



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

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

Atitudes dos enfermeiros na parceria de cuidados com a família

VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA

Leiria, abril de 2025



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

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

Atitudes dos enfermeiros na parceria de cuidados com a família

Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem de Saúde Familiar

VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA (nº 5230149)

Unidade curricular: Estágio de natureza profissional em Enfermagem de
Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP

Professor Orientador: Professor Doutor João Frade

Leiria, abril de 2025

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa não apenas o fim de uma etapa acadêmica, mas também o resultado de um percurso construído com o apoio e incentivo de muitas pessoas, às quais estou profundamente agradecida.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora de estágio a atenção, as sugestões sempre pertinentes e a confiança no meu trabalho. A sua dedicação e conhecimento foram fundamentais para o meu desempenho.

Aos professores e colegas de curso agradeço pelas discussões enriquecedoras, pelo companheirismo ao longo do curso e pelas contribuições que ampliaram a minha visão acadêmica.

À minha família, o meu amor e a eterna gratidão. Aos meus pais e sogros, pelo apoio incondicional em todos os momentos. Ao meu marido e aos meus filhos todo o amor, paciência e incentivo nos momentos mais desafiadores.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho, direta ou indiretamente. A cada um de vocês, o meu muito obrigada.

RESUMO

ENQUADRAMENTO: O desenvolvimento da ciência e da prática da enfermagem tem conduzido ao reconhecimento da família como um alvo central e participante ativo nos cuidados de saúde. As atitudes dos enfermeiros durante a intervenção terapêutica com as famílias refletem a sua percepção sobre a importância da integração familiar no processo de cuidar (Oliveira et al., 2011). Essas atitudes influenciam diretamente a disposição dos profissionais em envolver as famílias, sendo fundamentais para compreender como contextualizam o indivíduo no seio familiar em situações de saúde ou doença (Frade et al., 2021). Benzein et al. (2008) categorizou essas atitudes em dimensões positivas — como ver a família como parceira e recurso nos cuidados de enfermagem — e negativas, como considerar a família um fardo. Conhecer estas perspectivas é essencial para definir caminhos a seguir na enfermagem, de forma a garantir a inclusão efetiva das famílias em todas as áreas de intervenção profissional (Frade et al., 2021).

OBJETIVOS: Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com as suas atitudes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, numa amostra não probabilística por conveniência. O instrumento utilizado foi um questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais e a escala “*Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros*” (IFCE-AE), validada em 2009 para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011).

RESULTADOS: Amostra constituída por 42 enfermeiros de CSP, distribuída pelas seguintes unidades funcionais: USF (52,4%), UCSP (33,3%) e UCC (14,3%). A maioria constituída pelo género feminino, casados e com uma média de 48 anos de idade. O tempo de exercício profissional médio é de 25 anos, 47,6% com uma especialização e 50% com formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Estes enfermeiros apresentam atitudes de parceria

nos cuidados com a família, com uma pontuação média total de 83,14 pontos na escala IFCE-AE.

CONCLUSÃO: Os enfermeiros apresentam atitudes de apoio em relação à integração da família nos cuidados de enfermagem. Em relação às características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros foi verificado que existe evidência estatística significativa entre atitudes mais positivas na parceria da família nos cuidados de enfermagem e a idade, o grau acadêmico, o tempo de exercício profissional e a formação em enfermagem de saúde familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Atitude, família, enfermeiro, enfermagem familiar, cuidados de saúde primários

ABSTRACT

BACKGROUND: The development of nursing science and practice has led to the recognition of the family as a central target and active participant in healthcare. Nurses' attitudes during therapeutic interaction with families reflect their perception of the importance of integrating the family into the care process (Oliveira et al., 2011). These attitudes directly influence professionals' willingness to involve families and are key to understanding how they contextualize the individual within the family setting in health or illness situations (Frade et al., 2021). Benzein et al. (2008) categorized these attitudes into positive dimensions—such as viewing the family as a partner and a resource in nursing care—and negative ones, such as perceiving the family as a burden. Understanding these perspectives is essential for defining future directions in nursing to ensure the effective inclusion of families in all areas of professional intervention (Frade et al., 2021).

OBJECTIVES: To identify the sociodemographic and professional characteristics of nurses, to characterize nurses' attitudes towards the family as an integral part of the care process, and to examine the relationship between these characteristics and their attitudes towards the involvement and participation of the family in the care process.

METHODOLOGY: A quantitative, descriptive, analytical, correlational, and cross-sectional study using a non-probabilistic convenience sample. The instrument used was a questionnaire consisting of sociodemographic and professional questions, along with the *"Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes"* (IFCE-AE) scale, validated in 2009 for the Portuguese population by Oliveira et al. (2011).

RESULTS: The sample consisted of 42 nurses distributed across the following functional units: USF (52.4%), UCSP (33.3%), and UCC (14.3%). Most participants were female, married and with an average age of 48 years. The average length of professional experience was 25 years, 47.6% held a specialization and 50% had training in Family Health Nursing. These nurses demonstrated partnership-oriented attitudes towards family care, with a total average score of 83.14 points on the IFCE-AE scale.

CONCLUSION: Nurses show supportive attitudes regarding the integration of the family into nursing care. Regarding the nurses' sociodemographic and professional characteristics, statistically significant evidence was found linking more positive attitudes toward family partnership in care with age, academic degree, years of professional experience, and training in family health nursing.

KEYWORDS: Attitude, family, nurse, family nursing, primary health care

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE QUADROS.....	XII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XV
INTRODUÇÃO.....	19
1– CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	22
1.1 - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ULS.....	22
1.1.1 – ULS da Região de Leiria.....	23
1.2 – CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO.....	24
1.2.1 – Espaço Físico.....	24
1.2.2 – Recursos Humanos e Serviços de Apoio.....	25
1.2.3 – Horário de Funcionamento.....	25
1.3 – CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	26
1.3.1 – Missão e Visão.....	26
1.3.2 – Recursos Humanos e Materiais.....	26
1.3.3 – Horário de Funcionamento.....	27
1.3.4 – Acessibilidade e Circuito dos utentes.....	27
1.3.5 – Carteira Básica de Serviços.....	27
1.3.6 – Caraterização dos utentes da USF.....	28
1.4 – CONTRATUALIZAÇÃO.....	29
1.4.1 – Plano de Ação da USF.....	30
1.4.2 – Indicadores da USF.....	30
1.5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	32
1.5.1 – Critérios para a realização da Visita Domiciliária.....	35
1.6 – CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR.....	36
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	40
2.1 – FAMÍLIA.....	40
2.2 – TIPO E ESTRUTURA DA FAMÍLIA.....	43

2.3 – FUNÇÕES DA FAMÍLIA.....	47
2.4 – FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA.....	48
2.4.1 – Teoria Geral dos Sistemas.....	49
2.4.2 – Cibernética.....	51
2.4.3 – Teoria da Comunicação Humana.....	52
2.5 – FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS E TEÓRICOS PARA A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	53
2.5.1 – Teorias das Ciências Sociais.....	57
2.5.2 – Teorias da Terapia Familiar.....	58
2.5.3 – Teorias e Modelos de Enfermagem.....	60
2.6 – DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA FAMÍLIA.....	62
2.6.1 – Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary (MCAIF).....	63
2.6.2 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).....	67
2.6.3 – Cuidar Baseado nas Forças.....	68
2.6.4 – Modelo Circumplexo de Olson.....	70
2.6.5 – Instrumentos de Avaliação Familiar.....	73
2.6.6 – Entrevista Familiar como técnica de intervenção.....	76
2.6.7 – Processo de Enfermagem.....	78
3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA	
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	80
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	81
3.2– COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE	
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	86
4 – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	91
4.1 – INTRODUÇÃO	91
4.2 – ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA NOS CUIDADOS À FAMÍLIA.....	93
4.3 – PROJETO: ‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM..	95
4.4 – METODOLOGIA.....	96
4.4.1 – Questões de Investigação e Hipóteses.....	96
4.4.2 – Objetivos.....	97
4.4.3 – População e Amostra.....	98
4.4.4 – Tipo de Estudo.....	99

4.4.5 – Identificação das Variáveis	100
4.4.5.1 – Variável Dependente	100
4.4.5.2 – Variável Independente	101
4.4.6 – Instrumento de recolha de dados	102
4.4.7 – Procedimentos na recolha e análise de dados	105
4.4.8 – Considerações Éticas	110
4.5 – RESULTADOS DO ESTUDO	111
4.5.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	111
4.5.2 – Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem	116
4.5.3 – Teste de Hipóteses	118
4.6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	123
CONCLUSÃO	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Carteira Básica de Serviços da USF	
APÊNDICE II - Tipos de Consultas Programadas de Vigilância Saúde/Doença	
APÊNDICE III - Objetivos do Plano de Melhoria relacionados com a Gestão da Saúde e da Doença da USF, junho de 2024	
APÊNDICE IV - Autorização para consulta dos dados do MIM@UF	
APÊNDICE V - Resultados da avaliação da perspetiva dos pais e enfermeiros de família acerca da realização da Visita Domiciliária ao Recém-Nascido	
APÊNDICE VI - Formação “Terapêutica Inalatória: Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios”	
APÊNDICE VII - Folheto Informativo da “Visita Domiciliária ao Recém-Nascido”	
APÊNDICE VIII - Apresentação à equipa de enfermagem - I Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH’25)	
APÊNDICE IX - Processo de Enfermagem da Família Casal	
APÊNDICE X - Formação “Programa de Saúde da Família do SClínico”	
APÊNDICE XI - Instrumento de recolha de dados	

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética para o projeto 'CuidarFam'

ANEXO II - Certificados de presença em formações

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de utentes inscritos nos CSP da ULS RL	24
Figura 2 – Distribuição de utentes inscritos na USF	28
Figura 3 – Pirâmide Etária dos utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar	37
Figura 4 – Prevalência de problemas de saúde dos utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar	38
Figura 5 – Sistema Familiar e seus Subsistemas	45
Figura 6 – Estrutura Conceptual da Enfermagem de Família	54
Figura 7 – Fontes Conceptuais de teorias emergentes da Enfermagem de Família	56
Figura 8 – Teorias Conceptuais da Enfermagem de Família	56
Figura 9 – Teoria das Transições de Meleis	62
Figura 10 – Diagrama do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary	64
Figura 11 – Modelo de Intervenção Familiar de Calgary: interseção de domínios de funcionamento familiar e intervenções	66
Figura 12 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação	68
Figura 13 – Processo em Espiral	69
Figura 14 – Modelo Circumplexo de Olson	71
Figura 15 – Etapas do Processo de Enfermagem	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem mais frequentes em junho de 2024.....	34
Quadro 2 – Etapas do Ciclo Vital Familiar e respectivas tarefas de desenvolvimento	42
Quadro 3 – Níveis da prática de Enfermagem de Saúde Familiar.....	55
Quadro 4 – Características das teorias das Ciências Sociais utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar.....	57
Quadro 5 – Teorias/Modelos de Enfermagem relevantes para o desenvolvimento da Enfermagem de Família	61
Quadro 6 – Intervenções de enfermagem nos domínios do funcionamento familiar.....	66
Quadro 7 – Ingredientes-Chave da Entrevista Familiar em 15 minutos	77
Quadro 8 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e atividades realizadas em contexto da prática clínica	82
Quadro 9 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar e atividades realizadas em contexto da prática clínica	87
Quadro 10 – Operacionalização da variável dependente	100
Quadro 11 – Operacionalização das variáveis independentes	101
Quadro 12 – Dimensões, itens e pontuação da IFCE-AE	104
Quadro 13 – Testes estatísticos a serem utilizados para avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a variável dependente	110

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que contribuem para o IDE da USF	31
Tabela 2 – Distribuição de utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar por grupo etário e género	36
Tabela 3 – Distribuição das famílias do ficheiro da equipa de saúde familiar por número de pessoas no agregado	37
Tabela 4 – Distribuição de utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar por programas de vigilância	39
Tabela 5 – Comparação dos resultados do alfa de <i>Cronbach</i> para a escala IFCE-AE	106
Tabela 6 – Resultados do teste de normalidade <i>Shapiro-Wilk</i> para a variável dependente.	108
Tabela 7 – Resultados do teste de <i>Levene</i> para homogeneidade de variâncias entre populações	108
Tabela 8 – Descrição da amostra por idade	112
Tabela 9 – Descrição da amostra por tempo de exercício profissional	115
Tabela 10 – Distribuição da amostra por frequência e contexto da formação em ESF	116
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo as atitudes dos enfermeiros face à família (IFCE-AE)	117
Tabela 12 - Valores obtidos na escala IFCE-AE, distribuídos por quartis que representam a classificação das atitudes de apoio	118
Tabela 13 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género	119
Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade	119
Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o estado civil	119

Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o grau acadêmico	120
Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a formação acadêmica adicional	120
Tabela 18 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a área de especialização	121
Tabela 19 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o título profissional	121
Tabela 20 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o tempo de exercício profissional	121
Tabela 21 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a unidade de saúde onde exerce funções	122
Tabela 22 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a realização de formação em enfermagem de saúde familiar	123
Tabela 23 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de saúde familiar	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género	111
Gráfico 2 – Resultados da amostra por idade	112
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por estado civil	112
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por grau académico	113
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por formação académica adicional	113
Gráfico 6 – Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem	114
Gráfico 7 – Distribuição da amostra por título profissional	114
Gráfico 8 – Resultados da amostra por tempo de exercício profissional	115
Gráfico 9 – Distribuição da amostra por contexto de trabalho	116

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES PL - Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Litoral

AO - Assistente Operacional

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

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

ciTechCare - Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

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

GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

ICN - *International Council of Nurses*

ID - Índice de Desempenho

IDE - Índice de Desempenho da Equipa

IDG - Índice de Desempenho Global

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

IFNA - *International Family Nursing Association*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPL - Instituto Politécnico de Leiria

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RCCR - Rastreio Cancro do Cóló do Útero

RCCU - Rastreio Cancro do Cólon e Reto

RCM - Rastreio Cancro da Mama

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC - Serviço de Atendimento Complementar

SBNC - *Strength Based Nursing Care*

SC - Secretário Clínico

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS RL - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

UP - Unidades Ponderadas

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), tratando-se do relatório final do estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados à família em contexto de uma Unidade de Saúde Familiar (USF).

O ciclo de estudos deste Mestrado inclui a realização de 3 Ensinos Clínicos de enfermagem de cuidados de saúde à família, num total de quinhentas horas. Ao longo destes estágios foram desenvolvidas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) com a mobilização, para a prática, dos modelos, técnicas e conhecimentos adquiridos em todas as unidades curriculares, assim como a aplicação do processo de enfermagem às famílias como unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital.

Este último Ensino Clínico teve como objetivos 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, 2024).

A *International Family Nursing Association* (IFNA, 2017) considera que os enfermeiros de família devem possuir conhecimentos especializados, no sentido de manter a saúde familiar e assim conseguir uma melhor gestão dos problemas de saúde vivenciados por esta.

A evolução e reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal reconhece a importância da família na produção de saúde e conseqüentemente na melhoria da mesma, uma vez que é no contexto familiar que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000).

Em 2005, são implementadas as USF onde se evidencia o papel promissor do enfermeiro de família, integrado numa equipa multidisciplinar, seguindo um modelo de cuidados de proximidade, que direciona o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados. Neste trajeto, a ESF emergiu como um campo de atuação autónomo,

mantendo o enquadramento em CSP, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados (Abreu, 2014).

A enfermagem de saúde familiar é uma realidade recente em Portugal que procura ir ao encontro das necessidades familiares, envolvendo-a na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital. Para isso, é necessário compreender a família como 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, 2009, 2012).

A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde, reconhecendo que da relação entre enfermeiro e família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos que permitem a ocorrência de transições positivas. A formação especializada contribui para que os enfermeiros adotem eficazmente a perspetiva sistémica do cuidado, considerando o indivíduo, a família e o ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão (Wright & Leahey, 2005).

A evidência científica também revela que a atitude dos enfermeiros é determinante na qualidade das relações estabelecidas com a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes (Benzein et al., 2008).

O foco dos cuidados do EEESF são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente na promoção da saúde e gestão da doença (Regulamento nº 126/2011 da Ordem dos Enfermeiros).

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro capítulo começa por uma breve abordagem do novo modelo de organização e funcionamento em Unidades Locais de Saúde (ULS) e, de seguida, é feita a descrição sucinta e sistematizada da contextualização, organização e funcionamento da USF onde decorreram os Ensinos Clínicos, o respetivo plano de ação, os resultados em saúde dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e a caracterização do ficheiro de utentes da equipa de saúde familiar integrada.

O segundo capítulo apresenta um enquadramento teórico e conceptual: família como conceito e como sistema, referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar e modelos de avaliação e intervenção familiar.

O terceiro capítulo aborda as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESF, assim como as atividades desenvolvidas para as atingir durante os Ensinos Clínicos.

O quarto capítulo apresenta o resultado da prática especializada baseada na evidência onde se encontra uma investigação desenvolvida sobre as atitudes que os enfermeiros em CSP assumem perante a importância da integração das famílias nos cuidados de enfermagem.

Por último, são apresentadas algumas considerações, as referências bibliográficas utilizadas, os apêndices e anexos identificados ao longo do trabalho¹.

¹ Este trabalho segue as normas em vigor no guia de elaboração de trabalhos académicos e no guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas do Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Para uma melhor contextualização da prática clínica de enfermagem de saúde familiar será apresentada uma breve descrição da organização e funcionamento da ULS, mais especificamente da ULS da Região de Leiria (ULS RL) composta, em parte, pelo Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio que integra a USF onde decorreram os Ensinos Clínicos. Segue-se uma apresentação da sua organização, dinâmica e funcionamento e ainda a caracterização do ficheiro da equipa de saúde familiar integrada.

1.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ULS

Em 2005 a área dos CSP experimentou uma profunda reforma, sendo a formação das USF a face mais visível dessa reforma, dando resposta às necessidades em saúde e acompanhando todo o ciclo vital de um conjunto de utentes/famílias, traduzindo-se em enormes e inquestionáveis benefícios para a população (Decreto-Lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde)

Portugal tem sofrido uma profunda mudança demográfica, com o aumento da população idosa e, o conseqüente, aumento da esperança média de vida que traduz altas incidências de doenças crónicas, como a diabetes, a hipertensão arterial, a demência, entre outras (Ministério da Saúde, 2023). Este aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população exigiu que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) fomentasse um modelo organizacional com o objetivo de promover a integração de cuidados primários e hospitalares com foco nas pessoas e que permitisse a obtenção de ganhos em saúde, pela proximidade das decisões e pelo aumento da autonomia (Decreto-Lei nº 102/2023 do Ministério da Saúde; Mestre, 2023).

Assim, num movimento de reorganização do SNS, a 7 de novembro de 2023, o decreto-lei nº 102/2023 “procede...à criação de novas ULS, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES [Agrupamento de Centros de Saúde], adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde” (p.5).

A transição para o modelo de organização e funcionamento em ULS, pressupõe a articulação, complementaridade e integração entre os diferentes níveis de cuidados e tipologias de serviços, de forma a potenciar ao máximo os recursos disponíveis e a obter ganhos em desempenho e resultados em saúde para os cidadãos (Mestre, 2023).

1.1.1 ULS da Região de Leiria

A ULS RL tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes, dos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pombal e Porto de Mós (ULS RL, 2024).

A ULS RL é composta pelas seguintes unidades (ULS RL, 2025a):

- Hospitalares: Hospital de Santo André – Leiria; Hospital Distrital de Pombal – Pombal e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça;
- Centros de Saúde: Centro de Saúde de Alcobaça; Centro de Saúde Batalha; Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio; Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques; Centro de Saúde Marinha Grande; Centro de Saúde Pombal; Centro de Saúde Porto de Mós; Centro de Saúde de Ourém; Centro de Saúde de Fátima e Centro de Saúde da Nazaré, e respetivas Unidades Funcionais (UF).

Segundo os dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) de junho de 2024 a ULS RL tem um total de 397.449 utentes inscritos, distribuídos por 41 UF, que correspondem a 532.783,50 Unidades Ponderadas (UP) (Figura 1).



Figura 1 – Distribuição de utentes inscritos nos CSP da ULS RL

Fonte: print screen do BI-CSP, 2024²

Esta atual reorganização de cuidados centralizados na ULS RL, trouxe mais desafios porque toda a equipa da USF também se encontrava numa fase de adaptação e constrangimentos, como a não existência de um regulamento interno aprovado com definição de circuitos e procedimentos. Importa referir que a caracterização do centro de saúde e o local de estágio foi feita com base em inúmeros documentos internos ainda aprovados pelo antigo Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO

O Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio é uma das unidades que compõem a ULS RL. Integra 8 UF, designadamente, a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) Arnaldo Sampaio, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Campos do Lis, a UCSP Norte, a USF Fonte do Rei, a USF Martingil, a USF Santiago de Leiria, a USF Parceiros e o Serviço de Atendimento Complementar (SAC) Arnaldo Sampaio (ULS RL, 2025b).

1.2.1 Espaço Físico

A sede situa-se, na freguesia de Marrazes - Leiria, sendo composta por 2 pisos, cada um com uma entrada: no piso 0, a porta de entrada principal que dá acesso à USF Santiago, USF

² SNS (2024a), BI-CSP - ULS RL. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/Pages/default.aspx>

Martingil e Unidade de Saúde Pública e no piso -1, uma porta de acesso à UCC Dr. Arnaldo Sampaio, serviços de esterilização, limpeza, tratamento e acondicionamento de resíduos, armazém administrativo e hoteleiro, gabinete do cidadão, gabinetes de psicologia, serviço social e saúde ambiental.

Cada UF tem os seus gabinetes médicos e de enfermagem, sala de tratamentos, salas de espera e balcões de atendimento próprios. Os principais espaços comuns são: sala de reuniões e copa.

1.2.2 Recursos Humanos e Serviços de Apoio

O centro de saúde dispõe de 4 assistentes operacionais (AO) que dão apoio na esterilização, nas visitas domiciliárias como motoristas, serviço de estafeta, arquivo, entre outras. Dispõe ainda de assistente social, psicólogo e fisioterapeuta.

Os serviços de limpeza programados e regulares das instalações são assegurados por empresas especializadas (Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC], 2023).

O serviço de esterilização encontra-se centralizado na sede, sendo da responsabilidade da AO as tarefas de recolha, lavagem, inspeção, esterilização e transporte de distribuição às diversas UF e polos afetos a cada unidade (ARSC, 2023).

Relativamente ao tratamento de resíduos, as UF deverão adotar os procedimentos estabelecidos relativamente ao acondicionamento e separação de resíduos de acordo com a norma de boas práticas elaborado pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA). A recolha é efetuada pela entidade contratualizada para o efeito (ARSC, 2023).

Em relação ao tratamento da roupa, atualmente, esta é recolhida em cada UF pela AO que a transporta até à lavandaria do Hospital de Santo André e, posteriormente, distribui às diversas UF.

1.2.3 Horário de Funcionamento

Cada UF do centro de saúde tem os seus próprios horários de atendimento aos utentes inscritos, de segunda a sexta-feira. Aos fins de semana e feriados os utentes podem deslocar-se ao Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio (sede), que tem em funcionamento a Consulta Aberta, das 9 às 13 horas, para situações agudas.

De acordo com o projeto nacional “Ligue antes, salve vidas”, ULS RL recomenda que a pessoa com sintomas ligue SNS 24 (808 24 24 24) antes de recorrer aos serviços de saúde, quer aos CSP, quer ao SU da ULS RL. Após a orientação feita pelo SNS 24, o utente pode ser orientado para ficar no domicílio em auto-cuidados, para uma consulta agendada nos CSP com hora marcada no próprio dia ou no dia seguinte ou para o SU, consoante a gravidade do seu estado clínico (ULS RL, 2025c).

1.3 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Todos os Ensinos Clínicos decorreram numa USF do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio. Esta USF é uma UF de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras UF da ULS RL (USF M., 2023a).

Com início de funções a 31 de dezembro de 2020, apresenta o lema “Juntos no compromisso de cuidar”. É uma USF modelo B, desde 01 de janeiro de 2024, constituída pelos Módulos C e D. Numa perspetiva de trabalho de “equipa de família”, uniformização de procedimentos por todos os profissionais e cumprimento de objetivos foram constituídas equipas de saúde familiar (USF M., 2023a).

1.3.1 Missão e Visão

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde com eficiência e qualidade, com garantia ao acesso, globalidade e continuidade dos cuidados aos seus utentes. Pretende atuar aos vários níveis de prevenção, tratando e encaminhando os problemas identificados, sempre com respeito pela sua dignidade e autonomia (USF M., 2023a).

A equipa da USF tem a visão de ser uma unidade de confiança e satisfação dos utentes, através da prestação de cuidados de saúde acessíveis e de qualidade. Pretende ser uma unidade em constante formação e atualização técnico-científica dos profissionais (USF M., 2023a).

1.3.2 Recursos Humanos e Materiais

A USF é constituída, atualmente, por 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos (SC), que formam 7 equipas de saúde familiar compostas por médico, enfermeiro de família e SC.

Todos os gabinetes possuem material e equipamento necessário à realização das diversas consultas. Existe também um armazém avançado de farmácia e de material, com uma listagem afixada, que é revisto semanalmente pelo enfermeiro responsável e é repostado de acordo com as necessidades.

1.3.3 Horário de Funcionamento

O horário de funcionamento da USF é das 8 às 20 horas, nos dias úteis, com período de atendimento das 8h15 às 19h45. Os utentes poderão obter informações presencialmente, por telefone ou e-mail durante todo o horário de funcionamento da USF (USF M., 2023a).

1.3.4 Acessibilidade e Circuito dos Utentes

A USF, apesar de ser constituída por dois pisos, apresenta entradas térreas para o interior do edifício. Tem um elevador no interior para utentes com mobilidade reduzida ou em cadeira de rodas, sendo o espaço interior amplo.

A USF está servida por uma rede de transportes públicos, embora com alguma imitação de horários. A população mais idosa recorre a transportes próprios, táxi, ou, à rede de suporte social familiar ou amigos.

O acolhimento aos utentes é realizado no balcão do Modulo D, onde se encontram geralmente dois SC (USF M., 2023a).

A população inscrita na USF tem acesso à carteira básica de serviços e existem fluxogramas sobre os processo-chave, sendo estes a base dos procedimentos da USF. São constituídos pelas seguintes áreas de prestação de cuidados (USF M., 2023a):

- Consulta Programada;
- Consulta de Doença Aguda (Consulta aberta e Consulta de intersubstituição);
- Visitação Domiciliária.

De referir que, atualmente, utentes sem médico de família são encaminhados para o Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques - Leiria.

1.3.5 Carteira Básica de Serviços

A carteira básica de serviços (USF M., 2023a) é constituída pelos serviços de saúde que os utentes inscritos poderão aceder, nomeadamente o atendimento telefónico/e-mail e as

seguintes consultas: programada de vigilância de saúde/doença, aberta, de intersubstituição, domiciliária, não presencial e medidas terapêuticas e intervenções de enfermagem (Apêndice I).

As consultas programadas de vigilância de saúde/doença (USF M., 2023a) englobam consultas de Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Planeamento Familiar, Rastreamento Oncológico, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Diabetes e Hipertensos (Apêndice II).

1.3.6 Caracterização dos utentes da USF

A área geográfica de abrangência da USF tem 19,17 Km², sendo das freguesias que apresenta maior densidade populacional no distrito e um total de 26 225 habitantes (USF M., 2023a).

Segundo o BI-CSP de junho de 2024, estavam inscritos na USF 11.814 utentes correspondente a 15.161 UP. Da totalidade do número de utentes inscritos 10.053 utentes (85,09%) possuem uma equipa de saúde familiar, estando os restantes sem médico de família (14,91%). A totalidade dos utentes da USF estão distribuídos por grupo etário e género representados na figura 2.



Figura 2 – Distribuição de utentes inscritos na USF

Fonte: print screen do BI-CSP, 2024³

³ SNS (2024b), BI-CSP - USF Martingil. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101093/Paginas/default.aspx>

Verificamos que, dos utentes inscritos, 5.602 são homens e 6.212 são mulheres. A faixa etária predominante é, para os homens, entre os 45-49 anos e, para as mulheres, entre os 40-44 anos. Em relação à população feminina, 2.748 mulheres estão no período fértil (entre 15-54 anos) o que corresponde a 23,3% do total da população inscrita.

Analisando mais detalhadamente a pirâmide etária verificamos que a USF presta cuidados a 1.794 jovens (20,2%) com idades inferiores a 15 anos e a 7.639 pessoas (64,6%) em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), estes valores encontram-se acima da média nacional, com 12,8% e 63,1%, respetivamente. Relativamente à população idosa com idade igual ou superior a 65 anos, a USF tem 2.381 idosos (20,2%) inscritos, encontrando-se este valor abaixo da média nacional com 24,1% (INE, 2024).

A população inscrita apresenta um índice de dependência total de 54,65%, sendo que 31,17% corresponde ao índice de dependência de idosos. Estes valores encontram-se abaixo da média nacional, com 58,5% e 38,2%, respetivamente (INE, 2024). No entanto, o índice de dependência de jovens da USF corresponde a 23,48%, encontrando-se este valor ligeiramente acima da média nacional com 20,3% (INE, 2024).

1.4 CONTRATUALIZAÇÃO

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis dos CSP, agora integrados em ULS, potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos no processo, designadamente, os utentes e os profissionais de saúde (SNS, 2024c).

O processo de contratualização incentiva a melhoria do acesso ao nível dos CSP, com especial ênfase na realização de consultas presenciais, vigilância de doentes crónicos e resposta à doença aguda. Garante os programas de vacinação, de rastreio, de diagnóstico precoce, de saúde materna, infantil, planeamento familiar e dos adultos, assim como todas as outras atividades essenciais para o seguimento dos utentes, potenciando a integração de cuidados durante todo o seu ciclo vital (SNS, 2024c).

1.4.1 Plano de Ação da USF

O Plano de Ação (2023-2025) da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, formalizado em 2023 mediante carta de compromisso acordada ainda com o ACES PL (USF M., 2023b).

Com a reorganização dos cuidados de acordo com o modelo organizacional em ULS, é alterado o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF com ajuste de especificações da contratualização para 2024 (SNS, 2024c).

A USF, em conjunto com o Conselho de Administração da ULS RL, elabora a sua carta de compromisso em junho de 2024 onde contempla, entre outros, o plano de melhoria para o decorrente ano, a tabela de incentivos institucionais e o plano de formação (USF M., 2024).

Segundo a carta de compromisso (USF M., 2024), o plano de melhoria centrou-se na promoção do desempenho assistencial, onde destaque apenas os objetivos que dependem muito dos cuidados da equipa de enfermagem da USF. Estes objetivos estão relacionados com a Gestão da Saúde da Mulher, da Saúde Infantil e Juvenil e da Gestão da Doença, nomeadamente a nível dos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), asma e diabetes mellitus (Apêndice III).

1.4.2 Indicadores da USF

Até dezembro de 2023, a avaliação de resultados e ganhos em saúde nos CSP era realizada com base em diversos indicadores definidos a nível nacional que contribuíam para o valor do índice desempenho global (IDG). A USF apresentava em novembro de 2022 um IDG de 82,6 tendo aumentado em dezembro de 2023 para 87.7 (SNS, 2023). A USF obteve em todas as áreas um índice de desempenho (ID) igual ou superior ao valor contratualizado para o ano de 2023. Apenas na área do desempenho assistencial, o único ID abaixo do contratualizado (87.5) foi a subárea do Acesso que obteve um valor de 84.90 (SNS, 2023) provavelmente devido à ausência de três médicos, em vários períodos distintos.

O modelo ULS, amplamente generalizado em 2024, introduz alterações no processo de avaliação das mesmas. A avaliação das USF passa a ser operacionalizada pelo Índice de

Desempenho de Equipa (IDE), pela matriz da tabela de incentivos institucionais e por avaliação de outros objetivos identificados pela equipa (SNS, 2024d).

Em dezembro de 2023, a USF tinha 82 indicadores de 23 dimensões operacionalizados para contabilização do IDG (SNS, 2023) e, em janeiro de 2024 tem 43 indicadores de 12 dimensões operacionalizados para contabilização do IDE (SNS, 2024d). De acordo com a carta de compromisso de 2024, o IDE da USF em abril de 2024 era de 74,5. Em dezembro de 2024, verificou-se um aumento do IDE para 79,9 (SNS, 2024d).

Os indicadores contratualizados sensíveis aos cuidados de enfermagem que contribuem para os resultados obtidos pela equipa de saúde familiar da USF estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 1 – Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que contribuem para o IDE da USF (continua)

DIMENSÃO	INDICADOR	RESULTADO MAIO 2024	RESULTADO DEZEMBRO 2024
ACESSO	2013.008.01 FL: Taxa utilização consultas de PF (méd./enf.)	57,941	62,276
	2013.294.01 FL: Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	229,971	206,910
	2017.331.01 FL: Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,866	0,920
GESTÃO DA DOENÇA	2013.020.01 FL: Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90 mmHg	63,366	80,365
	2013.023.01 FL: Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	84,930	89,266
	2017.036.01 FL: Proporção utentes DM com registo de GRT	90,187	94,576
	2013.037.01 FL: Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	92,873	96,723
	2013.261.01 FL: Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	80,140	95,028
	2017.314.01 FL: Proporção DM com TA > = 140/90 mmHg	18,107	8,927
	2013.436.01 FL: Proporção DPOC > = 40 A, c/ cons. vigil. DPOC 1ª	68,553	84,615
	2017.437.01 FL: Proporção asma > = 18 A, c/ cons. vigil. asma 1A	53,333	64,846
GESTÃO DA SAÚDE	2013.045.01 FL: Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. cancro colo útero	72,310	77,650
	2013.295.01 FL: Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	96,341	92,208
	2013.034.01 FL: Proporção obesos > = 14 A, c/ cons. vigil. obesidade 2A	80,352	80,664
	2017.046.01 FL: Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	63,075	72,332
	2013.054.01 FL: Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	87,368	89,524
	2013.098.01 FL: Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	96,260	96,697

(conclusão)

GESTÃO DA SAÚDE	2018.397.017 FL: Prop. Fumador com int. Breve ou muito breve 1 ano	48,049	50,360
	2020.435.01 FL: Proporção utentes com vacina gripe gratuita SNS	61,819	57,526
	2013.063.01 FL: Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	90,833	92,248
	2013.095.01 FL: Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	97,087	98,148
	2013.269.01 FL: Índice de acompanham. adequados s. infantil 2º ano	0,902	0,896
	2013.302.01 FL: Índice de acompanham. adequados s. infantil 1º ano	0,938	0,951

Fonte: BI-CSP, 2024⁴

Da análise comparativa destes indicadores podemos verificar resultados muito positivos, com uma melhoria em todos os indicadores de uma maneira geral. Apenas o indicador da proporção de utentes com vacina da gripe gratuita SNS encontra-se abaixo do mínimo aceite provavelmente devido à opção da vacinação contra a gripe estar disponível nas farmácias aderentes. Em relação a este assunto, em janeiro de 2024, a OE emitiu um comunicado (OE, 2024a) referindo que esta opção de vacinação levou à diminuição da taxa de cobertura vacinal em relação aos anos anteriores. Reforça ainda que a estratégia de vacinação deve manter-se centralizada nos CSP e ser administrada pelos enfermeiros de família.

De realçar ainda que, nos indicadores de enfermagem apresentados, é perceptível a não contemplação das atividades desenvolvidas com as famílias. De acordo com a OE (2010), o enfermeiro de família presta “cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais” (p.1). Tendo em conta o referido considero que será importante e essencial a inclusão de indicadores de enfermagem que contemplem a saúde da família.

1.5 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Nas consultas de enfermagem, tendo em conta as diferentes etapas do desenvolvimento familiar e/ou individual são identificadas necessidades de saúde. São elaborados os diagnósticos e realizadas intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudáveis, de compreensão e aceitação dos estados de saúde-doença, assim como

⁴ SNS (2024d). BI-CSP - IDE UF. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>

mudanças comportamentais necessárias para atingir melhores níveis de saúde e autonomia (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

A equipa de enfermagem da USF realiza as suas consultas durante todo o horário de funcionamento da unidade, aplicando, em cada consulta, de forma personalizada, o processo de enfermagem de acordo com as necessidades do indivíduo e da sua família ao longo de todo o ciclo vital.

Está implementado o modelo de trabalho do Enfermeiro de Família, onde a equipa de enfermagem assegura cuidados a todos os utentes/famílias inscritos em todas as fases do ciclo de vida, com os objetivos da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (USF M., 2023a).

Os enfermeiros de família da USF, nas suas consultas, planeiam e desenvolvem atividades de vigilância, promoção da saúde, prevenção da doença, procedimentos curativos e técnicas de enfermagem. Realizam atividades de diagnóstico e respetivas intervenções de enfermagem com uma avaliação dos cuidados prestados aos diferentes níveis (Vigilância, Prevenção, Promoção, Tratamento e Reabilitação) (USF M., 2023a).

Durante os Ensinos Clínicos, foi operacionalizado o processo de enfermagem, dirigido tanto ao indivíduo como à família enquanto alvo da atenção de enfermagem. Considero que a organização dos cuidados pelo método de equipa de saúde familiar permite um conhecimento mais amplo das famílias e suas necessidades, sendo facilitador na prestação dos cuidados individualizados e assertivos dos problemas reais das famílias.

O exercício profissional de enfermagem insere-se num contexto multiprofissional, sendo as suas intervenções autónomas ou interdependentes com os demais profissionais da equipa. Não posso deixar de referir que existe uma boa articulação entre as equipas de saúde familiar e referência com outras entidades de saúde como a UCC e cuidados secundários, bem como com outros recursos (serviço social, fisioterapia, psicologia). Nesta perspetiva, o enfermeiro de família é o elo de ligação entre a família, outros profissionais e recursos da comunidade garantindo uma equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Para exercer as suas competências, o EEESF tem de aplicar os modelos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar na sua prática profissional de forma a ter acesso à família e atuar sobre a mesma, tal como sugerem as boas práticas em saúde (Figueiredo, 2009, 2012).

De referir que os instrumentos de avaliação familiar e escalas relativamente a cada família e mesmo o programa de Saúde da Família, na maioria das vezes, não são preenchidos na aplicação informática. São considerados como constrangimentos desta situação o número elevado de utentes para prestar cuidados, o tempo máximo fixado para cada consulta ou mesmo o desconhecimento por parte dos enfermeiros de família. Assim, é de extrema importância a formação junto das equipas de enfermagem sobre registos eletrónicos em saúde no programa de Saúde da Família.

Também o registo informático SClínico, na forma como está delineado, dificulta a identificação dos focos de enfermagem, determinação dos diagnósticos e respetivas intervenções não sendo fácil a sua consulta e continuidade de cuidados.

A crescente exigência dos indicadores dos CSP são uma preocupação da equipa da USF, no entanto o programa informático de registos (SClínico) ainda apresenta muitas lacunas na área da enfermagem da saúde familiar e, no geral, muito trabalho realizado pela equipa não é traduzido em indicadores e em ganhos de saúde.

As intervenções de enfermagem mais registadas nas consultas de enfermagem da USF encontram-se no quadro abaixo. Estes dados foram recolhidos do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), tendo autorização prévia da coordenadora da USF para a consulta de dados nesta plataforma informática (Apêndice IV).

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem mais frequentes em junho de 2024
(continua)

Grupo Etário	Intervenções de Enfermagem
>= 0 e < 7 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil - Monitorizar peso corporal - Monitorizar altura - Monitorizar índice de massa corporal - Informar para o papel parental - Avaliar adesão à vacinação - Monitorizar perímetro cefálico - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil - Planear vacinação - Administrar vacina

(conclusão)

≥ 7 e < 65 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão à vacinação - Monitorizar tensão arterial - Monitorizar índice de massa corporal - Monitorizar peso corporal - Monitorizar frequência cardíaca - Monitorizar usos de tabaco - Monitorizar uso de álcool - Avaliar potencial para melhorar o comportamento - Monitorizar o perímetro abdominal - Monitorizar altura
≥ 65 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial - Avaliar gestão do regime terapêutico - Monitorizar frequência cardíaca - Avaliar adesão à vacinação - Avaliar diabetes - Monitorizar perímetro abdominal - Monitorizar índice de massa corporal - Monitorizar peso corporal - Ensinar sobre complicações - Monitorizar uso de álcool

Fonte: MIM@UF, 2024

Verificam-se que as intervenções de enfermagem estão mais relacionadas com a avaliação e monitorização do que as intervenções relacionadas com cuidados e ensinamentos de enfermagem.

De forma a dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros, seria pertinente o aumento do registo de intervenções autónomas de enfermagem uma vez que estes registos demonstram que, na consulta de enfermagem, são realizadas mais intervenções interdependentes como monitorizações de biometrias e consumo de substâncias. No entanto, de realçar que existe uma particular preocupação na gestão e execução do Plano Nacional de Vacinação (PNV) por parte da equipa de enfermagem.

De referir, também, que no mês de junho apenas foram levantadas quinze intervenções de enfermagem cujo alvo seria a família. Essas intervenções estão maioritariamente relacionadas com avaliação do papel parental e cuidados a crianças com necessidades especiais. O enfermeiro de família necessita de ter mais disponibilidade para trabalhar em parceria com as famílias, o que a atual organização dos CSP e o tamanho dos ficheiros dos utentes das equipas de saúde familiar não permitem.

1.5.1 Critérios para a realização da Visita Domiciliária

A Visita Domiciliária deve ser agendada 24h úteis após decisão da equipa de saúde e cumprir os seguintes critérios (USF M., 2023a):

- utentes acamados (de forma transitória ou permanente);
- utentes com dificuldade de mobilização, com dependência funcional moderada a grave;
- utentes em estadio terminal, portadores de défice motor grave e/ou de doenças agudas incapacitantes;
- outras situações que o médico/enfermeiro considere que se justifica a observação e/ou cuidados em visita domiciliária.

Cada médico tem pelo menos uma vaga semanal do seu horário dedicado à visita domiciliária, com duração de 30 a 60 minutos. Cada enfermeiro ajusta o seu horário à necessidade de visita domiciliária, com duração de 30 minutos (USF M., 2023a).

1.6 CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

Cada enfermeiro de família tem a seu cargo uma lista de utentes, agrupados em famílias, coincidente com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence.

A colheita de dados relativa aos utentes da equipa de saúde familiar integrada foi efetuada através do do MIM@UF, correspondendo ao mês de maio de 2024.

Relativamente à dimensão, o ficheiro tem um total de 1600 utentes distribuídos por 674 famílias, correspondendo a 2166 UP. De realçar que o número de utentes, famílias e mesmo UP encontram-se acima do rácio fixado pela OE para as dotações seguras em USF (Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros), que correspondem, por enfermeiro, a 1550 utentes ou 1917 UP e 350 famílias.

Na tabela abaixo estão representados o total de utentes por grupo etário e género.

Tabela 2 – Distribuição de utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar por grupo etário e género

GRUPO ETÁRIO	HOMEM	MULHER	TOTAL
≥ 0 e < 7 anos	54	34	88
≥ 7 e < 65 anos	536	577	1.113
≥ 65 e < 74 anos	88	113	201
≥ 75 anos	79	119	198
Total	757	843	1.600

Fonte: MIM@UF, 2024

A distribuição das 674 famílias está representada na tabela abaixo tendo em conta o número de elementos por agregado familiar.

Tabela 3 - Distribuição das famílias do ficheiro da equipa de saúde familiar por número de pessoas no agregado

Número de elementos por agregado familiar	Número de famílias inscritas
1	215
2	170
3	141
4	124
5	18
6	6
TOTAL	674

Fonte: MIM@UF, 2024

Podemos verificar que prevalecem as famílias pouco numerosas, sendo a maioria constituída apenas por um elemento (31,9%). Neste contexto, o índice de envelhecimento elevado poderá ser uma das razões desta percentagem significativa, correspondendo, maioritariamente, a viúvos e a casais idosos (INE, 2023).

Tendo em conta a pirâmide etária dos utentes do ficheiro de família (Figura 3) verifica-se um alargamento no meio da pirâmide onde os grupos etários com maior predomínio correspondem à população ativa.



Figura 3: Pirâmide Etária dos utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar

Fonte: MIM@UF, 2024

Relativamente à área geográfica de habitação, 1.518 utentes residem no concelho de Leiria, 1.155 pertencem à área geográfica da USF e os restantes 82 pertencem a outros concelhos do país.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, o grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude, em termos de mortalidade e de carga de doença e incapacidade, continuam a ser: doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Quando considerada apenas a carga de doença e incapacidade, assumem uma dimensão muito elevada as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, os transtornos mentais e de comportamento, as doenças neurológicas e as doenças dos órgãos dos sentidos (DGS, 2022).

Em relação à prevalência dos problemas de saúde dos utentes da equipa de saúde familiar, e corroborando também alguns dos problemas descritos no PNS, os resultados estão representados na figura 4.

ICPC		Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS		557	1
T83	EXCESSO DE PESO		539	2
T82	OBESIDADE		258	3
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES		246	4
P17	ABUSO DO TABACO		231	5
W11	CONTRACEPÇÃO ORAL		159	6
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS		155	7
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE		131	8
P74	DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE		121	9
L90	OSTEOARTROSE DO JOELHO		119	10

Figura 4 – Prevalência de problemas de saúde dos utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar

Fonte: *print screen* do MIM@UF, 2024

Os principais problemas de saúde descritos acima constituem um desafio à equipa de saúde familiar uma vez que são fatores de risco modificáveis com intervenção no estilo de vida, promovendo uma alimentação saudável, a prática de exercício físico e a cessação tabágica. De realçar a prevalência de doenças relacionadas com a saúde mental, nomeadamente a perturbação depressiva e o distúrbio ansioso, e pelo impacto considerável na vida da pessoa/família, torna-se pertinente a articulação com profissionais da especialidade e a promoção da saúde mental.

Relativamente à distribuição de utentes pelos programas de vigilância de saúde e/ou doença, dos 1600 utentes inscritos, 1239 eram vigiados em pelo menos um programa de vigilância (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de utentes do ficheiro da equipa de saúde familiar por programas de vigilância

PROGRAMAS DE VIGILÂNCIA	UTENTES COM PROGRAMAS ASSOCIADOS
Saúde Infantil e Juvenil	342
Saúde Materna	8
Planeamento Familiar	303
Diabetes	136
HTA	329
Rastreio Oncológico	735

Fonte: MIM@UF, 2024

Podemos verificar que, no ficheiro da equipa de saúde familiar, a vigilância dos utentes com doenças crónicas é elevado e percebe-se uma preocupação por parte da equipa em realizar os rastreios oncológicos. São seguidas 303 mulheres em idade fértil no planeamento familiar e 342 crianças em saúde infantil e juvenil. Por outro lado, o número de grávidas seguidas em saúde materna é extremamente reduzido.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Com base nos conteúdos teóricos lecionados e conhecimentos adquiridos em todas as unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, e em alguma pesquisa bibliográfica, é feito um enquadramento que sustenta a prática especializada da Enfermagem de Saúde Familiar.

2.1 FAMÍLIA

De acordo com o INE, apesar de verificarmos um aumento do número de famílias comparativamente com o aumento da população, estas têm-se tornado cada vez mais pequenas, existindo um maior número de famílias do tipo nuclear, unipessoal, monoparental, em detrimento da família alargada e numerosa. Também o aumento das famílias reconstituídas tem sido uma realizada no nosso país (INE, 2023).

Estes decréscimos refletem as baixas taxas de fecundidade, com adiamento da parentalidade, as baixas taxas de natalidade e de nupcialidade. Associado a esta realidade está também o aumento do envelhecimento e da esperança de vida que, em termos práticos, se traduz num maior número de casais idosos e indivíduos a viverem sozinhos (viúvos e viúvas) (INE, 2023).

Estas transformações sociais e demográficas, implicaram alterações consideráveis tanto na estrutura e organização familiares como nas suas funções e interações, quer internas, quer com a comunidade (Spínola & Figueiredo, 2023).

Tal como as transformações da família têm ocorrido a par com as transformações sociais e demográficas, também o conceito de família está em permanente construção e reestruturação (Figueiredo, Santos & Santiago, 2023).

Inicialmente, a família foi definida como um conjunto de pessoas que moram juntas e que estão relacionadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção. Sendo este conceito muito restrito para as ciências sociais da família foi então acrescentado ao conceito de família, as interações e comunicações entre os seus membros, assim como a manutenção de uma cultura comum (Hanson, 2005).

Só a partir dos anos 80 é que surgiram definições de família para além dos laços de sangue, de matrimónio e legais (Hanson, 2005). Wright e Leahey (2005) defendem que o conceito de

família “fundamenta-se nas concepções familiares sobre a família, e não em quem mora na casa” e referem ainda que “família é quem os seus membros dizem que são” (pp.48-49).

De acordo com este conceito, também Hanson (2005) defende que os enfermeiros que trabalham com famílias têm de ter sempre em conta quem são considerados os elementos da família e incluir essas pessoas no planeamento de cuidados de saúde.

Para o *International Council of Nurses* (ICN) a família é entendida como um grupo, unidade funcional ou todo coletivo, formado por pessoas vinculadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo o todo considerado um sistema maior que a soma das partes (ICN, 2016).

Embora não exista uma definição universal de família, esta tende a ser entendida como complexa e deverá ser compreendida numa perspetiva holística. Sampaio e Gameiro (1985, as cited in Alarcão, 2002) referem a família como “um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (pp.11-12). O ciclo da vida de uma família representa os diversos estádios de desenvolvimento que são marcados por alterações na estrutura, dinâmica e funcionamento familiar tendo, cada membro da família, tarefas específicas a realizar (Alarcão, 2002; Hanson, 2005).

Também Silva et al. (2023), referem-se ao ciclo vital como uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento que provocam transformações na estrutura da família de acordo com o cumprimento de tarefas que caracterizam essas diferentes etapas. O cumprimento dessas tarefas está relacionado com as características individuais dos membros da família, com a sua dinâmica interna e com o grupo social onde se insere.

Na literatura, existem várias classificações das diferentes etapas do ciclo vital, no entanto são relativamente consensuais alguns critérios de diferenciação (Alarcão, 2002):

- aparecimento de novos elementos e de novos subsistemas;
- tarefas de desenvolvimento a realizar e, conseqüentemente a gestão das mudanças funcionais e estruturais da família;
- saída de elementos do núcleo familiar.

Importa referir também que o ciclo vital da família e as suas diferentes etapas é conceptualizado tendo como referência a família nuclear tradicional, constituída por mãe, pai e filhos, e a idade e evolução do filho mais velho (Alarcão, 2002), uma vez que as mudanças das experiências do filho mais velho afetam os restantes membros da família.

De acordo com os modelos do ciclo vital da família mais conhecidos e utilizados são os propostos por Duvall e Miller (1985), Carter e McGoldrick (1995) e o modelo português de Relvas (2000), que tem como referência a cultura portuguesa (Silva et al., 2023).

Será feita apenas uma síntese do modelo do ciclo vital da família de Duvall e Miller (1985) porque foi o adotado como referencial e operativo na avaliação do processo familiar do SClínico, tendo sido o utilizado no contexto dos Ensinos Clínicos (Quadro 2).

Quadro 2 - Etapas do Ciclo Vital Familiar e respetivas tarefas de desenvolvimento

ETAPAS DO CICLO VITAL FAMILIAR ⁵	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO
Família sem filhos Do casamento ao nascimento do 1º filho	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de uma relação conjugal; - Preparação para a gravidez e parentalidade; - Adaptação à família alargada do outro cônjuge.
Famílias com filhos pequenos Do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar (3 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustamento às exigências da criança dependente e promoção do seu desenvolvimento; - Formação de um lar satisfatório para pais e filhos.
Famílias com filhos em idade pré-escolar Da idade pré-escolar até à entrada na escola (6 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação às necessidades e interesses da criança, estimulando e promovendo o seu desenvolvimento educacional; - Enfrentar o cansaço e a diminuição de intimidade provocada pelo desempenho do papel de pais.
Famílias com filhos em idade escolar Da entrada na escola até à adolescência (13 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; - Relacionamento com outras famílias na mesma fase.
Famílias com filhos adolescentes Da saída da escola até ao início de estudos superiores	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade no período de amadurecimento e emancipação dos adolescentes, sendo esta tarefa partilhada com a comunidade; - Estabelecer interesses pós-parentais.
Famílias com filhos adultos jovens Saída do filho de casa	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a separação e saída dos filhos de casa (para trabalhar, serviço militar, universidade, casamento...) – com rituais e assistência adequada; - Manter uma base de suporte familiar.
Família de meia-idade Entre a saída do último filho e a reforma	<ul style="list-style-type: none"> - Reconstrução da relação de casal; - Redefinição da relação com as gerações mais velhas e mais novas.
Família Idosa Da reforma à viuvez	<ul style="list-style-type: none"> - Lidar com a reforma, eventual viuvez e viver só; - Adaptação ao envelhecimento e eventual escolha de um domicílio mais adequado a esta fase de vida.

Fonte: Silva et al, 2023

⁵ O nome e definição de cada etapa do ciclo vital está de acordo com o descrito no SClínico

De salientar que, independentemente do modelo do ciclo vital da família, a leitura das diferentes etapas não pode ser linear. As várias etapas não são rígidas o que significa que as tarefas desenvolvimentais de cada uma não terminam no momento exato em que se inicia uma nova etapa (por exemplo, numa família com filhos adolescentes e filhos pequenos vão coexistir tarefas desenvolvimentais) (Alarcão, 2002).

Alarcão (2002) desperta-nos também para a eventual necessidade de se realizarem novas investigações para redefinir as diferentes etapas ciclo vital da família tendo em conta as alterações que têm ocorrido na sociedade em relação à constituição e composição das famílias.

Outro conceito que importa definir é o de transição. Etimologicamente, a palavra transição é latina e refere-se à ideia de passar de um ponto a outro ou de uma situação para outra com vista há transformação ou mudança.

Na família podem ocorrer transições de dois tipos (Relvas, 2004):

- Transições normativas - acontecimentos esperados ou mesmo planeados, mas imprevisíveis no seu desfecho. Referem-se a mudanças que são vividas pela maior parte dos indivíduos e famílias (casamento, gravidez, nascimento de um filho, entrada de um filho na escola...);
- Transições não normativas ou acidentais - acontecimentos imprevisíveis que ocorrem na família e que geram mal-estar psicológico, quer para a família, quer para o indivíduo (divórcio, morte, desemprego, doença...).

Durante o ciclo de vida familiar, ocorrem várias situações de transição que exigem da família e dos seus membros a capacidade de adaptação e de mudança, sendo esta influenciada pelo percurso feito no passado e determinando o futuro das relações interfamiliares (Alarcão, 2002). A capacidade da família para lidar com as transições e o tempo que vai necessitar para voltar ao seu ponto de equilíbrio depende do tipo de transição (Silva et al, 2023).

2.2 TIPO E ESTRUTURA DA FAMÍLIA

Podemos perceber a prevalência de vários tipos de famílias na sociedade de hoje tendo por base Stuart (1991) que refere cinco características essenciais para o conceito de família (Wright e Leahey, 2005):

- a família é uma unidade;
- os membros da família podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos;
- a família pode ou não ter crianças;
- existe um compromisso e um vínculo afetivo entre os membros da família que compreendem obrigações futuras;
- a família assume as funções de proteção, nutrição e socialização dos seus membros.

O tipo de família é classificado de acordo com a sua composição e os vínculos existentes entre os seus membros. Apesar de existirem, na literatura, inúmeras e diversas tipologias, Figueiredo (2012) adota uma tipologia que “permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (p.74):

- Casal – homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados;
- Família nuclear – homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados, podendo ser ou não legalmente casados ou casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não legalmente casados;
- Família reconstruída – casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento;
- Família monoparental – figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental;
- Coabitação – homens e mulheres solteiros que partilham a mesma habitação;
- Família institucional – conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos;
- Comuna – grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associados a grupos domésticos;
- Unipessoal – pessoa que vive sozinha numa habitação;
- Alargada – três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco.

Seja qual for o tipo de família que encontremos “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes as expectativas sociais” (Relvas, 2004, p.14).

Para Hanson (2005), a estrutura familiar é o conjunto de relações existentes entre os seus membros e entre a família e os outros sistemas sociais. Também para Figueiredo (2012) conhecer a estrutura familiar implica identificar os membros que a constituem, os vínculos entre eles próprios e entre os sistemas mais amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental.

A estrutura familiar pode ser definida como uma “rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem” (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002, pp. 67-69). Corresponde ao funcionamento da família como grupo tendo em conta os seguintes parâmetros: “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde?” (Alarcão, 2002, p.54).

O sistema familiar composto por hierarquias e relações entre os diversos subsistemas (Figura 5) e parte de um supra-sistema necessita de regras que regulam o relacionamento entre os membros da família.

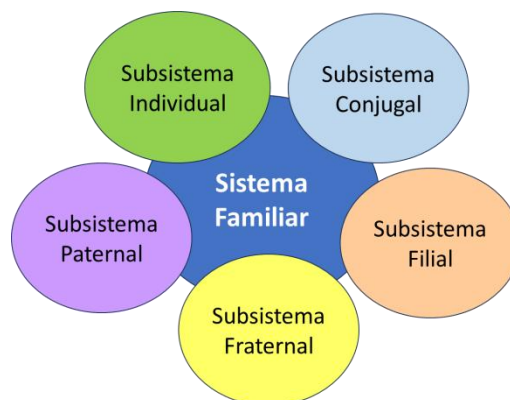


Figura 5 - Sistema Familiar e seus subsistemas

Assim, cada elemento da família participa em diferentes subsistemas, nos quais assume diferentes papéis e estatutos (Alarcão, 2002; Dias, 2011):

- Subsistema individual - composto pelo indivíduo que tem um papel, estatuto e funções quer familiares, quer noutros sistemas dos quais faz parte;
- Subsistema conjugal - composto pelo casal que tem a função de desenvolver limites ou fronteiras que os proteja da intrusão de outros elementos;

- Subsistema parental - constituído pelos elementos que desempenham funções executivas, visa a educação e proteção das gerações mais novas;
- Subsistema filial - surge com o nascimento do primeiro filho, sendo composto pelos filhos que aprendem as relações de poder, o sentido da autoridade, a negociação e gestão de conflito no âmbito de uma relação vertical;
- Subsistema fraternal - constituído pelos irmãos onde se realiza o treino das relações entre pares, sendo um lugar de socialização.

O funcionamento do sistema familiar exige o estabelecimento de limites, também denominados de fronteiras. Estes permitem regular a informação não só entre a família e o meio externo, mas também entre os diversos subsistemas, com o objetivo de proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros (Alarcão, 2002).

Minuchin (as cited in Alarcão, 2002) define três tipos de limites:

- Limites claros – delimitam o espaço e funções de cada membro ou subsistema, mas permitem a troca de influências entre os mesmos, havendo uma clara definição de papéis e flexibilidade;
- Limites difusos – caracterizam-se por haver grande permeabilidade, pondo em risco a diferenciação entre subsistemas, não sendo claro quem desempenha cada papel podendo, mesmo, haver troca de papéis;
- Limites rígidos – dificultam a comunicação e compreensão mútuas, existe uma clara definição de papéis, contudo não existe flexibilidade.

Partindo da diferenciação e permeabilidade dos limites, Minuchin (as cited in Alarcão, 2002) define as famílias como emaranhadas ou desmembradas:

- Famílias emaranhadas – dominadas por movimentos centrípetos, fecham-se em si mesmas, estabelecendo fronteiras rígidas com o exterior. Há uma preocupação excessiva entre os diferentes elementos da família, reduzindo as distâncias interpessoais e misturando as fronteiras entre gerações, subsistemas e indivíduos. Estas famílias têm dificuldade de adaptação e a tentativa de autonomia é considerada como falta de lealdade para com o sistema familiar;

- Famílias desmembradas - dominadas por movimentos centrífugos, têm uma grande abertura com o exterior, estabelecendo fronteiras rígidas no interior do sistema familiar. Os membros destas famílias funcionam de forma individualista, sendo a comunicação entre subsistemas difícil e as funções de proteção da família estão diminuídas. Verifica-se uma expulsão precoce para a vida social que não corresponde a uma verdadeira autonomia, mas sim, a um corte emocional. Apesar da rigidez dos papéis parentais, frequentemente são instáveis.

Apesar destes extremos de funcionamento familiar estarem associados a certos tipos de sintomas, Alarcão (2002), citando novamente Minuchin, salienta alguns aspetos:

- que todas as famílias podem passar por períodos de maior emaranhamento (período da formação do casal ou da etapa com filhos pequenos) ou de maior desmembramento (adolescência ou saída dos filhos de casa);
- uma mesma família pode apresentar diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas ou membros;
- é necessário ter em conta o contexto cultural e a história familiar na classificação do grau de emaranhamento ou desmembramento de uma família.

2.3 FUNÇÕES DA FAMÍLIA

Seja qual for o tipo de família, esta trabalha em cooperação para cumprir as suas funções familiares. Independentemente da sua estrutura, a família tem a seu cargo funções que são desempenhadas para manter a integridade familiar, dar resposta às necessidades individuais de cada um dos seus membros, respondendo às expectativas da sociedade (Nogueira, 2003).

Segundo Relvas (as cited in Lobo, 2023), as duas principais funções da família são:

- Função interna - satisfação das necessidades básicas de todos os membros da família, educação e proteção, definição de espaços independentes e individuação dos vários membros, criação de um sentimento de pertença e transmissão da tradição familiar;
- Função externa - transmissão da cultura e das regras do contexto ambiental onde ela se insere e articulação das tradições familiares com a cultura do meio social.

Hanson (2005) considera que a função da família deve ser avaliada a um micronível, família como sistema social e a um macronível, família como instituição social. Na primeira, é feita uma análise do crescimento e desenvolvimento dos seus membros, e na manutenção do sistema familiar e na segunda, é feita uma análise das funções da família na sociedade.

Também Figueiredo (2012) refere, além dos afetos, reprodução e economia, as funções de socialização e de cuidados de saúde da família:

- Função de socialização - permite a interiorização de normas sociais pelos seus membros, garantindo a sua integração na sociedade e a continuidade dos sistemas sociais;
- Função de cuidados de saúde - a família assume-se como provedora de cuidados de saúde, quer em contextos de promoção de saúde ou de situações de doença, sendo ela a principal responsável na prestação e transmissão de cuidados de saúde.

Benjumea (1995) define que a função da família relativamente aos cuidados de saúde engloba três vertentes:

- contexto onde os membros da família aprendem os comportamentos de saúde e que influencia as atitudes e comportamentos face aos seus processos de saúde, sendo a família capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros fortalecendo ou debilitando a saúde familiar;
- contexto de proteção ou início da doença;
- contexto onde os seus membros recebem cuidados de saúde.

Defende ainda que a família pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento ou, pelo contrário, reforçar o seu papel de doente e dependente. O funcionamento saudável da família influencia positivamente a saúde de cada um dos membros.

2.4 FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA

Para explicar a abordagem sistémica à família, importa fazer uma contextualização teórica que a enquadra – o pensamento sistémico. É uma forma de abordagem para analisar e compreender a complexidade dos sistemas. Tem como foco não só os elementos individuais de um sistema, mas também a interação e relação desses elementos e o modo como se

influenciam mutuamente sendo fundamental para compreender o comportamento do sistema como um todo e para identificar soluções eficazes (Alarcão 2002; Figueiredo, 2023a).

Possibilita ainda compreender que o sistema está sempre em mudança e evolução, auto-organizando-se em contexto de instabilidade e imprevisibilidade (Figueiredo, 2023a).

O modelo sistémico surge da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana (Figueiredo, 2012).

2.4.1 Teoria Geral dos Sistemas (TGS)

Esta teoria surgiu nos anos vinte do século XX e foi desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy que definiu as leis gerais que permitem conhecer as características dos sistemas. Definiu sistema como um conjunto de elementos em constante interação, “um todo organizado formado por elementos interdependentes, que interagem com objetivos comuns, rodeado por um meio exterior” (Figueiredo, 2012, p.30).

Também fez a distinção entre sistemas fechados e sistemas abertos. No entanto, neste contexto, considero apenas importante a definição de sistema aberto como fundamento teórico para o entendimento da família. Num sistema aberto ocorrem interações dinâmicas entre os seus elementos com o exterior, sendo necessária a adaptação do sistema às influências externas, podendo levar a mudanças imprevisíveis e desequilíbrios. No entanto, estes sistemas tendem a manter uma certa estabilidade através de processos de auto-regulação. (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012).

Assim, facilmente se compreende a família como um sistema aberto formado por membros que interagem entre si, em contínua relação com o exterior, e que mantém o seu equilíbrio através de processos de adaptação e flexibilidade que conduzem ao seu crescimento (Alarcão, 2002; Dias, 2011).

Também Alarcão (2002) considera a família como um sistema constituído por vários elementos, com características próprias e relações, que formam subsistemas que se integram em supra-sistemas, todos ligados de forma hierarquicamente organizada, com limites que definem os seus papéis e os distingue do seu contexto.

Para Wright & Leahey (2005), um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo (família alargada, rede social, vizinhos, organizações...), composto de muitos subsistemas em

relação. Os limites do sistema familiar devem ser permeáveis e restritos, de forma a permitir a interação, mas sem perder a sua identidade e integridade.

A família quando encarada como sistema aberto partilha das propriedades definidas pela TGS: totalidade, equifinalidade e retroação (ou *feedback*) (Alarcão, 2002; Dias, 2011).

A totalidade refere-se ao conceito de que o todo é mais do que a soma das partes, ou seja, a interação entre os elementos do sistema resulta num comportamento que não pode ser totalmente explicado pelo estudo dos elementos isolados. O comportamento do todo é mais complexo do que a soma dos comportamentos das partes. Por outro lado, o todo também é menos que a soma das partes uma vez que as propriedades que emergem do todo podem também não expressar determinadas qualidades das partes (Figueiredo, 2012).

Transpondo esta propriedade para o sistema familiar, a família é vista como um todo onde as interações entre os seus membros influenciam o comportamento individual de cada um deles (Wright & Leahey, 2005). Isto pode acontecer quando, em situação de doença, a família se une para criar um ambiente de apoio, solidariedade e colaboração à pessoa doente fazendo-a sentir-se emocionalmente apoiada e mais capaz de ultrapassar a situação.

Por outro lado, a família como um todo pode não contemplar as qualidades individuais de cada membro. No caso de membros da família com conflitos constantes e sem comunicação eficaz, faz com que a soma das qualidades individuais de cada membro não se traduza num todo funcional.

A equifinalidade sugere que o mesmo objetivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes ou que a condições iniciais semelhantes podem corresponder a resultados diferentes (Alarcão, 2002). A equifinalidade é a autonomia que o sistema familiar quanto às estratégias utilizadas para funcionar e atingir os seus objetivos independentemente dos estímulos do ambiente exterior (Figueiredo, 2012). Por exemplo, duas famílias podem ter estilos de vida e abordagens educacionais muito diferentes, mas ambas podem criar filhos que se tornam adultos bem-sucedidos e felizes.

A retroação é o processo que explica que o comportamento de um elemento do sistema não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento e vice-versa. Está implícito uma causalidade circular em que a interação entre os elementos do sistema é

contínua e interdependente, onde os comportamentos de cada um influenciam os outros, gerando um ciclo dinâmico (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2009).

Wright & Leahey (2005) consideram que uma mudança de um membro da família afeta todos os seus membros, sendo os seus comportamentos melhor compreendidos do ponto de vista da causalidade circular.

2.4.2 Cibernética

A cibernética, desenvolvida por Weiner, estudou a forma de funcionamento, regulação e evolução dos sistemas. Os estudos desta área vieram reforçar os conceitos de causalidade circular e de retroação já utilizados na TGS (Figueiredo, 2009). Nesta perspetiva, as interações entre os membros da família, baseiam-se em processos de causalidade circular, sendo a base do modelo cibernético, o ciclo de retroação (Figueiredo, 2009). Este ciclo pode manter a estabilidade do sistema ou gerar mudanças nestes conforme o tipo de retroação.

A retroação negativa é um mecanismo de auto-regulação que visa diminuir ou corrigir o efeito de uma ação ou mudança, de forma a restaurar o equilíbrio do sistema e retomar ao seu estado inicial (morfoestase). No contexto familiar, este processo está relacionado com as mudanças de primeira ordem que acontecem nas famílias, ou seja, aquelas que afetam algumas relações entre os elementos do sistema familiar mas que, devido aos mecanismos de retroação negativa, tendem para o equilíbrio e mantêm estáveis as regras e a estrutura familiar. Estas mudanças dizem respeito a adaptações que a família realiza no seu quotidiano para dar resposta a certos acontecimentos, como mudanças de horário ou doenças breves (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2009, 2023a).

A retroação positiva amplifica ou intensifica um comportamento, ação ou mudança que leva a um crescimento ou evolução do sistema (morfogenese). Isto é explicado por Wright & Leahey (2005) quando referem que a família é capaz, perante uma mudança, de auto-reorganizar-se de forma diferente da organização familiar anterior. Este processo está relacionado com as mudanças de segunda ordem que ocorrem no sistema familiar, implicando alterações evidentes nas regras e estrutura da família, como o nascimento de um filho ou uma doença crónica (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2009, 2023a).

De acordo com Figueiredo (2012), as famílias necessitam tanto de estabilidade como de mudança, mantendo um equilíbrio dinâmico entre os seus processos de morfoestase e de morfogénese.

2.4.3 Teoria da Comunicação Humana

Desenvolvida por Watzlawick, Beavin e Jackson estabeleceu a ligação entre os elementos que compõem o sistema com base em alguns pressupostos da comunicação funcional que designaram como os cinco axiomas da comunicação humana (Figueiredo, 2023a). Destacam a comunicação não apenas como uma troca de informação, mas como um processo relacional entre emissor-recetor expressos no padrão comportamental, onde o significado e a interpretação da mensagem são influenciados pelo contexto, pelas experiências passadas e pelas interações entre os participantes (Figueiredo, 2012).

Com base na descrição dos cinco axiomas desta teoria, Wright & Leahey (2005), identificam quatro conceitos essenciais que podem explicar os processos interpessoais:

- toda a comunicação não-verbal é significativa - sendo impossível não comunicar (1º axioma), toda a ação ou comportamento transmite uma mensagem e cada membro analisa e interpreta a comunicação de forma diferente, de acordo com suas experiências, percepção e contexto (3º axioma);
- toda a comunicação tem dois canais de transmissão importantes: digital e analógico (4º axioma) - a comunicação digital (linguagem verbal) transmite a informação, enquanto a comunicação analógica (linguagem não verbal) pode reforçar ou contradizer a informação através do nosso comportamento;
- uma relação diádica possui graus variáveis de simetria e complementariedade (5º axioma) - a simetria, baseia-se na igualdade entre os indivíduos que tendem a refletir o comportamento um do outro (relação entre colegas de escola). A complementariedade, baseia-se na diferença entre os indivíduos. Um dos interlocutores assume uma posição dominante, enquanto o outro adota uma postura mais subordinada, onde o comportamento de um complementa o do outro (relação entre mãe e filho);
- toda a comunicação possui dois níveis: conteúdo e relacionamento (2º axioma) - a comunicação consiste na informação transmitida (conteúdo) e no relacionamento dos

indivíduos em interação que influencia e determina a forma como a comunicação é compreendida.

2.5 FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS E TEÓRICOS PARA A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

A enfermagem de família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico (Figueiredo, 2012). Para compreendermos uma determinada disciplina, é necessário definir e compreender as noções fundamentais que a sustentam. A OE descreve as seguintes premissas para a enfermagem de saúde familiar: saúde, família, ambiente e enfermagem (OE, 2017).

A OMS definiu **saúde** como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, podendo esta definição ser aplicada tanto a indivíduos como a famílias (Hanson, 2005).

Para Hanson (2005) a saúde familiar é “um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar” (p. 7), referindo-se tanto aos indivíduos, como a toda a unidade familiar. Refere ainda que a saúde de um membro da família afeta toda a função da família e, por sua vez, a função da família afeta a saúde de cada membro. Assim, a saúde familiar integra, por um lado, a saúde de cada membro individualmente e, por outro, os aspetos da saúde relativos à unidade familiar.

Também para a OE (2017) a noção de saúde familiar é mais do que a saúde dos indivíduos como partes independentes. Ela engloba a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si, refletindo também uma interação a nível biopsicossocial espiritual e outros.

O conceito de saúde familiar está associado à capacidade da família em desenvolver as suas funções com flexibilidade e adaptabilidade que permita a redefinição dos objetivos e a promoção para o crescimento, desenvolvimento e restabelecimento familiar (Figueiredo, Guedes & Lebreiro, 2023).

A **família** inclui um grupo de diferentes indivíduos cada um com a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual, mas que partilham um património cultural e histórico que é parte integrante da saúde e da vida familiar (OE, 2017).

As famílias têm aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a percepção de saúde, as suas atitudes e objetivos, mas todas têm 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 (OE, 2017).

A **enfermagem** representa o compromisso e a obrigação de colaborar e apoiar a família, tanto na saúde bem como na sociedade. A enfermagem de saúde familiar 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 (OE, 2017).

Hanson (2005) apresenta uma estrutura conceptual para a enfermagem de família onde representa como os conceitos indivíduo, família, enfermagem de família e sociedade se interseccionam uns nos outros (Figura 6).

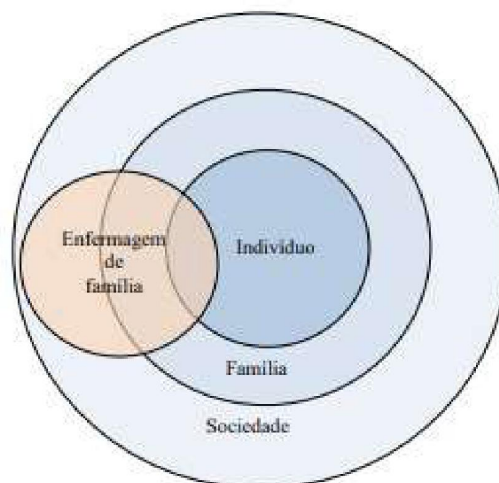


Figura 6 - Estrutura conceptual da Enfermagem de Família
Fonte: adaptado de Hanson, 2005, p. 8

Esta estrutura relaciona a enfermagem de família com as complexidades da vida familiar e das dinâmicas sociais e orienta para os cuidados de saúde à família como um todo, considerando tanto as características individuais dos seus membros como a dinâmica e interações entre eles e o meio exterior.

Hanson (2005) define enfermagem de saúde familiar, como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de

enfermagem...[que] pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (p.8).

Com base nesta definição são distinguidos no quadro abaixo quatro níveis de prática de enfermagem de cuidados à família (Friedman, 1998 as cited in Lobo, 2023).

Quadro 3 - Níveis da prática de enfermagem de saúde familiar

Nível	Visão da Família	Foco
I	Família como contexto	- O alvo dos cuidados é cada um dos membros da família; - A família é apenas um recurso ou fator de stress para a sua saúde e doença.
II	Família como soma das suas partes	- O alvo dos cuidados é cada um e todos os diferentes elementos da família.
III	Subsistema familiar como cliente	- O alvo dos cuidados são os subsistemas familiares.
IV	Família como cliente	- O foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Todas estas abordagens deverão ser ponderadas em conjunto quando se trabalha com as famílias. Elas complementam-se e enriquecem-se, sendo que a opção por uma destas abordagens "é determinada por muitos fatores, incluindo o contexto de os cuidados de saúde, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro" (Hanson, 2005, p.10).

Também Wright & Leahey (2005) corroboram que as diferentes abordagens podem ser necessárias em diferentes momentos no cuidado a cada família, dependendo do contexto dos cuidados e também das competências dos profissionais de enfermagem envolvidos.

Desta forma, podemos considerar que existem diferentes níveis da prática de enfermagem de cuidados à família, fortemente relacionados com a formação que o enfermeiro possui. A enfermagem de família pode e deve ser praticada por todos os enfermeiros aos níveis I, II e III. Contudo o nível IV, ou seja, a enfermagem de sistemas de família e as suas interações estão reservadas a especialidades de enfermagem avançada, possuidoras de conhecimentos e capacidades na teoria e prática de família.

Segundo Figueiredo (2012), “a enfermagem de família [...] tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias da avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objeto de estudo” (p.3).

Segundo Santos (2019) não há uma única teoria ou estrutura conceptual que descreva adequadamente as relações da família ou que dê aos enfermeiros uma base de conhecimentos e compreensão suficientemente abrangente para orientar a avaliação e as intervenções junto das famílias.

No entanto, é consensual na literatura que a enfermagem de família surge da convergência das teorias das ciências sociais, das teorias da terapia familiar e das teorias e modelos de enfermagem conforme representado na figura 7.

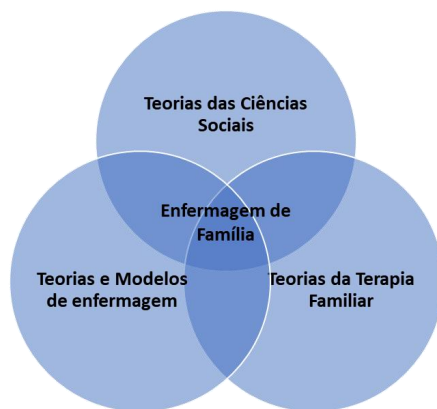


Figura 7 - Fontes conceptuais de teorias emergentes da Enfermagem de Família
Fonte: Adaptado de Hanson (2005), p. 45

Hanson (2005) resume de forma sucinta as diferenças entre as três teorias significativas para as estruturas em desenvolvimento e integradas da enfermagem de família (Figura 8).

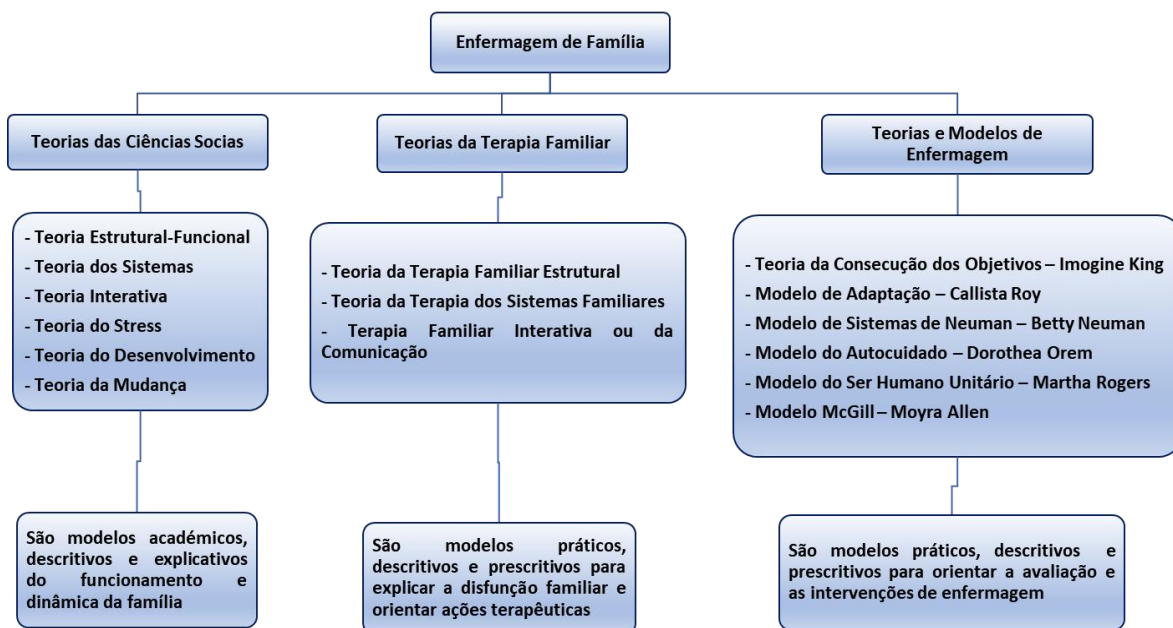


Figura 8 - Teorias conceptuais da Enfermagem de Família
Fonte: adaptado de Figueiredo, 2012; Hanson, 2005

2.5.1 Teorias das ciências sociais

As teorias das ciências sociais são as mais desenvolvidas e as que dão mais informação acerca das funções, interações e dinâmicas familiares, alterações ocorridas na família ao longo do tempo e reação desta à saúde e à doença. Contudo, são teorias abstratas que tornam difícil a sua aplicabilidade na avaliação e intervenção em enfermagem (Hanson, 2005).

Estas teorias possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar para a prática da enfermagem de família (Figueiredo, 2012). No quadro 4 encontra-se uma síntese das principais características das teorias das ciências sociais mais relevantes para a compreensão das famílias e para a prática da enfermagem junto dessas (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Quadro 4 - Características das teorias das Ciências Sociais utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar

Teorias da Ciências Sociais	Caraterísticas
Teoria Estrutural-Funcional	O foco está nas famílias como sistema social, no modo como elas funcionam, na sua organização interna e na sua relação com a sociedade.
Teoria dos Sistemas	O foco está nas interações circulares entre os membros do sistema familiar e nos seus processos familiares, com resultados funcionais ou disfuncionais.
Teoria Interativa (deriva da Interação Simbólica)	O foco está nas interações dentro da família, analisa a dinâmica interna da família, incluindo processos de comunicação, papéis, tomada de decisões, resolução de problemas e padrões de socialização.
Teoria do Stress	O foco está na análise de como as famílias percebem e adaptam-se a eventos/acontecimentos stressantes ao longo da vida.
Teoria do Desenvolvimento	O foco está na progressão das famílias ao longo ciclo de vida com representação de estágios normativos de desenvolvimento familiar.
Teoria da Mudança	O foco está nas transições familiares, em como as famílias permanecem estáveis (mudanças de primeira ordem) ou evoluem quando há mudança dentro da estrutura familiar ou através de influências externas (mudanças de segunda ordem).

2.5.2 Teorias da terapia familiar

As teorias da terapia familiar são mais recentes e menos desenvolvidas que as teorias anteriores, mas são as que mais contribuíram para o desenvolvimento da prática terapêutica, no âmbito dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Segundo Hanson (2005) são teorias orientadas para a prática, mais focadas na patologia familiar, compreensão da disfunção e intervenção na mesma. Não só analisam as observações feitas durante a prática, como também sugerem tratamentos ou estratégias de intervenção (são prescritivos).

De seguida, encontram-se três teorias proeminentes da terapia familiar, baseadas nas teorias das ciências sociais da família (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

A Teoria da Terapia Familiar Estrutural desenvolvida por Minuchin, onde a família é vista como um sistema sociocultural aberto continuamente confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro como de fora da família (Hanson, 2005). Baseia-se no pressuposto que os membros da família se relacionam com ajustes que determinam a mudança da organização familiar (Figueiredo, 2012).

Segundo Relvas (1999 as cited in Figueiredo & Murteiro, 2023) o foco está na estrutura familiar, nos seus subsistemas, fronteiras, hierarquias, alianças, distanciamentos e coligações.

Tem como objetivo a reestruturação da família para a tornar mais funcional (Hanson, 2005) sendo necessário ter em conta, para além da estrutura familiar, a flexibilidade dos padrões de funcionamento familiar e as sua capacidade de mudança, a ressonância da família, o contexto de vida, a fase de evolução da família e a forma como o sintoma ou crise é utilizado na família e se encaixa nos padrões interativos (Figueiredo & Murteiro, 2023).

Figueiredo (2012) realça como técnicas de intervenção interacionais as que permitem criar um contexto de reorganização como o reenquadramento e as prescrições paradoxais.

O reenquadramento é visto como uma estratégia de *coping* que ajuda os membros da família a lidarem com os eventos geradores de stresse, utilizando os recursos presentes no meio familiar (Ribeiro & Figueiredo, 2023). É atribuído um novo significado a comportamentos ou eventos familiares transformando aspetos negativos em algo mais

compreensível ou até positivo, gerando mudanças na dinâmica familiar e resolução de conflitos.

As prescrições paradoxais são diretivas ou sugestões que parecem reforçar comportamento sintomático, devolvendo à família a responsabilidade pelo problema (Murteiro & Figueiredo, 2023) e provocar uma reflexão sobre o impacto dos padrões rígidos de comportamento e comunicação.

A Teoria da Terapia Familiar Estratégica desenvolvida pela Escola de Palo Alto e a Escola de Milão. De acordo com Relvas (1999, as cited in Figueiredo, 2012; Figueiredo & Murteiro, 2023) esta abordagem foca-se nos processos de comunicação, na estratégia definida para cada problema e nas mudanças de primeira e segunda ordem, ao invés da estrutura da família.

É uma estratégia orientada para o sintoma, sendo os problemas encarados como padrões repetitivos e disfuncionais de interação, num determinado ponto da evolução familiar (Figueiredo & Murteiro, 2023).

Tem como objetivo produzir mudança no sistema familiar, ensinando a família a utilizar regras e processos de comunicação mais funcionais (Figueiredo & Murteiro, 2023; Hanson, 2005).

Para além do reenquadramento e das prescrições paradoxais, explicados anteriormente, Figueiredo (2012) realça também outras técnicas de intervenção interacionais que pretendem produzir mudanças:

- a conotação positiva procura dar um novo significado ao problema ou comportamento negativo como algo útil para o funcionamento da família (Figueiredo & Dias, 2023a);
- a metáfora contém uma mensagem simbólica que ajuda as famílias a compreenderem os seus conflitos de forma menos ameaçadora e a encontrarem novas perspetivas e alternativas para a sua vida (Figueiredo & Dias, 2023b);
- os rituais terapêuticos são rituais familiares nos quais os membros participam e que desafiam as regras familiares rígidas, associadas a relações familiares disfuncionais com vista ao estabelecimentos de novos padrões familiares (Figueiredo & Dias, 2023c).

A Teoria da Terapia dos Sistemas Familiares, proposta por Bowen, centra-se na promoção da distinção entre o indivíduo e a família, sendo necessário compreender o indivíduo através da forma como ele se coloca e relaciona com o sistema familiar (Figueiredo & Murteiro, 2023) ou seja, na capacidade das pessoas se diferenciarem emocional e intelectualmente da sua família de origem (Hanson, 2005). Visa o funcionamento autónomo e independente dos indivíduos, dos subsistemas e da família (Figueiredo, 2012). Os membros da família são encorajados a conhecerem e compreenderem o seu passado e o seu presente e o modo como estes interagem de forma a desenvolver relações e terminar com o afastamento emocional (Hanson, 2005). O genograma assume-se aqui como instrumento de intervenção terapêutica (Figueiredo, 2012).

2.5.3 Teorias e modelos de enfermagem

Também algumas teorias e modelos de enfermagem contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente à sua afirmação conceptual (Figueiredo, 2012). Contudo, comparativamente com a terapia familiar, o seu contributo foi de menor relevo, devido à sua visão biomédica e predominantemente centrada no indivíduo (Figueiredo, 2009).

Os modelos de enfermagem “fundamentam a tomada de decisão do enfermeiro, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, cimentada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar” (Figueiredo, 2012, p.12).

Contudo, inicialmente, estas teorias e modelos reportavam-se exclusivamente aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a família, enquanto grupo ou unidade, poderia integrar o ambiente como fator protetor ou de adversidade na trajetória de vida, dos indivíduos. Baseadas, também elas, em pressupostos sistémicos, a família foi mais tarde integrada, pelos respetivos teóricos, como alvo e contexto de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009).

De acordo com Hanson (2005) e Figueiredo (2012), são consensuais alguns modelos e teorias de enfermagem como mais relevantes no desenvolvimento da enfermagem de família (Quadro 5).

Quadro 5 - Teorias/Modelos de Enfermagem relevantes para o desenvolvimento da enfermagem de família

Teoria/Modelo de Enfermagem (e autores)	Principais Características
Teoria da Consecução dos Objetivos Imogine King	<ul style="list-style-type: none"> - Baseia-se na teoria dos sistemas; - Inicialmente viu a família como o contexto para o desenvolvimento individual (1981); - Família passou a ser um sistema onde ocorrem interações interpessoais e sociais (1987); - Centra-se na interação entre o enfermeiro e a família como cliente, destacando a importância da participação do cliente na tomada de decisões que influenciam o cuidado e os resultados.
Modelo de Adaptação Callista Roy	<ul style="list-style-type: none"> - Baseia-se na teoria geral dos sistemas e na teoria da adaptação; - A família foi incorporada como contexto que influencia a adaptação do indivíduo em momentos de mudança (1976); - Mais tarde introduz a família como um sistema adaptativo, onde o enfermeiro assiste as famílias no processo de adaptação (1981); - Surgem os conceitos de ambiente e coping.
Modelo de Sistemas de Newman Betty Neuman	<ul style="list-style-type: none"> - Baseia-se na teoria de sistemas e de stress de Chardin (1955); - Vê a família como um sistema composto por subsistemas sendo as relações entre estes o foco central; - Enfatiza o sistema familiar como um sistema aberto em relação com o meio e sujeito a stress que afetam a sua estabilidade e bem-estar; - Prevê a intervenção aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).
Teoria do Défice do Auto-Cuidado Dorothea Orem	<ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente a família é vista como contexto, cujo papel é ajudar que os seus membros alcancem o autocuidado (1985); - Posteriormente o conceito é aplicado à família como unidade, centrando-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado enquanto sistema, individual ou familiar (1996).
Teoria dos Seres Humanos Unitários Martha Rogers	<ul style="list-style-type: none"> - De início focado no indivíduo, como um todo multidimensional de energia em constante troca com o ambiente (1970); - Posteriormente a família como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente (1996).
Teoria da Estrutura da Organização Sistémica Marie-Louise Friedemann	<ul style="list-style-type: none"> - Consistente com a teoria geral dos sistemas; - Apresenta uma visão da família como sistema social que tem o objetivo de transmitir cultura aos seus membros; - Foca-se na estabilidade da estrutura da família e crescimento dos seus membros, tendo por base a comunicação e a espiritualidade familiar.
Modelo McGill Moyra Allen	<ul style="list-style-type: none"> - Foca-se na promoção da saúde envolvendo a família no processo de aprendizagem para adquirir comportamentos de saúde mais saudáveis; - Negociação e participação ativa são conceitos fundamentais na relação enfermeiro e família, no sentido de obter ganhos em saúde.

Assente nas inúmeras transições que ocorrem ao longo do ciclo vital do indivíduo, a Teoria das Transições de Meleis é uma estrutura teórica que engloba a natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e as intervenções de enfermagem (Guimarães & Silva, 2016) (Figura 9).

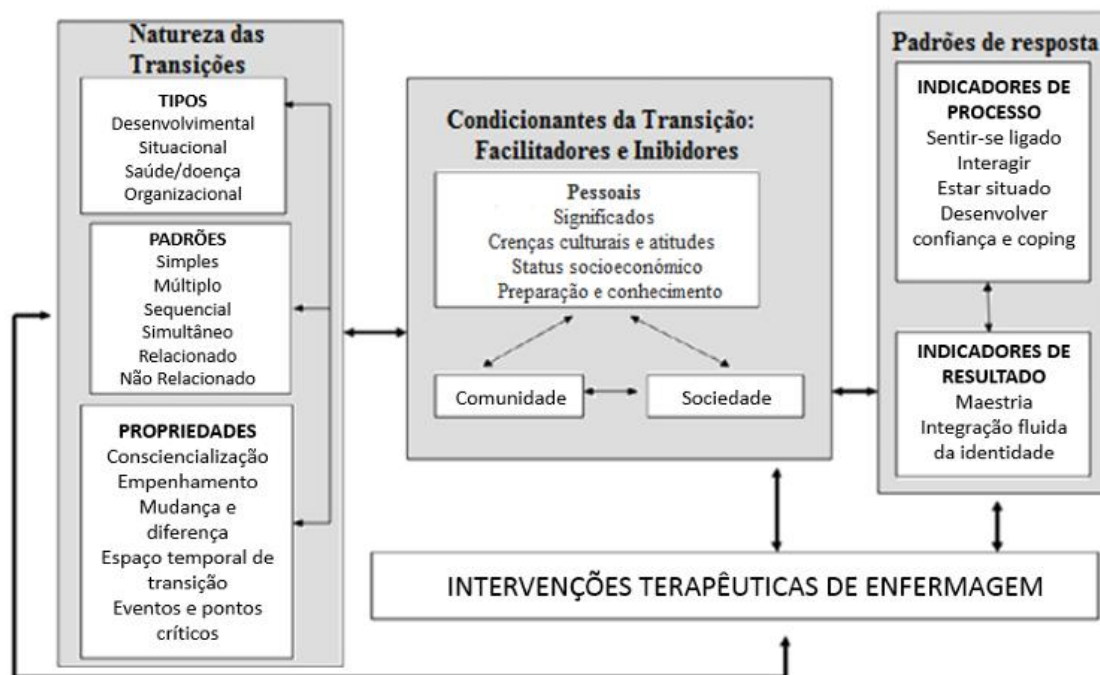


Figura 9 - Teoria das Transições de Meleis
Fonte: Guimarães, Silva, 2016, p. 1

Embora as autoras referidas anteriormente não tenham considerado esta teoria relevante para a enfermagem de saúde familiar, considera-se que ela estabelece orientações para a prática profissional de enfermagem, ao permitir compreender as transições e a implementação de intervenções que possam facilitar o processo de transição dos indivíduos que não conseguem realizar transições saudáveis. Deste modo, esta teoria pode facilmente ser aplicada na intervenção às transições normativas e acidentais vividas pelas famílias ao longo do seu ciclo vital.

2.6 DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA FAMÍLIA

Como vimos anteriormente, a família foi mais tarde integrada, como alvo e contexto de cuidados, nos modelos e teorias de enfermagem. Têm surgido assim modelos e teorias que orientam a avaliação da família, num esforço de tentar aproximar a teoria à prática dos cuidados. O programa formativo do curso deste mestrado integra a utilização de vários modelos de avaliação e intervenção familiar, instrumentos de avaliação familiar e técnicas de intervenção.

Os modelos e as teorias de enfermagem são referenciais teóricos para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos (OE, 2023).

Não existe um único modelo teórico ideal para a intervenção de enfermagem. 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.

2.6.1 Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary (MCAIF)

Desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, é um dos 4 modelos que o ICN reconhece como sendo orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar na avaliação da família, sendo também o adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar (OE, 2023).

Em 1984, foi desenvolvido apenas o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e, posteriormente, o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), publicado em 1994. Com a elaboração destes dois modelos, surge então o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar em 2000. No entanto, os dois modelos enumerados anteriormente podem ser utilizados em separado de acordo com a fase em que se encontra o processo dos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2005).

O MCAF é um modelo com estrutura organizada para avaliar uma família e centra-se em 3 dimensões: a estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada dimensão contém várias subcategorias que podem ser utilizadas para avaliar a dinâmica familiar (Figura 10). Importa ter em consideração a categoria a avaliar, numa determinada família e num determinado momento. Segundo as autoras, pode não ser relevante no processo terapêutico e num determinado momento, avaliar a família em todas as suas dimensões (Wright & Leahey, 2005).

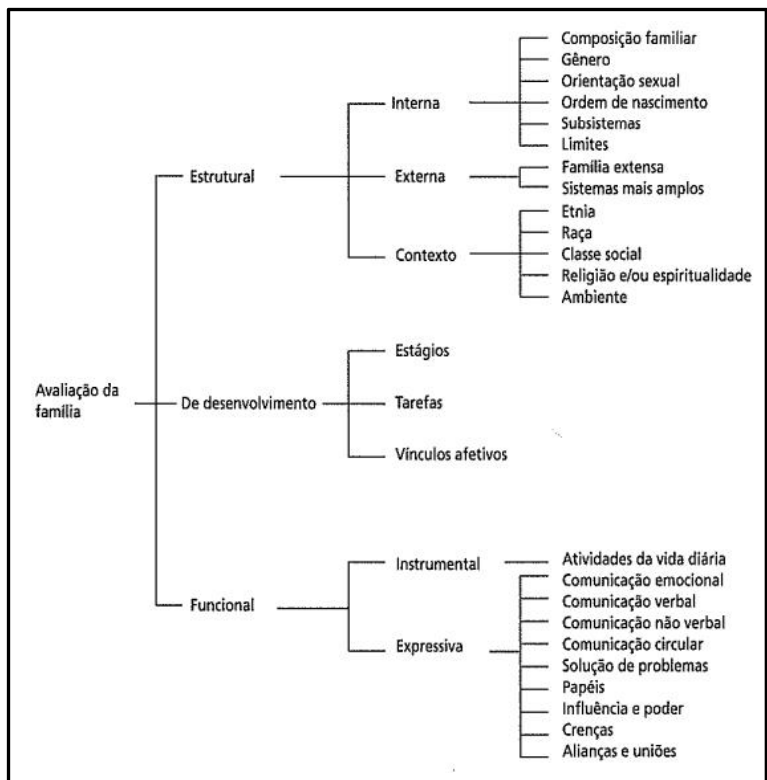


Figura 10 – Diagrama do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary
Fonte: Wright & Leahey 2005, p. 46

Na avaliação estrutural de uma família, é necessário que os enfermeiros explorem a história da família, ou seja, a sua composição, os vínculos existentes entre os seus membros e outros subsistemas, como a família extensa e os sistemas mais amplos, e ainda aspetos específicos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2005).

Para avaliar o desenvolvimento da família é preciso começar por identificar a etapa do ciclo vital em que a família se encontra, conhecer as tarefas essenciais de cada etapa, perceber se essas tarefas estão a ser cumpridas e se o tipo de vínculos existente entre os membros da família facilita ou não a superação da transição de forma saudável (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2005).

Esta avaliação vai permitir ao enfermeiro identificar momentos da vida da família e relações associadas ao ciclo de vida daquela família como crises normativas ou como crises acidentais. De seguida, é preciso perceber a forma como a família enfrenta e ultrapassa as tarefas inerentes aos períodos de transição e, com ajuda desta, avaliar de que forma o sistema familiar foi afetado (Santos, 2023).

Tendo presente que a mudança no sistema afeta todos os outros com quem interage, o enfermeiro avalia os vínculos e o modo de interação da família com os sistemas com que se relaciona (Santos, 2023).

Avaliar a forma como a família mantém a estabilidade, apesar da constante mudança, permite que o enfermeiro obtenha informações sobre a sua história, a sua experiência de vida e o seu processo de desenvolvimento (Santos, 2023).

A avaliação funcional refere-se ao modo como a família realiza suas atividades e interações, avaliando comportamentos, papéis e processos de comunicação (Wright & Leahey, 2005).

Esta avaliação alude aos padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas familiares (Figueiredo, 2012). Compreender a organização das atividades diárias da família e as interações entre os seus membros permite ao enfermeiro identificar áreas de melhoria ou dificuldades na dinâmica familiar e oferecer intervenções que promovam uma melhor organização e funcionalidade dentro da família.

O MCIF é o primeiro modelo de intervenção na família que surgiu no âmbito da enfermagem da família, sendo um modelo de grande aceitação a nível mundial que nos orienta sobre a intervenção na família (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2005).

Este modelo enaltece a relação entre os enfermeiros e os membros de cada família, de forma a ajudar na realização de mudanças que inicia a resolução dos problemas (Wright & Leahey, 2005).

Este modelo tem como foco as forças e a resiliência familiar, em vez dos défices ou disfunções. Wright & Leahey (2005) acreditam que a “(...) mudança na prática da enfermagem da família, da ênfase dos déficits e disfunções para as forças e resiliência, influencia muito os tipos de intervenções (...) às famílias” (p.131).

O MCIF fornece uma estrutura que orienta para a interseção entre um domínio do funcionamento familiar (cognitivo, afetivo ou comportamental) e uma intervenção específica de enfermagem que tem como finalidade a mudança do sistema (Santos, 2023) (Figura 11).

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções oferecidas pelas enfermeiras
Cognitivo	“Ajuste” ou eficácia
Afetivo	
Comportamental	

Figura 11 – Modelo de Intervenção Familiar de Calgary: interseção de domínios de funcionamento familiar e intervenções

Fonte: adaptado de Wright & Leahey, 2005, p. 132

Este modelo orienta para a intervenção mais adequada, determinada pela família e pelo enfermeiro, tendo em vista o ajuste ou a mudança no domínio predominante do funcionamento familiar (Santos, 2023).

Os enfermeiros não podem exigir ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar, apenas podem propor intervenções à família. Tal como descrito na literatura, a abertura da família a uma intervenção dependerá da sua constituição genética, história das interações entre os seus membros e do relacionamento entre o enfermeiro e a família (Wright & Leahey, 2005).

Wright & Leahey (2005), dão exemplos de intervenções e agrupam-nas de acordo com o domínio específico do funcionamento familiar. No entanto, referem que essas intervenções podem influenciar a mudança num só domínio ou em vários domínios simultaneamente (Quadro 6).

Quadro 6 – Intervenções de enfermagem nos domínios do funcionamento familiar

Domínios do Funcionamento Familiar	Intervenções de Enfermagem
Cognitivo	- Elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros; - Oferecer informações e opiniões.
Afetivo	- Validar ou normalizar as respostas emocionais; - Incentivar as narrativas das doenças; - Estimular o apoio familiar.
Comportamental	- Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los; - Incentivar o descanso; - Planear rituais.

Fonte: adaptado de Wright & Leahey, 2005

As autoras ressaltam ainda que o MCIF não é uma lista de intervenções de enfermagem, é um modelo que ajuda a determinar o domínio do funcionamento familiar que necessita de

mudança e a intervenção mais adequada para realizar a mudança nesse domínio (Wright & Leahey, 2005).

2.6.2 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

O MDAIF é um modelo que sustenta as práticas de cuidados com as famílias, tendo sido desenvolvido em Portugal com base numa investigação realizada com os enfermeiros em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012).

Surge em 2010, tendo como referencial epistemológico o pensamento sistémico e como fonte teórica o MCAIF (Figueiredo, 2012). Este modelo surge, por um lado, da necessidade de tornar mais visível o contributo dos enfermeiros que trabalham diariamente com famílias enquanto unidade de cuidados e, por outro lado, adquirir maior qualidade no exercício da enfermagem que promove os ganhos em saúde efetivos para as famílias (Figueiredo, 2023b).

Tal como o MCAIF, este modelo faz uma avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, implementando intervenções com vista à capacitação da família face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento de modo a promover mudanças no funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

As dimensões em que o MDAIF se divide (estrutural, de desenvolvimento e funcional) proporcionam a avaliação familiar centrada nas áreas de atenção selecionadas pelo enfermeiro (Figura 12), consoante a especificidade e complexidade de cada família (Figueiredo, 2023b).

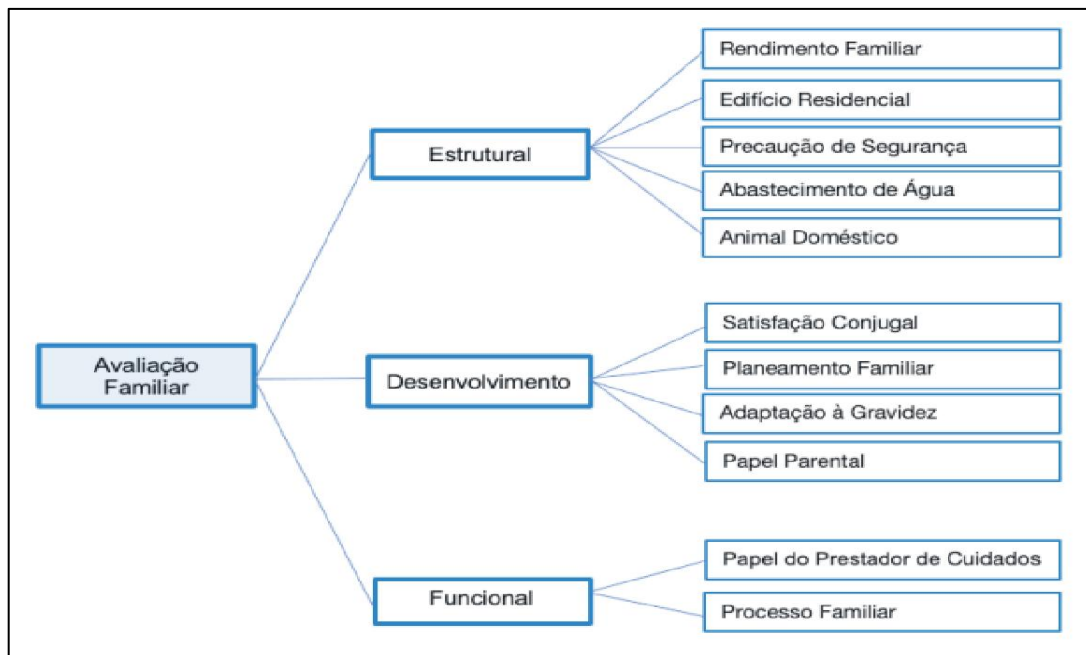


Figura 12 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação

Fonte: adaptado de Figueiredo, 2012

A avaliação das necessidades é feita tendo em conta os recursos, as competências e as forças da família, de forma a compreender qual o potencial de saúde da família. O estabelecimento de prioridades e elaboração dos diagnósticos face às necessidades avaliadas devem ser codefinidos com a família numa perspetiva colaborativa. O planeamento das intervenções deve ser adequado no sentido da mudança percecionada como viável pela família. Assim, o enfermeiro promove o compromisso da família para o cumprimento dos objetivos definidos em parceria e incentiva os seus membros a serem proativos na elaboração e execução de soluções que visam a mudança (Figueiredo, 2023b).

Importa ainda referir que este modelo foi transposto para o SClínico nos CSP sendo, provavelmente, o mais utilizado pelos enfermeiros de família na avaliação e intervenção com famílias, pois possibilita os registos de todas as suas áreas de atuação. O registo eletrónico das avaliações e intervenções de enfermagem são uma evidência da implementação de medidas às famílias pelos enfermeiros.

2.6.3 Cuidar Baseado nas Forças

O Cuidar Baseado nas Forças, em inglês *Strength-Based Nursing Care* (SBNC), é um modelo desenvolvido por enfermeiros da Universidade McGill que defende uma intervenção colaborativa junto das famílias com promoção da potencialização das forças, recursos e

competências ao invés dos problemas e défices, do errado ou da limitação (Gottlieb, 2016; Kraus & Silva, 2023).

Gottlieb (2016) define forças como recursos de poder e energia que ajudam a pessoa e a família a fazer face aos desafios da vida e a desenvolver oportunidades. As forças surgem de diferentes formas, tais como aptidões, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos ou dons. Elas podem ser internas (motivação, coragem, resiliência) ou externas (finanças, relações, suporte, religião, espiritualidade).

Esta abordagem com foco nas forças gera nas pessoas um sentimento de emponderamento, permitindo que elas se sintam mais confiantes, capacitadas para tomar decisões, realizar mudanças e alcançar seus próprios objetivos (Gottlieb, 2016).

Para trabalhar com as forças das pessoas ou família, os enfermeiros devem ter presente as três origens de forças: as forças já existentes, as potenciais forças e os défices que podem ser convertidos em forças (Gottlieb, 2016).

A autora defende ainda a utilização do processo em Espiral para identificar e desocultar forças familiares (Figura 13).

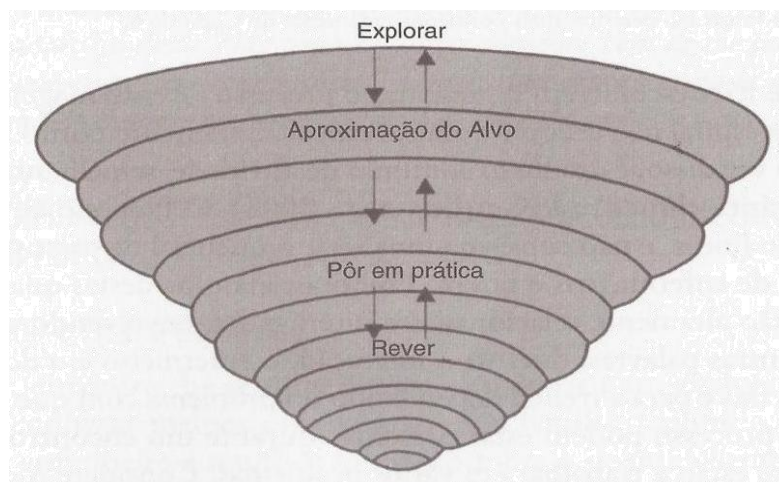


Figura 13 - Processo em Espiral

Fonte: Gottlieb, 2016, p. 377

O processo em Espiral representa o processo de enfermagem como uma espiral porque não segue um padrão linear e não consiste numa série sequencial de fases. Embora sejam distintas 4 fases, elas estão relacionadas e interligadas, envolvendo-se umas com as outras (Gottlieb, 2016):

- Explorar e ficar a conhecer - requer da parte do enfermeiro o explorar o problema ou preocupação e conhecer melhor a pessoa e família;
- Aproximação do Alvo - numa parceria colaborativa, enfermeiro e família identificam e estabelecem prioridades para a resolução do problema;
- Pôr em prática - experimentar diferentes abordagens para lidar com o problema, alcançando o objetivo pretendido considerando para a solução as forças e recursos disponíveis;
- Rever - refletir e avaliar o progresso que tem sido feito e o que falta fazer, os objetivos que já foram alcançados e os que faltam alcançar. Esta fase envolve, muitas vezes, um ajuste nas estratégias definidas.

Esta abordagem mais positiva e proativa do foco nas capacidades e potencialidades da pessoa e família, visa valorizar os seus recursos internos, como habilidades, resiliência, apoio social, com o objetivo de encontrar soluções para lidar com situações difíceis ou complexas, ultrapassar dificuldades e encontrar sentido em cada contexto e transição de vida.

2.6.4 Modelo Circumplexo de Olson

O Modelo Circumplexo de Olson ou Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson é um dos modelos mais utilizados para a análise e diagnóstico relacional familiar, uma vez que procura descrever o funcionamento familiar, integrando 3 dimensões relevantes para a sua compreensão: coesão, adaptabilidade (ou flexibilidade) e comunicação (Machado, 2008; Olson, 2000).

A partir da versão tridimensional deste modelo, as famílias que apresentam uma harmonia nas três dimensões são definidas como equilibradas, enquanto as famílias que apresentam desequilíbrios nas dimensões são definidas como disfuncionais (Olson, 2000).

A coesão familiar refere-se ao vínculo emocional entre os membros e à maneira como eles equilibram a sua autonomia com a proximidade familiar. A adaptabilidade familiar é a capacidade que a família apresenta na adaptação a mudanças de papéis, regras e estrutura de poder, bem como nas suas relações quando confrontada com situações de stress ou transições. Por último, a comunicação familiar é considerada como facilitadora no movimento das outras 2 dimensões (coesão e flexibilidade) (Olson & Gorall, 2003).

As famílias com boa comunicação tendem a ter mais sucesso em alcançar o equilíbrio ideal de coesão e flexibilidade. Por outro lado, famílias com problemas de comunicação geralmente lutam para resolver conflitos, o que pode levar ao desequilíbrio nas outras dimensões.

A figura 14 mostra cada uma das dimensões e como elas se inter-relacionam no modelo.

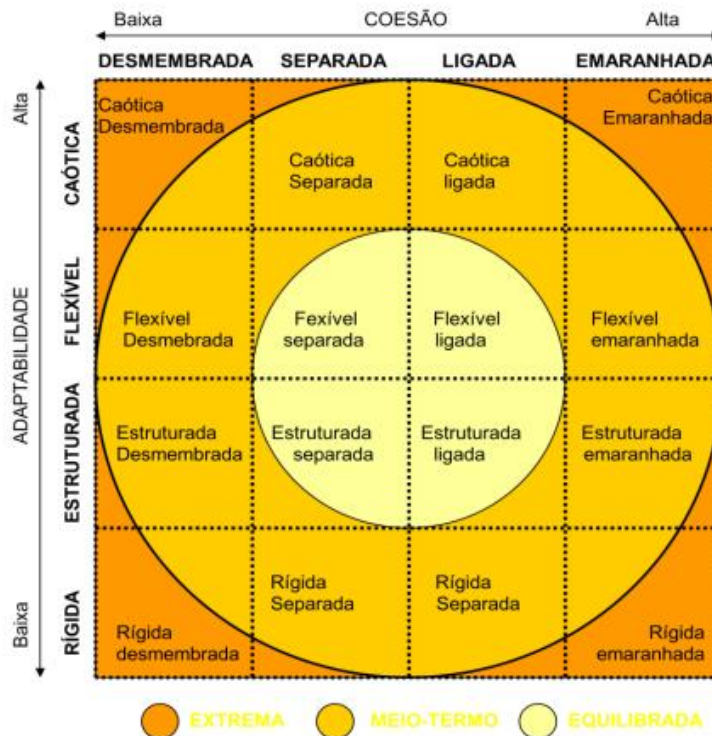


Figura 14 – Modelo Circumplexo de Olson
Fonte: adaptado de Caeiro, 1991

De acordo com este modelo, a coesão é classificada em 4 níveis: desmembrada (pouca ligação emocional entre os membros), separada (alguma ligação emocional, mas são mais independentes do que próximos), ligada (equilíbrio saudável na união familiar) e emaranhada (dependência emocional entre os membros) (Olson, 2000).

De acordo com Olson (2000), os níveis separado e ligado são considerados equilibrados, havendo uma maior funcionalidade familiar entre os membros, sendo os indivíduos capazes de oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar. Contudo, o mesmo não sucede nos níveis mais extremos (desmembrado e emaranhado), considerados como desequilibrados.

Baixos níveis de coesão, com membros que apresentam um mínimo de ligação e de compromisso familiar apresentam limites rígidos entre os subsistemas, que levam a famílias desmembradas. Níveis de coesão extremamente elevados, com muito consenso e pouca independência entre os membros, implica limites difusos entre os subsistemas, evidenciando-se famílias emaranhadas (Olson, 1988).

Relativamente à dimensão da adaptabilidade é também possível encontrar 4 níveis: rígida (regras e papéis familiares pouco flexíveis), estruturada (estrutura e liderança clara na família, mas com alguma flexibilidade para mudanças nos papéis e regras), flexível (fácil adaptação à mudança, redistribuindo papéis e ajustando regras conforme necessário, sem perder sua organização básica) e caótica (flexibilidade excessiva, com constantes mudanças de papéis e regras) (Olson, 2000).

Nos níveis mais funcionais (estruturado e flexível) há um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança que produzem um melhor funcionamento familiar. Níveis de adaptabilidade extremos (rígida e caótica) traduzem dificuldades nas diversas transições do ciclo vital (Olson, 1988).

Embora não tenha uma escala própria como a coesão e a adaptabilidade, a comunicação familiar é vista como fundamental para alcançar o equilíbrio ideal de coesão e flexibilidade. Ela facilita a partilha de sentimentos, necessidades e preferências entre os membros da família (Olson, 1988). Os aspetos fundamentais valorizados na comunicação familiar são as habilidades de escuta, de diálogo, a partilha de sentimentos, capacidade de dar seguimento a uma conversa, a clareza, o respeito e a consideração pelos elementos da família (Olson & Gorall, 2003).

De acordo com a figura acima, os diferentes níveis familiares de cada dimensão (coesão e adaptação) vão originar dezasseis tipos familiares agrupados e classificados em 3 tipos gerais: equilibradas (muito ligadas e flexíveis, ou funcionais), meio-termo e extremas (pouco ligadas e rígidas, ou disfuncionais) (Caeiro, 1991).

O autor deste modelo desenvolveu a escala FACES (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) exatamente para avaliar e medir a coesão e adaptabilidade das famílias. Esta escala é um questionário individual de autoavaliação do funcionamento familiar (ou do casal), da qual existem 4 versões (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023a).

Apenas irei explicar sumariamente a FACES II porque foi a escala abordada e aplicada em contexto teórico-prático ao longo deste mestrado. A FACES II é um questionário, aplicado a partir dos doze anos de idade, aos membros da família de forma individual, e constituído por trinta questões, dezasseis da dimensão de coesão e quatorze de adaptabilidade.

Pelos resultados obtidos é classificado o grau de coesão e de adaptabilidade e, conseqüentemente categorizada a família em quatro tipos: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023a)

Uma família com baixa coesão pode significar que há problemas de comunicação ou isolamento emocional, o que pode afetar o bem-estar dos membros e de todo o sistema familiar, especialmente em momentos de crise. Se a família tem baixa adaptação, isso pode indicar dificuldades para lidar com mudanças necessárias para a estabilidade ou crescimento familiar.

Esta avaliação da coesão e adaptabilidade familiar permite ao enfermeiro intervir precocemente, promovendo estratégias que ajudem a adaptação à mudança e a gestão do stress, fortalecendo a resiliência familiar.

2.6.5 Instrumentos de Avaliação Familiar

Os instrumentos de avaliação familiar que irei falar de seguida poderão ser utilizados na avaliação da família a par com qualquer um dos modelos de avaliação e intervenção familiar que falei anteriormente.

O genograma e ecomapa são dois instrumentos muito úteis para avaliar as estruturas internas e externas da família (Wright & Leahey, 2005).

O genograma é um dos instrumentos mais utilizados pelos profissionais de saúde, construído em parceria com o indivíduo, casal ou família, representa a árvore familiar de pelo menos três gerações, a sua estrutura, relações inter-pessoais e entre subsistemas, problemas de saúde familiar, acontecimentos de vida significativos (Figueiredo, 2012).

Este instrumento permite o conhecimento aprofundado da composição familiar transgeracional e proporciona uma visão das complexidades relacionais e comportamentais da família, interligando passado, presente e futuro que influenciam a saúde familiar ao longo

do tempo. Sendo flexível e dinâmico permite uma atualização da vida da família e priorização das áreas de atenção mais relevantes (Figueiredo, Rego & Vítor, 2023a).

O ecomapa permite avaliar a família enquanto subsistema no seu contexto social, identificando que ligações são relevantes no contexto externo, nomeadamente influências, fontes de suporte ou de recurso (Caeiro, 1991). Permite perceber a natureza da interação entre a família e os sistemas mais amplos, identificando pessoas significativas e/ou instituições que se constituem como recursos ou, pelo contrário, que são ligações geradoras de stress (Figueiredo, 2023c).

Tanto o genograma como o ecomapa têm sido descritos como instrumentos de avaliação familiar muito úteis para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa e para a compreensão dos processos familiares, para além de possibilitarem uma apreciação positiva da família com base no entendimento mais profundo das circunstâncias pessoais (Figueiredo, 2012).

A Escala de Graffar permite identificar a classe social da família, tendo por base a avaliação das suas condições sócio-económicas. Esta escala avalia a profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência. A identificação da classe social possibilita compreender os recursos e fatores de stress familiares que possam estar associados aos vários itens avaliados (Figueiredo, Rego & Vítor, 2023b).

Figueiredo (2009) refere ainda como pertinente a avaliação da classe social familiar porque esta influencia a forma de organização familiar, o estabelecimento das crenças e valores e ainda a utilização dos recursos de saúde e serviços sociais. Uma família com baixo estatuto sócio-económico terá sempre mais dificuldades de acessibilidade a recursos materiais, sociais, políticos e económicos (Figueiredo, Rego & Vítor, 2023b).

A escala de APGAR familiar de Smilkstein avalia a perceção dos membros da família relativamente à funcionalidade familiar e o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar. Esta escala irá avaliar a família como altamente funcional, com moderada disfunção ou com disfunção acentuada (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023b).

É uma escala de aplicação individual, traduzindo apenas a forma como cada um dos membros percebe a sua família num determinado momento (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023b), possibilitando a identificação de situações de risco associadas a uma área de funcionamento familiar. Assim, é recomendada a sua utilização na prática clínica com as famílias, pois direciona a avaliação para a identificação de necessidades efetivas do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

O APGAR familiar, ao estar relacionado com a percepção dos membros sobre a funcionalidade familiar, é uma ferramenta importante para compreender como as famílias se adaptam às mudanças do ciclo vital. As flutuações que ocorrem ao longo do tempo conferem unicidade a cada família, refletindo a forma como ela lida com desafios e transições (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023b).

As mudanças que ocorrem no seio familiar ao longo do seu ciclo vital estão relacionadas com os acontecimentos de vida, normativos ou acidentais, cujo impacto é determinado pela estrutura da família, onde se integram os seus padrões adaptativos (Figueiredo, 2012).

O instrumento mais utilizado para medir eventos vitais tem sido a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. Esta escala permite encontrar uma relação entre eventos familiares geradores de stresse e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas, assim como identificar tipos e padrões de transição ocorridos no espaço de um ano (Figueiredo, 2012). Os autores desta escala constataram ainda, que o risco de doença aumentava à medida que as unidades de mudança de vida se acumulavam (Figueiredo, Rego & Vítor, 2023c).

Sendo que a crise implica uma reestruturação familiar, dependendo da natureza dos acontecimentos geradores de stress e da sua simultaneidade, cabe ao enfermeiro explorar as capacidades da família para lidar com esses acontecimentos, tendo em consideração a sua estrutura, recursos internos e externos e o significado atribuído à situação (Figueiredo, 2012). Assim, a aplicação desta escala permite um planeamento e implementação de intervenções que visem a capacitação evolutiva do sistema familiar (Figueiredo, Rego & Vítor, 2023c).

2.6.6 Entrevista familiar como técnica de intervenção

A entrevista familiar pode ter como finalidade recolher informação sobre a família fornecendo dados para o diagnóstico mas também ter um carácter interventivo no suporte emocional e educacional no processo de adaptação às mudanças decorrentes de situações stressantes que afetam os membros da família, visando a sua autonomia e desenvolvimento (Ferré-Grau, 2023; Sequeira et al., 2023).

Deverá integrar o maior número de elementos da família, na qual as questões são colocadas na presença de todos os membros da família, dando oportunidade a todos para emitirem a sua opinião acerca da informação que se pretende colher. Para a realização da entrevista é necessário previamente conhecer o problema, a família, o posicionamento da família face ao problema, quais os objetivos e temas a discutir, assim como o tempo disponível para a entrevista (Ferré-Grau, 2023; Sequeira et al., 2023).

É consensual na literatura que este tipo de entrevista permite ao enfermeiro estabelecer contacto de proximidade e de relação terapêutica com a família, sendo essencial realizar o plano de cuidados em conjunto com a família, de forma a que estes participem no planeamento de intervenções e resultado que vão de encontro às suas expectativas (Ferré-Grau, 2023; Sequeira et al., 2023; Wright & Leahey, 2005).

Wright & Leahey (2005) defendem que "para obter o envolvimento das famílias, as enfermeiras precisam ter bom conhecimento de modelos de avaliação e intervenção na família, e habilidades para entrevistar e perguntar" (p.227) e que "uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família, pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa" (p.227).

Neste contexto, as autoras desenvolveram a entrevista de 15 minutos à família com o principal objetivo de, em colaboração com a família, identificar e intervir nas necessidades da família a fim de facilitar o processo de recuperação da saúde ou de minimização dos efeitos da doença (Wright & Leahey, 2005).

Descrevem como uma das intervenções de enfermagem mais simples, mas poderosa para as famílias que passam por problemas de saúde, o uso de perguntas de intervenção (Wright & Leahey, 2005).

Assim, Wright & Leahey (2005) e Figueiredo (2023d) definem algumas perguntas de intervenção:

- Questões lineares - têm como objetivo facilitar a definição do problema, focando-se na causa e nos problemas numa perspetiva linear;
- Questões circulares - identificam os padrões que ligam os membros da família, focalizando-se nos efeitos comportamentais, nas diferenças entre os membros e nas mudanças que podem ocorrer face a acontecimentos normativos ou não normativos.

As autoras diferenciam ainda as questões circulares em:

- Questões de diferença - exploram as diferenças entre pessoas, relacionamentos ou crenças, permitindo definir a relação;
- Questões de efeito comportamental - explora as ligações entre o efeito do comportamento de um membro da família sobre outro;
- Questões hipotéticas - explora as opções e ações alternativas ou significados da família de forma a aumentar a perceção sobre os problemas presentes e sobre o futuro;
- Questões sobre díades ou tríades - questões colocadas a cada membro da família acerca do relacionamento entre outros. Assim, cada membro descreve a forma como percebe a relação entre os restantes membros.

Todos estes tipos de questões são instrumentos de incentivo à participação dos membros da família no processo terapêutico, utilizados para facilitar a mudança no sistema familiar (Figueiredo, 2023d; Wright & Leahey, 2005).

São descritos por Wright & Leahey (2005) cinco "ingredientes-chave" para o sucesso da entrevista familiar (Quadro 7).

Quadro 7 - Ingredientes-Chave da Entrevista Familiar em 15 minutos
(continua)

Ingredientes-Chave	Caraterísticas
Conversas Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - É uma intervenção que todos os enfermeiros realizam sem se aperceberem e que proporciona mudança nos membros da família; - Ajuda a família a expressar as suas preocupações e a pensar de forma diferente sobre o problema, podendo mudar as suas expetativas; - São caracterizadas pela escuta ativa, demonstração de compaixão, fornecimento de reforços e informações.

(conclusão)

Boas Maneiras	<ul style="list-style-type: none"> - São atos de educação e cortesia, de respeito e gentileza; - Fundamentais para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica; - Têm também o efeito de incutir confiança nos elementos da família.
Genograma e Ecompas da Família	<ul style="list-style-type: none"> - São instrumentos que auxiliam na avaliação estrutural da família; - São de simples utilização e permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares; - Funcionam como fonte de informação, de forma sucinta, para o planeamento das estratégias.
Perguntas Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - São questões colocadas à família e que encorajam os membros a expressar as suas crenças, a clarificarem a sua compreensão sobre a doença e a refletirem sobre a situação que estão a viver; - As questões lineares exploram as descrições ou perceção dos membros da família sobre o problema; - As questões circulares dirigem-se a uma explicação dos problemas e das interrelações. Permitem, ainda, a abertura para um novo comportamento familiar, sendo um estratégia que ajuda a família no processo reflexivo que poderá fornecer a mudança.
Elogiar as forças da família e do indivíduo	<ul style="list-style-type: none"> - São formas de reforçar os recursos, as forças e as competências da família; - Proporcionam aos elementos da família uma nova visão de si próprios, dando-lhes a oportunidade de olharem para o seu problema de saúde de forma diferente e de se orientarem para soluções, mas efetivas que reduzam o sofrimento atual ou potencial.

Fonte: Wright & Leahey, 2005; Araújo, 2014

2.6.7 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é um processo contínuo e dinâmico que sustenta as intervenções de enfermagem, sendo uma forma sistemática de organizar e prestar cuidados possibilitando alterar intervenções à medida que se alteram às necessidades de cuidados (Potter & Perry, 2009).

A utilização do processo de enfermagem permite ao enfermeiro identificar as necessidades de cuidados de um cliente, definir os diagnósticos de enfermagem ou os focos de atenção, estabelecer os objetivos e resultados esperados para o cuidado, elaborar um plano de intervenções e avaliar o resultado da execução das suas intervenções (Potter & Perry, 2009).

O processo de enfermagem de família vai diferir apenas na medida em que, estará dependente do foco dos cuidados. A abordagem exige que toda a família e cada um dos seus membros sejam avaliados em simultâneo (Hanson, 2005).

Também Potter e Perry (2009) referem que o processo de enfermagem tem uma diversidade de abordagens científicas que permitem organizar os cuidados aos seus utentes, sejam eles um indivíduo, uma família, uma comunidade.

De acordo com Hanson (2005), o processo de enfermagem de família consiste em cinco etapas: recolha de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção ou tratamento e a avaliação.

Ao longo dos estágios, o processo de enfermagem foi elaborado, utilizando a linguagem CIPE, no SClínico, onde são realizadas intervenções de diagnóstico para se encontrem os focos e diagnósticos de enfermagem. É realizado um planeamento e definidas prioridades, para depois serem implementadas as intervenções de enfermagem e avaliados os resultados da intervenção.

Assim, a figura 15, representa as fases do processo de enfermagem:

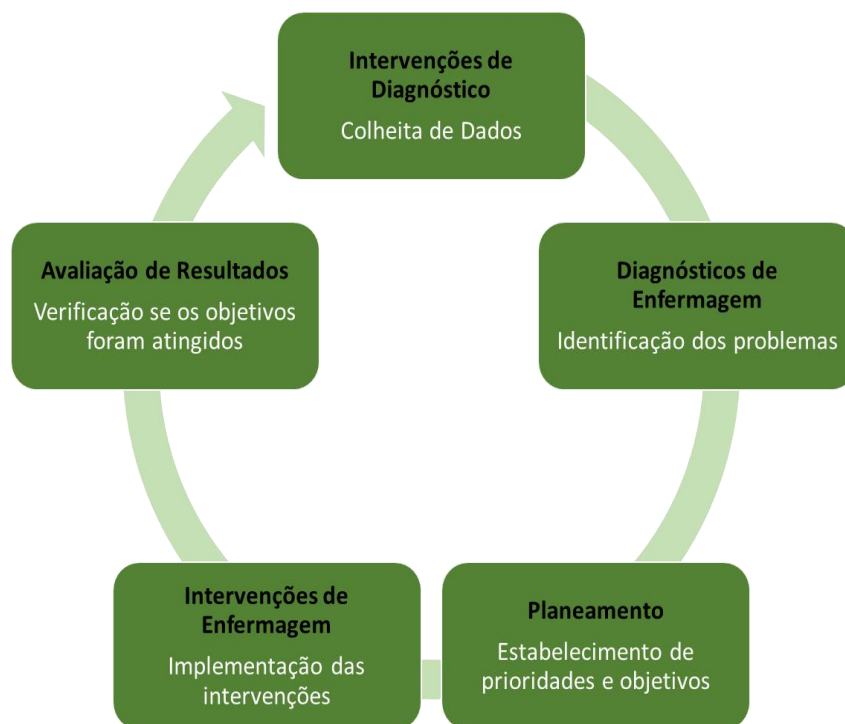


Figura 15 - Etapas do processo de enfermagem

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

O percurso de afirmação da enfermagem de saúde familiar surge, em 2010, com a criação do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023), dirigida aos “projectos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2010, p.5). A par com esta especialidade foi definido o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 168/2011 da Ordem dos Enfermeiros).

Igualmente em 2011, são aprovados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros) norteadores da prática especializada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Em 2014, com o decreto lei nº 118/2014 de 5 de agosto, são estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das UF de prestação de CSP, nomeadamente nas USF. Este decreto realça o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar aprovado pela OE, em 2011. Assim, tornou-se evidente o papel do enfermeiro integrado nas diferentes unidades funcionais de CSP e direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Neste sentido, em 2017, surge em decreto que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde).

Em 2018, a OE considera que a enfermagem de saúde familiar emergiu de forma autónoma e diferenciada da enfermagem comunitária, sendo o foco e o alvo dos cuidados diferentes. Assim reconhece a obrigatoriedade de especificar as competências, no âmbito da enfermagem comunitária, as áreas de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e a de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023). É então

aprovado o atual Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho que diferencia as 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.

Assim, esse regulamento define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar:

- 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 nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

De acordo com a OE, o foco dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar são “as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente” (Regulamento 126/2011 da Ordem dos Enfermeiros, p. 8660).

No presente capítulo será feita uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências ao longo dos Ensinos Clínicos, quer no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, quer às específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, com base em competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros)

As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. São demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no

âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Pretende-se que todos os enfermeiros especialistas, para além das competências específicas enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Estas competências envolvem as dimensões da educação, da orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

De acordo com o Regulamento 140/2019, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista englobam: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No quadro abaixo encontra-se uma análise dos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista adquiridas assim como as atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos.

Quadro 8 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e atividades realizadas em contexto da prática clínica (continua)

	Unidades de Competência	Competências adquiridas / Atividades realizadas
DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	
	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvi estratégias de resolução de problemas em parceria com o indivíduo/família, tendo em conta as respostas mais adequadas e personalizadas a cada situação. ✓ Demonstrei capacidade de tomada de decisão com base no conhecimento, na experiência profissional e nos contributos do programa formativo deste mestrado. ✓ Participei na tomada de decisão em equipa, fundamentada nos princípios bioéticos, valores humanos e normas deontológicas. ✓ Promovi o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, que regula as práticas éticas da profissão, tendo presente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) como guia fundamental no exercício das minhas funções.
	Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborei na análise, reflexão e orientação de tomadas de decisão quando os cuidados requeressem um nível de competência correspondente à área de especialidade em saúde familiar, sendo os

		<p>contributos da enfermeira orientadora muito importantes para justificar tomadas de decisão.</p> <p>✓ Reconheço as competências do enfermeiro na área de especialidade em saúde familiar.</p>
	Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>✓ Avaliei os resultados das decisões tomadas tendo em conta os objetivos estabelecidos e partilhei-os com a equipa de família e, sempre que se justificasse, com a restante equipa.</p>
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
	Promove a proteção dos direitos humanos	<p>✓ Assumi a defesa e respeito pelos dos Direitos Humanos, conforme a deontologia profissional.</p> <p>✓ Assegurei o acesso claro e objetivo às informações relacionadas com o estado de saúde do indivíduo, permitindo escolhas informadas.</p> <p>✓ Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, não deixando a informação clínica acessível e realizando os registos de enfermagem no sistema informático SClínico que confere uma maior proteção da informação.</p> <p>✓ Respeitei o direito à privacidade, realizando as consultas em gabinete individual e de porta fechada, promovendo a livre escolha do indivíduo de quem queria ter presente na consulta.</p> <p>✓ Assegurei o respeito pela autonomia, tendo em conta o direito do indivíduo/família na escolha ou recusa de cuidados, integrando-os na elaboração do plano de cuidados e de acordo com as necessidades sentidas.</p> <p>✓ Respeitei a existência da diversidade cultural, espiritual, social e as práticas específicas de cada indivíduo/família, promovendo um cuidado inclusivo e humanizado.</p>
	Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente	<p>✓ Realizei a análise, prevenção e gestão de práticas de risco, garantindo que os cuidados prestados fossem seguros e respeitassem as dimensões ética, deontológica e humana.</p> <p>✓ Adotei uma conduta antecipatória garantindo a segurança, a privacidade e dignidade do utente e família, tendo avaliado continuamente os resultados dos processos de tomada de decisão.</p>
DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	
	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	<p>✓ Mobilizei conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, tendo por base os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros e a formação contínua realizada durante a experiência profissional.</p> <p>✓ Sendo a formação em serviço reconhecida como um instrumento de atualização científica e de melhoria da qualidade de cuidados tive presente em várias formações em serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asma - epidemiologia, fisiopatologia, casos clínicos e critérios de referência para a consulta hospitalar; ● Apresentação do poster “Papel do enfermeiro na Consulta da Asma em uma USF”; ● Rastreio de dislipidemia em crianças e adolescentes – apresentação de um caso clínico; ● Formação PPCIRA e Auditorias – 5 momentos de higienização das mãos e precauções básicas de controle de infeção; ● Apresentação do protocolo de atuação – Anafilaxia; ● Apresentação do folheto informativo sobre Doença Venosa

	<p>Crónica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do folheto informativo sobre Antiagregação.
Orienta projetos institucionais na área da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborei questionários para avaliar a perspectiva dos pais e enfermeiros de família acerca da realização da Visita Domiciliária ao Recém-Nascido, relativamente à importância, acessibilidade e satisfação da mesma. ✓ Apresentei os resultados em reunião de equipa multidisciplinar (Apêndice V).
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	
Avalia a qualidade das práticas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliei e analisei a qualidade da prática clínica tendo em conta as normas e orientações da DGS, os indicadores e o compromisso da USF para uma prestação de cuidados de saúde de excelência, tendo por base a carta de qualidade, o plano de ação e a carta de compromisso desta instituição.
Planeia programas de melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifiquei junto da equipa multidisciplinar necessidade de formação na área da técnica inalatória, tendo realizado uma formação com o tema “Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios”, a elaboração de um documento de apoio (Apêndice VI) e a organização de uma mala com os principais dispositivos inalatórios para demonstração em consulta. ✓ Participei na elaboração, apresentação e implementação do Plano de Acompanhamento Interno (PAI): “Visita Domiciliária ao Recém-Nascido” com elaboração de um folheto informativo (Apêndice VII) para divulgar e entregar às grávidas na consulta de Saúde Materna.
Lidera programas de melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentei, ao longo dos Ensinos Clínicos e em reunião de equipa multidisciplinar, a evolução dos resultados da implementação do PAI com propostas de melhoria contínua e elaboração do relatório final.
Garante um ambiente terapêutico e seguro	
Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promovi um ambiente centrado na pessoa/família, tendo em conta a segurança e bem-estar dos utentes, tanto em contexto domiciliário como na unidade. ✓ Respeitei a identidade e necessidades culturais e espirituais da pessoa/família promotoras de um ambiente mais inclusivo. ✓ Assegurei a segurança na prática clínica, respeitando as normas e procedimentos instituídos para minimizar erros. ✓ Tive em conta os princípios da ergonomia para evitar danos próprios e aos utentes. ✓ Adotei medidas para a segurança de dados e dos registos eletrónicos, bloqueando a sessão do computador sempre que me ausentava do gabinete.
Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizei o meu trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, tais como a identificação inequívoca do utente e os princípios da administração segura da terapêutica. ✓ Preveni riscos ambientais tais como a gestão adequada dos resíduos, a correta limpeza e desinfecção de superfícies sempre que necessário. ✓ Cumprí as medidas de prevenção e controlo da infeção (5 momentos).
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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participei nas reuniões multidisciplinares e colaborei, sempre que pertinente, nas decisões da equipa. ✓ Atualizei a informação clínica nos processos de enfermagem.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconheci o “referenciar para” assistente social, psicólogo e UCC. ✓ Realizei referências para a RNCCI para descanso do cuidador.
	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientei e avaliei as tarefas delegadas 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizei o trabalho priorizando os cuidados em função das necessidades específicas dos utentes/família. ✓ Discuti em equipa, sempre que necessário, para alcançar os melhores resultados a nível dos cuidados. ✓ Verifiquei, juntamente com a enfermeira orientadora, a gestão de stocks e otimização de equipamento. ✓ Utilizei os recursos de maneira eficaz e eficiente, evitando desperdícios.
	Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreendi os papéis e funções de todos os membros da equipa. ✓ Evidenciei na USF um ambiente de liderança baseado no espírito de equipa, comunicação e motivação de todos os profissionais, com reconhecimentos formais e <i>feedback</i> positivo.
DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	
	Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvi e apliquei o auto-conhecimento, gerindo as minhas características pessoais, reconhecendo os meus limites e influenciando positivamente o relacionamento com o utente/família e equipa multidisciplinar.
	Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Geri a auto-perceção (a perceção que tenho de mim) com a heteroperceção (a perceção que os outros têm de mim), gerindo emoções, agindo sob pressão, prevenindo conflitos e resolvendo situações de forma profissional e eficiente.
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	
	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizei formações à equipa de acordo com as necessidades desta, a minha experiência profissional e a minha experiência como mestranda na área da saúde familiar. ✓ Transmite à equipa de enfermagem as temáticas relevantes para o contexto de trabalho do I Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH’25), organizado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (Apêndice VIII);
	Suporta a prática clínica em evidência científica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizei um estudo da perspetiva dos pais e enfermeiros de família acerca da “Visita Domiciliária ao Recém-Nascido”, recolhendo, analisando e interpretando os resultados que serão divulgado em poster no futuro II Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar. ✓ Realizei um estudo de investigação que se encontra no capítulo 4, que contribui para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar.
	Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilizei conhecimentos que contribuíram para a prática especializada segura e competente. ✓ Aproveitei as oportunidades de aprendizagem, para realizar pesquisas

	ambiente de trabalho	<p>e refletir sobre a prática apresentando mais dificuldades em algumas áreas tendo as ultrapassado com formação (Anexo I):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Webinar: Vacinação na Comunidade: o papel transformador dos Enfermeiros (Escola Bwizer); • Webinar: Práticas de Enfermagem para a capacitação eficaz dos Cuidadores Informais (Escola Bwizer); • Webinar Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade (Ordem dos Enfermeiros); • Webinar: Circuitos de Referenciação do doente para a RNCCI (Ordem dos Enfermeiros); • Webinar: A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros) • Curso Online: Prevenção e Tratamento de Feridas (Cursos em Saúde).
--	----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas “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” (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4745).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar tem por base as competências específicas de cuidar da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação com foco na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Tem também competências de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

Segundo a OE (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar são:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

No quadro abaixo encontra-se um análise das as unidades de competência específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar adquiridas, assim como as atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos.

Quadro 9 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar e atividades realizadas em contexto da prática clínica (continua)

Unidades de Competência	Competências adquiridas / 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrei disponibilidade e flexibilidade na abordagem às famílias, estabelecendo uma relação de diálogo familiar para definir objetivos de saúde e fortalecer a autonomia na realização dos mesmos. ✓ Reforcei os pontos fortes das famílias no âmbito da saúde. ✓ Concebi planos de ação, onde assumi o papel promotor da saúde e prevenção da doença.
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitei o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, problemas atuais e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. ✓ Observei o comportamento dos membros da família, percebendo as interações entre os mesmos e relacionei com as informações verbais transmitidas de forma a perceber aspetos importantes sobre a coesão familiar, possíveis conflitos e padrões de apoio. ✓ Utilizei instrumentos de avaliação familiar como o Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar, <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II)</i>, <i>Apgar Familiar de Smilkstein</i> e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe de forma a avaliar as famílias ao nível estrutural e funcional. ✓ Identifiquei as crenças e cultura familiar de forma a compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações e decisões, para garantir que os cuidados sejam aceites e realizados. ✓ Avaliei a capacidade da família em enfrentar crises ou mudanças e sugeri estratégias para fortalecer a coesão e a resiliência. ✓ Identifiquei pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida (nascimento, morte, acidente, doença...).
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilizei conhecimentos para a tomada de decisão. ✓ Analisei dados sobre a dinâmica familiar, o estado atual de saúde e as respostas da família perante situações complexas. ✓ Considerei a influência das diferentes etapas do ciclo de vida da família, as suas crenças, o contexto ambiental e recursos familiares na resposta a situações complexas. ✓ Compreendi a interdependência entre o indivíduo, família, saúde e meio ambiente reconhecendo que é um ciclo onde cada um destes elementos influencia e é influenciado pelos outros, formando um sistema complexo e dinâmico.
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promovi a capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde por meio da educação em saúde, do apoio emocional, da adoção de novos hábitos ou da modificação de comportamentos, sempre considerando as necessidades e condições específicas de cada família. ✓ Criei um ambiente calmo e seguro para a discussão de temas difíceis

	<p>durante as consultas de enfermagem em gabinete ou no próprio domicílio, com base em técnicas de comunicação eficazes, com uma postura empática e sem juízos de valor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizei um pensamento sistemático e crítico, baseado nos modelos de enfermagem familiar, sobretudo o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção familiar e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar que facilitaram uma compreensão mais abrangente da família e dos focos de intervenção da enfermagem de saúde familiar. ✓ Analisei a forma como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. ✓ Elaborei o processo de enfermagem de uma família desenvolvendo um plano de cuidados personalizado em colaboração com a mesma traçando objetivos para tentar atingir os resultados desejados (Apêndice IX).
<p>Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promovi um diálogo eficaz com a família, baseado na escuta ativa, empatia e clareza, de forma a compreender suas necessidades e objetivos, para tentar que as intervenções fossem de acordo com suas expectativas. ✓ Utilizei estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família de forma a promover o compromisso familiar e mudanças positivas no comportamento de saúde. ✓ Nas intervenções de enfermagem tive em conta os fatores biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e cognitivos que influenciam a saúde e o bem-estar familiar. ✓ Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com desafios e emoções difíceis. ✓ Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. ✓ Promovi ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.
<p>Facilita a resposta da família em situação de transição complexa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivei a família a partilhar suas vivências, medos, valores e experiências de saúde de forma a compreender como lidaram com processos de transição anteriores. ✓ Avaliei a família, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis, nos processos de transição. ✓ Promovi o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança utilizando o modelo de Enfermagem Baseado nas Forças (SBN) e o processo espiral para descobrir e desocultar as forças da família. ✓ Identifiquei e analisei aspetos da dinâmica familiar que servem de apoio ou que criam dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. ✓ Identifiquei e analisei a interdependência entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, para identificar barreiras e oportunidades para promover mudanças positivas no cuidado à saúde. ✓ Explorei com a família estratégias para otimizar a dinâmica familiar, ajudando-a a alcançar seus objetivos. ✓ Analisei e facilitei a aquisição de recursos internos e externos necessários para promover o cuidado integral e atender às necessidades de saúde da família. ✓ Discuti com a família o seu progresso no alcance dos seus objetivos, desafios e o seu crescimento. ✓ Documentei o processo de cuidados, integrando a saúde família e ambiente, realizando os registos no programa de saúde familiar e no processo familiar.

<p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurei orientação junto da enfermeira orientadora a fim de melhorar a minha prática em enfermagem de saúde familiar. ✓ Avaliei continuamente a minha prática, enquanto enfermeira de família, no sentido de melhorar o meu desempenho. ✓ Refleti sobre as interações com a família e avaliei o seu impacto no progresso familiar e nos resultados positivos em saúde familiar. ✓ Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com a prática baseada na evidência, com as necessidades específicas de cada família e com cumprimento dos princípios éticos e profissionais da enfermagem. ✓ Procurei o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo com estudo, pesquisas, aplicação dos conteúdos lecionados neste mestrado e formação na área da saúde familiar (Anexo I): <ul style="list-style-type: none"> • I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Familiar, organizado pela Escola Superior de Saúde de Leiria; • III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de Respostas”, organizado pela Ordem dos Enfermeiros; • I Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH’25), organizado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. ✓ Demonstrei uma reflexão contínua sobre as aprendizagens e um pensamento crítico sobre a prática e avaliação dos resultados. ✓ Colaborei com a equipa na resolução de problemas de enfermagem de saúde familiar, havendo troca de opiniões e conhecimentos.
<p>Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliei a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados através de conversas informais, da observação e de questionários. ✓ Integrei a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrei a equipa de saúde familiar e promovi a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. ✓ Referenciei para o médico de família, assistente social, psicólogo, enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica e consulta de termo no hospital. ✓ Geri a continuidade dos cuidados de saúde de uma família, colaborando na referenciação de utentes para a RNCCI para descanso do cuidador informal. ✓ Informei famílias sobre o suporte ao cuidador informal e a carta social. ✓ Orientei famílias para a UCC e recursos na comunidade, como lares, centros de dia, serviço de apoio domiciliário.
<p>Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborei na formação à equipa de enfermagem sobre registos eletrónicos em saúde no programa de Saúde da Família (Apêndice X). ✓ Utilizei o SClínico para sistematizar toda a informação colhida, documentar diagnósticos e intervenções de enfermagem, assegurando o acesso à informação clínica e a partilha de dados com profissionais de saúde de várias áreas. ✓ Utilizei o SClínico para planear, desenvolver e avaliar os cuidados globais às famílias:

	<ul style="list-style-type: none">• A nível da prevenção primária, realizei intervenções de educação para a saúde, informei e referenciei para programas de saúde, fomentei estilos de vida saudáveis, participei na imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação e a campanha de vacinação sazonal Outono-Inverno 2024-2025, realizei rastreios da diabetes, hipertensão e doenças oncológicas, promovi o compromisso de adesão às consultas, da adesão ao regime terapêutico, informei e envolvi a família na preparação para o parto, papel parental, benefícios do aleitamento materno, na introdução dos primeiros alimentos, no crescimento e desenvolvimento da criança;• A nível da prevenção secundária, realizei ensinamentos sobre sintomas iniciais para identificação precoce de algumas doenças, esclareci sobre sinais de alerta em populações vulneráveis (crianças, idosos, gestantes), promovi a aceitação do estado de saúde, a autovigilância e a gestão e adesão ao regime medicamentoso;• A nível da prevenção terciária, elaborei e envolvi a família nos planos de cuidados a familiares com doenças crónicas e na aquisição de competências para controlo dessas mesmas doenças, forneci apoio psicossocial em situações de perda, luto ou crise familiar.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que envolve uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (OE, 2012).

O ICN também promove e apoia a PBE porque é claro que se os enfermeiros utilizarem essa abordagem, são capazes de colocar questões e refletir sobre como e quando devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões, avaliar a sua prática e perceber se os resultados avaliados são adequados e aceites (OE, 2012).

A PBE promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados em saúde, pelo que a sua incorporação nas práticas dos enfermeiros é essencial. Promove ainda o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e o empoderamento dos enfermeiros, uma vez que estes só são possíveis através de tomadas de decisão baseadas na melhor evidência científica disponível (Pinto & Mota, 2023).

4.1 INTRODUÇÃO

A definição de família segundo a OMS remete para a promoção da saúde e redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando são assimiladas crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo de vida. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, particularmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (OMS, 2002).

Para Figueiredo (2012), os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale.

A interação com as famílias esteve desde sempre presente na prática clínica de enfermagem. A enfermagem surgiu nas casas dos utentes, evidenciando-se a capacidade do sistema

familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e conseqüentemente da saúde global (Wright & Leahey, 2005).

A conceção de uma enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a ser desenvolvida desde setembro de 1998 com a definição das 21 metas de saúde para o século XXI. Na meta quinze é realçado o papel do enfermeiro de saúde familiar como um profissional experiente que proporciona, a um número limitado de famílias, aconselhamento sobre os modos de vida e fatores de risco ligados aos comportamentos, apoio familiar em situação de doença e incapacidade crónica e cuidados no domicílio, tendo a família como alvo dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009).

Neste sentido, a enfermagem de saúde familiar coloca os enfermeiros dos CSP numa posição de destaque na promoção da saúde familiar, pelo seu papel no trabalho de proximidade com as famílias (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Também a Declaração de Munique, subscrita pelo governo português, em junho de 2000, atribuiu aos enfermeiros um papel fundamental no futuro dos sistemas de saúde às famílias, como fator crucial para melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços. Esta ideia é reforçada, em novembro de 2000, com a conferência nacional “A cada família o seu Enfermeiro”, organizada pela OE. Este evento tornou-se um marco importante para a reorganização dos serviços e conceção de cuidados de enfermagem centrados nas famílias (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Destaca-se ainda a reforma dos CSP, iniciada em 2005 com a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das USF, que veio reconhecer a competência dos enfermeiros no trabalho com as famílias inserido na equipa multiprofissional (Silva et al., 2013).

Para que os cuidados de enfermagem se centrem na família, enquanto objeto de intervenção, é fundamental o reconhecimento da sua multidimensionalidade e das suas competências como unidade auto-organizativa face aos processos de transição (Oliveira et al., 2011).

A integração das famílias no cuidar pressupõe mudanças na organização dos cuidados e na natureza das relações que se estabelecem entre a equipa de saúde, com a pessoa e sua

família, na criação de um processo interpessoal terapêutico e significativo (Figueiredo, 2012) que promova a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas (Frade et al., 2021).

Uma relação efetiva entre enfermeiro e família facilita o processo de preparação e capacitação da família na prestação e envolvimento nos cuidados de cooperação, de forma a obter uma maior qualidade nos cuidados prestados (Kholiaf et al., 2018 as cited in Frade et al., 2021).

A qualidade dos cuidados é amplamente influenciada pela atitude dos enfermeiros face aos familiares e pela forma como os enfermeiros valorizam a família e a envolvem no planeamento das intervenções que vão ao encontro das necessidades da família (Ferreira & Kraus, 2023; Frade et al., 2021).

4.2 ATITUDES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NOS CUIDADOS À FAMÍLIA

Os cuidados de enfermagem centrados na família devem assentar num modelo de parceria, onde se procura envolver a família no processo de cuidados, com respeito pela sua tomada de decisão. Esta parceria significa uma mudança de perspetiva e de atitude dos enfermeiros (Fernandes et al., 2015; Frade et al., 2021).

Wright & Leahey (2005) referem mesmo que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo emergente alterar os contextos de cuidados e que esta mudança requer, sobretudo por parte dos enfermeiros, a atitude de valorizar e integrar as famílias como parceiros nos cuidados.

A progressiva e diversificada publicação sobre a enfermagem de família tem vindo a demonstrar o interesse dos enfermeiros nos estudos sobre a família e a sua inclusão como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012).

No entanto, Oliveira et al. (2011) refere que estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações.

Partindo do pressuposto que as atitudes adotadas pelos enfermeiros em relação à família condicionam o processo de cuidar, dez investigadores do Núcleo de Investigação de

Enfermagem de Família, desenvolveram um estudo, com início em 2009, intitulado “ENFERMAGEM E FAMÍLIAS. Práticas dos Enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares”, onde foi realizada a tradução, validação e adaptação transcultural para português de um instrumento de avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem - a escala *Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*, versão original, denominada na versão portuguesa “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE). Foi desenvolvida na Suécia, a partir da revisão sistemática da literatura iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiras investigadoras que a testaram para a realidade desse país (Martins et al., 2010).

A aplicação desta escala nos diversos contextos de cuidados permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e, desta forma, potencializará a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar (Oliveira et al., 2011).

Com base nesta escala foram desenvolvidos vários estudos, quer em contexto hospitalar (Fernandes et al., 2015; Ferreira & Kraus, 2023), quer em contexto de cuidados de saúde primários (Duarte et al., 2024; Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013), que têm documentado que os enfermeiros revelam atitudes positivas face à família relativamente ao envolvimento, participação, interajuda e parceria da família nos cuidados de enfermagem.

Um outro estudo realizado a 164 indivíduos, em que 71 são enfermeiros e 93 são estudantes de enfermagem, demonstra que os estudantes atribuem maior importância à família do que os enfermeiros (Frade et al., 2021).

A maioria dos estudos referidos anteriormente revelam que os enfermeiros com mais experiência profissional, mais habilitações académicas e com formação na área da família atribuem maior importância à família no processo do cuidar (Ferreira & Kraus, 2023; Frade et al., 2021; Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013).

Outros estudos, com resultados controversos, não identificam diferenças de média estatisticamente significativas entre as variáveis: experiência profissional, habilitações académicas, tempo e local de exercício profissional com as atitudes dos enfermeiros (Fernandes et al., 2015).

De acordo com o estudo de Silva et al. (2013), o tipo de unidade funcional onde os enfermeiros trabalham parece condicionar as atitudes destes para com as famílias, pelo que sugere a realização de um outro estudo que contemple apenas enfermeiros que trabalhem em UCSP e em USF.

Uma vez que a integração das famílias no processo de cuidar resultam em práticas mais conducentes ao empoderamento e capacitação funcional das mesmas torna-se pertinente compreender a perspetiva e as atitudes dos enfermeiros em relação à sua intervenção colaborativa com as famílias (Wright & Leahey, 2005; Oliveira et al., 2011).

Também a saúde familiar e a enfermagem de família, dão cada vez mais ênfase ao enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde e à relevância das atitudes dos enfermeiros face à família para a qualidade dos cuidados.

Nesta perspetiva, estudar as atitudes é um pressuposto importante para melhorar a relação entre enfermeiros e famílias na prática clínica em enfermagem. Então, de forma a participar e colaborar em projetos de investigação já em curso, integro este estudo no projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, uma vez que os resultados obtidos por esta investigação podem ser utilizados para alcançar os seus objetivos.

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

O ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem é um projeto de investigação em decurso no Instituto Politécnico de Leira (IPL), promovido pelo Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) que é uma unidade de investigação multidisciplinar, do IPL, orientada para a investigação em saúde e para o desenvolvimento do conhecimento com vista a melhoraria dos cuidados de saúde.

O projeto ‘CuidarFam’ pretende desenvolver investigação nos processos de transição no decurso das diferentes etapas do ciclo de vida, devendo os cuidados de enfermagem serem dirigidos também às necessidades da família. Assim, 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, com início em janeiro de 2018 e data prevista de conclusão para final de 2026, tem como coordenadores os professores da Escola Superior de Saúde de Leiria João Frade (PhD, MPH, RN) e Carolina Henriques (Pós-Doc, PhD, MsC, RN). 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 (ciTechCare, 2022).

4.4 METODOLOGIA

4.4.1 Questões de Investigação e Hipóteses

Fortin (1999) refere que uma questão de investigação é “(...) uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (p.51). Esclarece ainda que as questões de investigação determinam as variáveis que serão descritas e as possíveis relações entre elas.

Assim, para este estudo, as questões de investigação são:

- 1 - As atitudes dos enfermeiros demonstram uma parceria com a família no ato de cuidar?
- 2 - Existe relação entre as atitudes demonstradas pelos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar e algumas características sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

A hipótese é uma afirmação, ainda que não verificada, que permite identificar as variáveis e as suas relações, definindo o papel das variáveis de investigação (Vilelas, 2009).

Tendo em conta o tema do estudo, para tentar responder às questões em análise, e determinar uma relação entre a atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar e as variáveis sociodemográficas e profissionais, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género;

H2: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade;

H3: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o estado civil;

H4: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o grau académico;

H5: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a formação académica adicional;

H6: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a área de especialização;

H7: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o título profissional;

H8: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o tempo de exercício profissional;

H9: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a unidade de saúde onde exerce funções (USF, UCSP ou UCC);

H10: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a realização de formação em enfermagem de saúde familiar;

H11: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de saúde familiar.

4.4.2 Objetivos

Segundo Vilelas (2009), os objetivos apontam a população a estudar, as variáveis, o tipo de estudo e as hipóteses. Devem ser definidos dois tipos de objetivos: o geral, que deve refletir a essência do planeamento do problema, e os específicos, que se depreendem do geral, devendo cada objetivo específico ser formulado de forma a dar resposta a um aspeto que, no seu conjunto, vá ao encontro do objetivo geral.

As relações do enfermeiro com as famílias têm sido investigadas em vários contextos. Existe uma representação ambígua das atitudes face à importância dos cuidados centrados na família (Oliveira et al, 2011). A presente investigação pretende expor a perceção que os

próprios enfermeiros possuem acerca da importância da família no processo do cuidar e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo.

De acordo com o tema proposto e as questões de investigação, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

Considero com objetivo específico:

- Relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com as suas atitudes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

4.4.3 População e Amostra

A população é um conjunto de indivíduos, que têm uma ou mais características comuns ou partilham um espaço comum, nos quais se pretende analisar alguns atributos. Quando a população é composta por um grande número de pessoas, por impossibilidade de os estudar a todos, por questões de tempo e custos, é necessário retirar uma amostra dessa população, ou seja um conjunto de elementos que representa a atuação da população no seu todo. (Vilelas, 2009).

As amostras dividem-se em duas grandes classes: as probabilísticas e as não probabilísticas. Nas amostras probabilísticas, os constituintes da população têm a mesma hipótese de serem selecionados; nas amostras não probabilísticas, os vários constituintes da população não têm a mesma hipótese de fazer parte da amostra, sendo as mais frequentemente escolhidas as amostras por conveniência (Vilelas, 2009).

Uma amostra por conveniência, ou acidental, é a que se obtém sem nenhum plano preconcebido, em que as unidades escolhidas resultam do produto de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2009).

Assim, a população deste estudo são os enfermeiros que trabalham em CSP na ULS RL e a amostra foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência,

composta por quarenta e dois enfermeiros que voluntariamente preencheram o questionário online e que correspondem aos critérios de inclusão.

Construíram-se os seguintes critérios de inclusão da amostra: todos os enfermeiros da população alvo que se disponibilizem a participar no estudo e com funções diretas com os utentes e famílias, excluindo-se, assim, todos os enfermeiros da Unidade de Saúde Pública (USP).

4.4.4 Tipo de Estudo

“O estudo é, pois, uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do seu problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente” (Vilelas, 2009, p.101).

Com este estudo pretende-se explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos, constituindo assim um estudo quantitativo. Os principais passos dos estudos quantitativos, segundo Vilelas (2009) são: colheita de dados para corroborar teorias, hipóteses e modelos planeados; caracterização de medidas numéricas e análises estatísticas para testar hipóteses; utilização de método sistemático e informações objetivas e associação de estudos confirmatórios.

Este estudo considera-se do tipo descritivo, pois procura especificar e analisar as características de um grupo de pessoas (Vilelas, 2009) e gera hipóteses que serão verificadas posteriormente por meio do estudo analítico (Duarte et al., 2022).

Assim, também é estudo analítico, porque tem como base a análise dos dados para testar as hipóteses e avaliar a alegada relação causal (Duarte et al., 2022). Pode-se considerar correlacional, pois tem como objetivo identificar as relações entre duas ou mais variáveis (Vilelas, 2009).

Em termos temporais, classifica-se como transversal, uma vez que recolhem dados da população em estudo num determinado momento (Duarte et al., 2022) e sempre nas mesmas condições, empregando o mesmo instrumento de recolha de dados (Vilelas, 2009).

Resumindo a informação acima descrita, será utilizado um método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico, correlacional e transversal.

4.4.5 Identificação das variáveis

Variável é uma característica ou qualidade que pode assumir diferentes valores. São atribuídos valores numéricos e deve concordar com a descrição do problema, dos objetivos, das hipóteses e de acordo com o enquadramento teórico (Vilelas, 2009).

Polit e Hungler (1995, as cited in Vilelas, 2009) referem que a essência da investigação é compreender a variação dos valores numa variável e a forma como a variação de uma variável pode influenciar uma outra.

A fase de operacionalização das variáveis utiliza uma definição padronizada que permite comparar os resultados com outros estudos, sem ambiguidade. Na operacionalização das variáveis deve estar incluído o tipo de variável, a escala de medida, a categoria dos seus valores e a fonte de informação ou instrumento de medida que será utilizado (Duarte et al., 2022).

4.4.5.1 Variável dependente

A variável dependente é a que se espera observar como resultado das outras variáveis do estudo (Duarte et al., 2022). O seu valor irá depender dos valores assumidos por outras variáveis (Vilelas, 2009).

Nesta investigação, a variável dependente são as atitudes dos enfermeiros na parceria de cuidados com a família e para a operacionalização da mesma (Quadro 11) foi utilizada a escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa (Oliveira et al., 2011).

Quadro 10: Operacionalização da variável dependente

VARIÁVEL	ESCALA DE MEDIDA	CONTINUIDADE DAS VARIÁVEIS	OPÇÕES DE RESPOSTA
Atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: 1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente.
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, podendo variar entre uma pontuação de 26 a 104 pontos

4.4.5.2 Variável Independente

A variável independente é aquela que pode ou não influenciar o resultado da variável dependente (Duarte, Gonçalves & Sequeira, 2022) e dentro da relação estabelecida não depende de nenhuma outra variável (Vilelas, 2009).

Neste estudo, as variáveis independentes são as que caracterizam o perfil sociodemográfico do enfermeiro (género, idade e estado civil) e o seu perfil profissional (grau académico, formação académica adicional, título profissional, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, frequência e contexto de formações no âmbito da enfermagem de saúde familiar). A forma como se operacionalizam as variáveis independentes está organizada no quadro seguinte.

Quadro 11 - Operacionalização das variáveis independentes (continua)

PERFIL	VARIÁVEL	ESCALA DE MEDIDA	CONTINUIDADE DAS VARIÁVEIS	OPÇÕES DE RESPOSTA
Socio-demográfico	Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1. Masculino; 2. Feminino.
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável: entre 0 e + ∞ anos
	Estado Civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1. Solteiro; 2. União de facto/Casado; 3. Separado/Divorciado; 4. Viúvo.
Profissional	Grau académico	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1. Bacharelato; 2. Licenciatura; 3. Mestrado; 4. Doutoramento.
	Formação Académica Adicional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1. Pós-graduação; 2. Especialização; 3. Outra; 4. Não possuo.
	Área de Especialização	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 2. Enfermagem de Saúde Comunitária; 3. Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 4. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 5. Enfermagem de Reabilitação; 6. Enfermagem Médico-Cirúrgica.

(conclusão)

Profissional	Título Profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1. Enfermeiro; 2. Enfermeiro Especialista; 3. Enfermeiro Gestor.
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável: entre 0 e + ∞ anos
	Local de prestação de cuidados	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1. USF; 2. UCSP; 3. UCC.
	Formação no âmbito da enfermagem de saúde familiar	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1. Sim; 2. Não.
	Contexto da formação no âmbito da enfermagem de saúde familiar	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Múltipla: 1. Contexto académico; 2. Formação contínua; 3. Instituição; 4. Outro.

4.4.6 Instrumento de recolha de dados

Um instrumento de recolha de dados é, segundo Vilelas (2009), um meio que o investigador pode usar para conhecer os fenómenos e retirar deles informação.

Pode ser usado para resumir todo o trabalho que foi realizado em torno da investigação, assim como a relação da teoria com o caso que se quer estudar, incluindo as variáveis e conceitos utilizados (Vilelas, 2009).

O questionário é uma ferramenta estruturada que tem como finalidade obter informação acerca da população em estudo, reduzindo ao máximo os erros de medida das variáveis e facilitar a sua posterior análise. Idealmente, devem ser utilizados questionários que já estejam validados (Duarte et al., 2022).

Relativamente à pontuação e à codificação, uma das escalas mais utilizadas é a de *Likert* que possui várias afirmações e o participante escolhe a resposta que melhor representa o seu grau de concordância ou discordância (Duarte et al., 2022).

Para esta investigação o instrumento de recolha de dados (Apêndice XI) utilizado foi o questionário composto por duas partes: a caracterização da amostra (dados sociodemográficos e profissionais) e a escala IFCE-AE.

Esta escala assume que a família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados e considera que o conceito família utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013).

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens, com alternativas de resposta situadas numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para as seguintes quatro opções de resposta (Oliveira et al., 2011):

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

Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4. Se a escala tem um total de 26 itens, a sua pontuação total pode variar entre 24 a 104 pontos. Os 26 itens incorporam afirmações sobre as atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e mede as seguintes três dimensões (Angelo et al, 2014):

- Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - com 12 itens, cuja pontuação varia entre 12 a 48 pontos;
- Família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens cuja pontuação varia entre 10 a 40 pontos;
- Família como um fardo - 4 itens, cuja pontuação varia entre 4 a 16 pontos.

Estas informações encontram-se resumidas no quadro 12, onde podemos observar não só as diferentes dimensões, mas também cada um dos itens que constituem a IFCE-AE, assim como a pontuação possível para cada dimensão.

Quadro 12 - Dimensões, itens e pontuação da IFCE-AE
 (continua)

Dimensões	Itens	Número de itens	Pontuação possível
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	<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, convidos 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	Entre 12 - 48 pontos
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	<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	Entre 10 - 40 pontos
Família como um fardo	<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 stress.</p>	4	Entre 4 - 16 pontos

(conclusão)

TOTAL IFCE-AE		26	Entre 26 - 104 pontos
--------------------------	--	-----------	--------------------------

A atitude do enfermeiro face à família, em cada dimensão da escala, dá indicação sobre a perceção que este possui acerca da importância de envolver a família nos cuidados e indicia o seu comportamento:

- a família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - o enfermeiro tem em conta a família como fonte de informação, interlocutora, com quem se pode estabelecer um diálogo terapêutico, valorizando seu envolvimento no planeamento dos cuidados. A família é valorizada pelas suas características, potencialidades e pontos fortes (Nóbrega et al., 2020);
- a família como recurso nos cuidados de enfermagem - coloca a família como detentora de forças e recursos para colaborar na tomada de decisão e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica (Nóbrega et al, 2020; Wright & Leahey, 2012);
- a família como um fardo - implica uma atitude negativa para com a família, de considerar indesejável sua inclusão nos cuidados (Nóbrega et al., 2020).

4.4.7 Procedimentos na recolha e análise de dados

Os dados foram obtidos através de um questionário online elaborado na plataforma “Forms” do Google que foi divulgado nas redes sociais de diversos grupos de enfermeiros.

Os dados foram recolhidos de forma online entre 5 e 21 de novembro de 2024, garantindo-se a confidencialidade e a liberdade de participação.

Após a etapa de recolha de questionários, os dados foram então introduzidos e analisados no software IBM® SPSS Statistics, versão 29.0.1.0 para Windows.

Para analisar a **fiabilidade ou consistência interna** da IFCE-AE e os resultados obtidos em cada item, por cada participante, que devem estar correlacionados entre si ao longo de todo o questionário, foi realizado o teste de alfa (α) de Cronbach. Este é o teste mais utilizado

quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento de pontuação como na escala de *Likert* (Vilelas, 2009).

O valor do α deve ser positivo e variar numa escala entre 0 e 1, sendo aceitável quando se situa entre $0,70 < \alpha < 0,90$ (Dixe, 2022; Vilelas, 2009):

- superior a 0,9, a consistência é muito boa;
- entre 0,8 e 0,9 é boa;
- entre 0,7 e 0,8 razoável;
- entre 0,6 e 0,7 fraca;
- inferior a 0,6 inadmissível.

Como a IFCE-AE possui mais de 20 itens e é constituída por 3 dimensões diferentes, deve ser calculado o coeficiente α de *Cronbach* tanto para o total da escala como para cada uma das suas dimensões (Oviedo & Campo-Arias, 2005 as cited in Dixe, 2022).

A consistência interna no estudo realizado por Oliveira et al. (2011) para validar a escala IFCE-AE, também foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente α de *Cronbach*, revelando uma boa consistência interna total (α de *Cronbach* de 0,87), muito próxima da escala original, o que confirma uma elevada precisão na versão portuguesa.

No sentido de verificar a consistência interna do IFCE-AE para a população deste estudo, foi calculado o α de *Cronbach*, para o total da escala e para cada uma das suas dimensões, sendo os resultados obtidos comparados com os resultados obtidos por Oliveira et al (2011) (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação dos resultados do alfa de *Cronbach* para a escala IFCE-AE

Escala IFCE-AE	α de <i>Cronbach</i> Estudo atual	α de <i>Cronbach</i> Oliveira <i>et al.</i> , 2011
Dimensão 1: Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,91	0,90
Dimensão 2: Família como recurso nos cuidados de enfermagem	0,91	0,84
Dimensão 3: Família como um fardo	0,79	0,49
TOTAL	0,91	0,87

Foi encontrado um α de *Cronbach* de 0,91 tanto para as duas primeiras dimensões como para o total da escala, o que se considera ser um valor com uma fiabilidade muito boa. Já a última dimensão apresenta um valor de α de *Cronbach* de 0,79 que é considerado aceitável.

A **estatística descritiva** permite recolher informação de uma amostra ou população e caracterizá-la, em dados numéricos, através de quadros, gráficos e indicadores numéricos (Vilelas, 2009).

Assim, para este estudo, tendo em conta as características das variáveis foram utilizadas as seguintes técnicas de estatística descritiva:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Média aritmética (\bar{x});
- Desvio Padrão (σ);
- Valor Mínimo (XMín) e Valor Máximo (XMáx).

A **estatística analítica** tem como objetivo concluir se os resultados obtidos podem ser representativos da população subjacente à amostra escolhida (Vilelas, 2009).

A escolha dos testes estatísticos inferenciais a utilizar para verificar se as evidências de uma amostra são consistentes com uma hipótese proposta sobre a população podem ser **paramétricos** ou **não paramétricos** (Marôco, 2021).

Os testes paramétricos verificam-se mais potentes do que os testes não paramétricos, por determinarem maior probabilidade de detetar um efeito real na população. No entanto, 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).

Para determinar a normalidade da amostra e a homogeneidade das variâncias populacionais, torna-se importante definir o nível de significância estatística (p) resultante destas provas. O p -valor é o que define a probabilidade dos nossos resultados serem semelhantes ao que existe na população de origem (Vilelas, 2009).

Assim, o nível de significância estatística foi definido como $p=0,05$ (Vilelas, 2009):

- se p for maior ou igual a 0,05 - diferença estatística não significativa;
- se p for inferior a 0,05 - diferença estatística significativa.

No entanto, Vilelas (2009) reforça que o valor de p , apesar de dizer se os nossos resultados são ou não estatisticamente significativos, não nos dizem se as diferenças encontradas ou a associação entre as variáveis são realmente fortes ou importantes.

Por um lado, é possível haver uma associação forte nos resultados da nossa amostra que, não sendo estatisticamente significativo, tem pouco interesse porque não garante que exista na população real. Por outro lado, é possível haver uma associação estatisticamente significativa, mas que, por ser fraca, não tem importância nenhuma (Vilelas, 2009).

Relativamente a este estudo, para testar a **normalidade da amostra**, será realizado o teste de *Shapiro-Wilk*, porque a amostra tem menos de 50 elementos ($n=42$) e para testar a **homogeneidade das variâncias populacionais** foi considerado o teste de *Levene*, sendo este o mais utilizado e potente (Marôco, 2021).

Assim, após aplicação do teste de *Shapiro-Wilk*, pode constatar-se na tabela 6 que a distribuição amostral é considerada normal na variável dependente em estudo, escala IFCE-AE, já que apresenta um valor de significância superior a 0,05 ($p=0,176$).

Tabela 6: Resultados do teste de normalidade *Shapiro-Wilk* para a variável dependente

Teste de <i>Shapiro-Wilk</i>			
Escala IFCE-AE	Estatística	Amostra (N)	Significância (p)
	0,962	42	0,176

Após aplicação do teste de *Levene* obteve-se $p>0,05$ ($p=0,562$), como se verifica na tabela 7.

Tabela 7: Resultados do teste de *Levene* para homogeneidade de variâncias entre populações

Teste de <i>Levene</i>			
Escala IFCE-AE	Estatística	Amostra (N)	Significância (p)
	0,163	42	0,562

Conclui-se, assim, que as variáveis seguem uma distribuição normal e que as variâncias são homogêneas para todas as hipóteses do estudo.

Podendo optar pela utilização de testes paramétricos, a escolha para avaliar a associação entre variáveis são os testes:

- coeficiente de correlação de Pearson (r);
- *t-Student*;
- *Anova de um fator*.

O coeficiente de Correlação de Pearson mede o grau de correlação que pode existir entre duas variáveis e avalia o efeito que uma produz na outra (Vilelas, 2009).

O valor absoluto da correlação (r) varia entre +1 e -1. O valor positivo sugere que existe uma correlação positiva perfeita e o valor negativo sugere uma correlação negativa perfeita (quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra) (Vilelas, 2009).

Nas ciências humanas, habitualmente consideram-se as correlações como (Marôco, 2021):

- $|r| < 0,25$: 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.

De maneira geral, valores de r baixos indicam fraca associação entre as variáveis, enquanto valores elevados de r indicam forte associação (Vilelas, 2009).

O teste *t-Student* para duas amostras independentes serve para testar se a média de duas populações são ou não significativamente diferentes (Marôco, 2021).

A análise de Variância (ANOVA) permite a comparação da média de duas ou mais populações, de onde foram extraídas amostras aleatórias (Marôco, 2021), permitindo comparar as diferenças nas médias das respostas dos enfermeiros à variável dependente. Existindo apenas um fator em estudo (variável independente), utilizo a análise *ANOVA de um fator*.

Com base no que foi dito anteriormente, de forma a verificar se existe influência das variáveis sociodemográficas identificadas e a variável dependente foram escolhidos os testes descritos no quadro 13.

Quadro 13 - Testes estatísticos a serem utilizados para avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a variável dependente

Variável	Teste Paramétrico
Idade	Pearson
Género	t-Student
Estado Civil	ANOVA
Grau Académico	ANOVA
Formação Académica Adicional	ANOVA
Área de Especialização	ANOVA
Título Profissional	ANOVA
Tempo de exercício profissional	Pearson
Local de prestação de cuidados	ANOVA
Formação no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	t-Student
Contexto da formação de Enfermagem de Saúde Familiar	ANOVA

4.4.8 Considerações Éticas

Qualquer investigação que implique a participação de seres humanos tem de respeitar a sua dignidade e os seus direitos, assim como o respeito pela vontade livre e esclarecida de participar no estudo (Deodato, 2022).

Quando se inicia um trabalho de investigação, têm de ser respeitados os seguintes princípios (Vilelas, 2009):

- direito à autodeterminação: as pessoas têm o direito de decidir de forma autónoma a participar ou não na investigação e devem também ser informadas que podem abandoná-la em qualquer momento do estudo;
- direito à intimidade: não podem ser divulgadas informações íntimas e privadas sem o conhecimento do sujeito do estudo e sem o seu consentimento;
- direito ao anonimato e à confidencialidade: as respostas individuais não podem identificar o sujeito;
- direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: proteção do indivíduo contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazer mal ou de o prejudicar;
- direito a um tratamento justo e equitativo: os indivíduos devem ser informados da natureza, fim e duração da investigação, e o acesso à informação deve ser igual para todos.

A Declaração de Helsínquia que determina os Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos exige que os protocolos de investigação sejam submetidos à avaliação

por uma comissão de ética antes do início do estudo, assim como a proteção da privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o consentimento informado dos mesmos (*World Medic Association, 2013*).

Assim, com base nos princípios éticos e legais, foram realizados os seguintes procedimentos para a elaboração deste estudo:

- pedido de autorização da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para o projeto de investigação 'CUIDARFAM' – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM', datado de 9/11/2021 com o número de parecer P808-10-2021 (Anexo I);
- divulgado o questionário *on line* nas redes sociais de grupos de enfermeiros, sendo explicado, na primeira página, a contextualização do estudo e a participação voluntário no mesmo, assim como o consentimento informado para a sua participação. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação.

4.5 RESULTADOS DO ESTUDO

De seguida, serão organizados os dados obtidos após tratamento de forma prática para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Os dados obtidos foram transformados em informação com o recurso à estatística e a representações por tabelas e gráficos.

4.5.1 Caraterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Relativamente à distribuição por género, 37 dos enfermeiros são do género feminino e 5 são do género masculino, como se pode observar no gráfico 1.

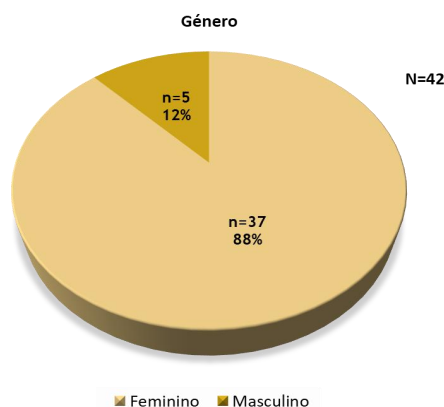


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género

A idade dos participantes varia entre os 27 e os 64 anos de idade (Gráