagnóstico	de	Avaliar relação dinâmica com família de origem
Diagnóstico de enfermagem	de	23/06/2022: Relação dinâmica com família de origem comprometida 14/07/2022: Sem Relação dinâmica com família de origem comprometida 29/11/2022: Sem Relação dinâmica com família de origem comprometida
Planeamento		Com os cuidados de enfermagem, é esperado que a família compreenda a importância do estabelecimento de limites flexíveis com a família de origem da M.E. e que implemente estratégias para que esta não interfira com o desempenho do papel parental.
Intervenções de Enfermagem	de	Incentivar envolvimento adequado da família alargada; Incentivar desempenho do papel parental; Informar para o papel parental; Informar sobre tarefas e papéis familiares.
Avaliação		23/06/2022: A M.E. refere que os seus pais interferem com o desempenho do papel parental, tentando impor a sua visão sobre educação e gestão familiar. 14/07/2022: A M.E. refere progressos sobre os limites estabelecidos com a sua família de origem, que demonstra mais respeito e compreensão pela forma como o casal desenvolve o seu próprio estilo parental. Os objetivos propostos foram atingidos, tendo havido alteração do status e consequentemente ganhos em saúde. 22/11/2022: Após regresso ao domicílio com a recém-nascida, a família E refere ter na família de origem uma força de suporte adequada.

APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DA ESSLEI PARA APLICAÇÃO DE  
QUESTIONÁRIOS AOS ESTUDANTES DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

# RE: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação juntos dos estudantes dos mestrados em enfermagem



Rui Manuel da Fonseca Pinto

Para: Pedro Emanuel Alexandre De Sousa

Iniciar resposta com:

Assim farei

Perfeito!

Excelente.



seg, 09/01/2023 18:38

Caro estudante Pedro Sousa

Autorizo que o questionário seja passado aos colegas, nos termos e com os fundamentos apresentados.

Bom trabalho

Cumprimentos

Rui Fonseca-Pinto

Diretor



Escola Superior de Saúde

Campus 2

Morro do Lena - Alto do Vieiro

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria - PORTUGAL

Tel. (+351) 244 845 300

esslei@ipleiria.pt | www.ipleiria.pt

**De:** Pedro Emanuel Alexandre De Sousa <5210043@my.ipleiria.pt>

**Enviado:** 6 de janeiro de 2023 18:27

**Para:** Rui Manuel da Fonseca Pinto <rui.pinto@ipleiria.pt>

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo de investigação juntos dos estudantes dos mestrados em enfermagem

Exmo. Sr. Diretor da Escola Superior de Saúde de Leiria

Pedro Emanuel Alexandre de Sousa, estudante do 2.º ano do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na ESSLei, solicita autorização para a aplicação de questionários aos estudantes dos diferentes mestrados em Enfermagem lecionados nesta instituição de ensino, com o objetivo de realizar um estudo de investigação sobre as atitudes dos enfermeiros face à integração das famílias nos cuidados de enfermagem.

Este trabalho de investigação, orientado pela Professora Doutora Clarisse Louro, surge no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde familiar que me encontro a frequentar e está inserido no projeto de investigação "CuidarFam"- A família no processo de Cuidar em Enfermagem, promovido pelo IPL e dinamizado por diversos professores desta instituição. Este projeto encontra-se em anexo, assim como o questionário a ser utilizado. O projeto possui parecer favorável da Comissão de ética UICISA-E com o número 561/02-2019, válido até 2016, que segue também em anexo.

Este estudo transversal descritivo e analítico-correlacional tem como objetivos descrever as atitudes dos enfermeiros que se encontram a frequentar o mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar nas diferentes dimensões da escala "Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros", assim como comparar estes resultados com os obtidos nas restantes áreas de especialidade em Enfermagem. Desta forma, procuro compreender se existe e qual o sentido da relação entre a frequência de um mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar com as atitudes dos enfermeiros face à abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

Serão incluídos no estudo os estudantes da ESSLei do contingente geral que frequentam um mestrado em Enfermagem (sejam do primeiro ou segundo anos). São excluídos do estudo o investigador e os estudantes internacionais (por motivos de validade do instrumento de colheita de dados). Os dados serão recolhidos através de um questionário online elaborado na plataforma "Forms" do Office 365 e que solicito a possibilidade da sua divulgação por parte da ESSLei para os emails dos estudantes envolvidos na investigação. Os dados serão, então, analisados de forma anónima pelo investigador principal.

Desde já, grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Sousa

## APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ESTUDANTES DA ESSLEI

# Projeto: 'CuidarFam'

## – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem



ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde-  
Protocolo de Investigação

Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

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.

Os enfermeiros dos diversos contextos do sistema de saúde e de diferentes especialidades em Enfermagem desenvolvem diferentes abordagens 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.

<https://forms.office.com/pages/designpagev2.aspx?lang=pt-PT&...df-ECR-LKdIIKEm4C6T5dJUMThLVVBFUFA3VjVLTjdaNzJDMlo1UFo0Ri4u>

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. São garantidos 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 e/ou os coordenadores do projeto.

Obrigado pela sua colaboração.

**Investigador principal:**

Pedro Emanuel Alexandre de Sousa,  
estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na ESSLei.  
Contactos: telf. 964634693; email: 5210043@my.ipleiria.pt

**Professora supervisora:**

Professora Doutora Maria Clarisse Martins Louro, RN, M.Sc., Ph.D

**Coordenadores do projeto**

Professora Doutora Carolina Henriques, RN, M.Sc., Ph.D., Pos-Doc  
Professor Doutor João Frade, RN, M.Sc., Ph.D.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

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. \*

- Sim, concordo em participar
- Não desejo participar no estudo

## Parte I – Dados Sociodemográficos

2. Qual a sua idade (anos)? \*

Introduza a sua resposta

3. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

- Solteiro(a)
- União de facto / casado(a)
- Separado(a) / Divorciado(a)
- Viúvo(a)

4. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra

5. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

- Enfermeiro
- Enfermeiro especialista
- Enfermeiro Gestor

6. Que curso de Mestrado em Enfermagem se encontra atualmente a frequentar? \*

- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de S. Materna e Obstétrica
- Enfermagem de S. Mental e Psiquiátrica

7. Em que ano letivo deste mestrado se encontra? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação. \*

- 1º ano
- 2º ano

8. Caso já 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 Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica
- Sem especialidade

9. Qual o seu número de anos de exercício profissional?  
Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

Introduza a sua resposta

10. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

- Cuidados de Saúde Primários
- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Lares
- Outros

11. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? \*

Introduza a sua resposta

12. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: \*

Sim

Não

13. Indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:  
\*

Académico

Formação Contínua

Outro

## Parte II - Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas.

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

**Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.**

### 14. IFCE-AE \*

	1	2	3	4
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, convido- os 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 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				

## ANEXOS

## ANEXO I - PROJETO 'CUIDARFAM'

# ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde- Protocolo de Investigação

## Projeto: ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

| Submetido para parecer e autorização das Instituições Parceiras

| Promotores



| Parceiros



### IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM’

**Domínio Científico:** Ciências da Saúde

#### **Descritores (MeSH)**

Transição  
Família  
Cuidar  
Enfermagem

**Data do início do projeto:** Janeiro de 2018

**Data prevista do término:** Final de 2026

#### **Previsão de Instituições Envolvidas:**

Escola Superior de Enfermagem do Porto (colaboraremos com eles no estudo de âmbito nacional através da nossa aplicação).

Escola Superior de Saúde de Leiria

## ENQUADRAMENTO

Este projeto 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. 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.

O projeto está estruturado em seis fases:

**Fase I: Revisão Sistemática da Literatura:** A Revisão sistemática da literatura representa a utilização de método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários. Trata-se de um estudo secundário, observacional e retrospectivo.

Sob o ponto de vista metodológico, a presente fase consiste numa revisão da literatura, em que se procurará compilar estudos de forma sistemática, através da análise de trabalhos presentes na bases de dados *SciELO*<sup>®</sup>, e em todas as bases de dados que integram a *EBSCOhost*<sup>®</sup> (Medline, Cinhal, Cocharane, Health Technology Assessements, Mediclatina Psychology and Behavioral Sciences Collection) e a *Web of Science*<sup>®</sup> nos idiomas português, inglês e espanhol. Será ainda realizada pesquisa no

Google Scholar<sup>®</sup>, bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal<sup>®</sup> (RCAAP<sup>®</sup>). Através da questão de pesquisa elaborada com descritores por *PICO* foi definida que a população em estudo (*P*) são os enfermeiros, as intervenções (*I*) são os cuidados/intervenções de enfermagem, (*C*) a comparação dos resultados obtidos nos diferentes estudos e os resultados esperados (*O*), as atitudes favorecedoras dos processos de transição por parte dos enfermeiros face à famílias.

A pesquisa será feita tendo por base os descritores definidos (MeSH ou caso não seja possível, utilizar palavras chave) e os artigos a selecionar têm por base os seguintes critérios de inclusão: artigos datados de um período pós-2005 (ou seja, com menos de dez anos); artigos cujo título contenha uma ou mais palavras dos nossos descritores em português, inglês ou espanhol; artigos que embora não incluindo as palavras anteriormente referidas, após a leitura do seu resumo/*abstract* apresentem potencial relevância para o trabalho em questão. Proceder-se-á leitura e avaliação crítica do estado da arte no domínio em estudo. Para a realização desta fase deverá utilizar-se como referencial teórico o Modelo das Transições de Afaf Meleis (2000), o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e a taxonomia CIPE<sup>®</sup> (versão 2.0).

**Fase II: (Re)validação do instrumento e sua aplicação:** No presente projeto recorreremos a um instrumento de colheita de dados, composto por duas partes distintas (Anexo I). A primeira parte é relativa a dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte aplicaremos a *Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros* (Barbiéri, MC et al., 2009)<sup>1</sup>.

Esta escala é uma adaptação da *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003. Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas

---

<sup>1</sup> Barbiéri, MC et al., (2009). *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados

(Wright e Leahey, 2009), e os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Barbiéri, MC et al., 2009).

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Barbiéri, MC et al., 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou 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. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família.

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Barbiéri, MC. et al., (2009). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduz-se no Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
<p style="text-align: center;"><b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b></p>	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b></p>	<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 de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de 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 style="text-align: center;"><b>Família: fardo</b></p>	<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 stresse.</p>

A consistência interna no estudo realizado por Barbiéri, MC et al., (2009), para validar a Escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões bem como da escala total. A consistência interna da escala total foi de  $\alpha = 0,87$ , valor muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Barbiéri, MC et al., 2009).

O projeto aqui apresentado servirá de base à possibilidade de diferentes estudos, sejam estes de cariz descritivo ou de cariz correlacional. O mesmo será aplicado a enfermeiros portugueses e que aceitem participar voluntariamente na investigação, independentemente do seu contexto laboral.

Serão tidos em consideração todos os procedimentos éticos inerentes à realização e condução de uma investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes (Anexo I)

**Fase III: Avaliação dos resultados, sua análise e discussão.**

**Fase IV: Elaboração do relatório final.**

## **GOALS**

1. Conhecer as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
2. Analisar as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
3. Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros/estudantes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

## **QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

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

- Quais são as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados?
- Qual são as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados?

- Qual é a relação existente as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família e algumas características sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

## **POPULAÇÃO ALVO**

O estudo será aplicado a enfermeiros independentemente do seu contexto laboral. Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população. Como critérios de inclusão definimos:

- Enfermeiros portugueses/Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou a desenvolverem a sua prestação de cuidados/ensino clínico em Portugal;
- Enfermeiros/Estudantes que concordem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

## **ENTIDADE PROMOTORA**

O Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria é uma unidade de investigação multidisciplinar orientada para a investigação em Saúde. Na prossecução da sua ação, beneficia de uma grande diversidade de especializações e colaboração de investigadores de outras Instituições e Unidades de Investigação. Os objetivos do ciTechCare são:

- Promover, coordenar e apoiar projetos de investigação nas áreas definidas pelo conselho científico da unidade;
- Cooperar com outros grupos de investigação, instituições de prestação de cuidados de saúde, de ensino ou outras instituições;
- Promover o desenvolvimento da investigação científica e sua articulação com as dinâmicas de formação graduada e pós-graduada;
- Elaborar estudos e trabalhos orientados para as necessidades da comunidade;
- Difundir o conhecimento científico e tecnológico

## EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

### Coordenadores do Projeto de Investigação

---

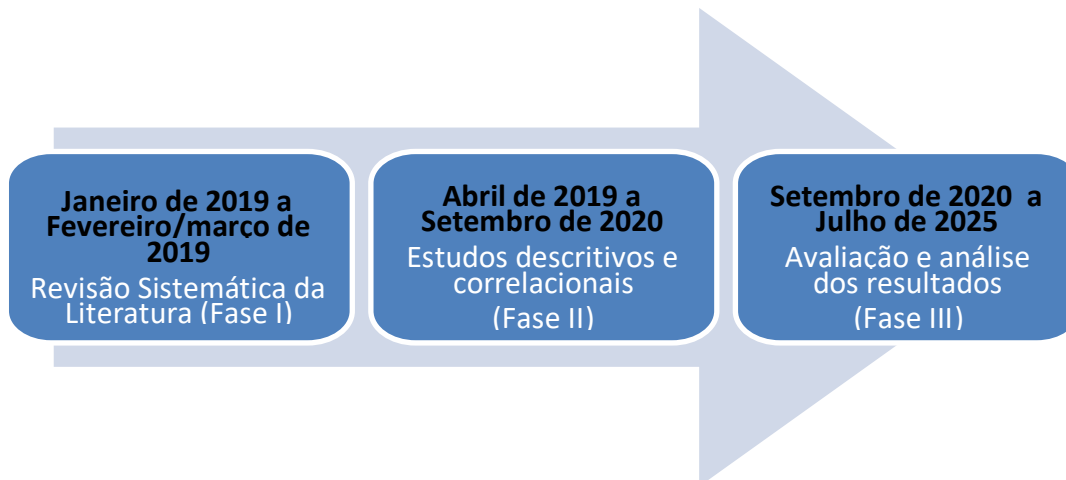
- João Frade, PhD, MPH, RN, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria
- Carolina Miguel Graça Henriques, Pós-Doc, PhD, MSc, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, [carolina.henriques@ipleiria.pt](mailto:carolina.henriques@ipleiria.pt).

### Equipa de Investigação

---

- Estudantes de enfermagem da formação pré (licenciatura) e pós graduada (mestrados).
- Outros docentes que venham a colaborar no projeto

## CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



## DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

- Comunicação dos resultados, podendo estas utilizar os resultados do estudo para os fins que se entenderem convenientes;
  - Comunicação dos resultados em congressos nacionais e internacionais; -
- Publicação de artigos em revistas revisadas por pares;

## ANEXOS

### 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.**

	1	2	3	4
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, convidoos 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 II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O PROJETO 'CUIDARFAM'

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

**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 descritas as 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 Flomina Bokello*



ANEXO III - RESULTADOS OBTIDOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA NAS  
DIFERENTES BASES DE DADOS CIENTÍFICAS UTILIZADAS NA RSL

Encontrados 23 documentos, a visualizar página 1 de 3

Ordenado por **Relevância**

Ordenado por:

Ordem:

Relevância

Descendente

Atualizar

« « 1 2 3 » » rss feed resultados pesquisa

### Importância da família nos cuidados de enfermagem

— Pires, Eliana; Sousa, Filomena; Magalhães, Carlos Pires; Fernandes, Adília

A família definida como uma unidade básica da sociedade, centra-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano contribuindo para o bem-estar dos elementos que a compõem. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. O presente estudo visa identificar as atitudes dos enfermeiros...

Data: 2017 | Origem: [Biblioteca Digital do IPB](#)

Mais info.

### Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar

— Mascarenhas, Carla Sofia Pinto de

Os Enfermeiros de Família são prestadores de cuidados, que têm como finalidade o alcance de um potencial de saúde para todos, dentro de uma estratégia fundamental que consiste no reforço dos cuidados de saúde destinados à família. As atitudes dos enfermeiros no que concerne ao envolvimento das famílias no planeamento dos cuidados são fundamentais para alcançar resultados de excelência. Nos últimos anos, altera...

Data: 2022 | Origem: [IC-online](#)

Mais info.

### Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do ...

— Oliveira, Isabel; Oliveira, Cíntia; Carvalho, Juliana; Santos, Nuno; Torres, Ana

Resumo Enquadramento: a violência doméstica é um problema de saúde pública. O enfermeiro de família, enquanto contacto privilegiado com mulheres e famílias, pode desempenhar um papel relevante na abordagem à mulher vítima de violência. Objetivo: identificar os conhecimentos, atitudes e barreiras dos enfermeiros de família na abordagem às mulheres vítimas de violência doméstica. Metodologia: desenho quantitativo...

Data: 2020 | Origem: [SciELO Portugal](#)

Mais info.

### As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária...

— Sampalo, Aurélio Danda; Spagnolo, Lillian Moura de Lima; Schwartz, Eda; Siqueira, Hedi Crescencia Heckler de; Medeiros, Adriane Calvetti de

## 23 Resultados

### Texto Pesquisado

Atualizar

### Refinar resultados

#### Autor

- Sousa, Filomena (1)
- Carvalho, Cristina Lourenço (1)
- Sousa, Maria Anabela Alves de (1)
- Ferreira, Monica da Silva (1)
- Duarte, Estela (1)

Ver mais opções

#### Data

- 2022 (7)
- 2017 (4)
- 2020 (4)
- 2014 (3)
- 2019 (2)

Ver mais opções

#### Tipo de Documento

- Dissertação de mestrado (19)
- Artigo científico (3)
- Objeto de conferência (1)

#### Tipo de acesso



Buscando: **CINAHL Complete**, [Exibir tudo](#) | [Escolher bases de dados](#)

nurs\* attitud\* Selecionar um campo (opcional) Buscar

AND - famil\* Selecionar um campo (opcional) Limpar

AND - Selecionar um campo (opcional) + -

[Busca básica](#) [Busca avançada](#) [Histórico de busca](#)



## Refinar resultados

Busca atual para

Booleano/Frase:

nurs\* attitud\* AND famil\*

Limitadores

Texto completo

Resumo disponível

Data de publicação: 20170101-

Idioma

english

portuguese

spanish

Geografia

europa

continental europe

[Limpar tudo](#)

Resultados da busca: 1 - 20 de 178

Relevância

Opções de página

Compartilhar

### 1. Comparison of Swedish nurses' attitudes toward involving families in care over a decade.



Período científico académico

(includes abstract) Konradsen, Hanne; Kabir, Zarina Nahar; Boström, Anne-Marie; Årestedt, Kristofer *BMC Nursing*, 3/2/2022; 21(1): 1-8. 8p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1472-6955, Base de dados: CINAHL Complete

Background: Involving families in care benefits both patients and their families. Sweden was one of the first countries to introduce family nursing, but its effect on nurses' attitudes toward inv...

Assuntos: Nurse Attitudes Evaluation; Nursing Care; Family Centered Care; Family; Adult: 19-44 years; Male; Female



Texto completo em HTML Texto completo em PDF

### 2. Opportunities and challenges for family-centered postpartum care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of nurse perspectives.



(includes abstract) Buek, Katharine W.; O'Neil, Molly; Mandell, Dorothy J. *BMC Nursing*, 4/27/2022; 21(1): 1-9. 9p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1472-6955, Base de dados: CINAHL Complete



(attitud\*) AND (enfermeir\*) AND (familia)

Todos os índices

Buscar

Adicionar outro campo +

Histórico de busca

Resultados: 44

Ordenar por Relevância

Página 1 de 3

#23 (attitud\*) AND (enfermeir\*) AND (familia)

Filtros seleccionados

Idioma: Português

WoS Áreas Temáticas: Enfermagem

Filtros

Filtrar

Coleções

Todos

Brasil

Portugal

35

9

Selecionar esta página | Imprimir | Enviar por e-mail | Exportar | Compartir

0 Itens seleccionados



1. **Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down**

Nunes, Michelle Darezzo Rodrigues; Dupas, Giselle; Nascimento, Lucila Castanheira

Revista Brasileira de Enfermagem Abr 2011, Volume 64 Nº 2 Páginas 227 - 233

Resumo: > EN > ES > PT | Texto: EN ES PT | PDF: EN | PDF: ES | PDF: PT

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200002> 9331 downloads



2. **Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família**

Benito, Gladys Amélia Vélez; Becker, Luciana Corrêa

Revista Brasileira de Enfermagem Jun 2007, Volume 60 Nº 3 Páginas 312 - 316

Resumo: > EN > ES > PT | Texto: EN ES PT | PDF: EN | PDF: ES | PDF: PT

12710 downloads Citado 1 vez em SciELO



3. **Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa**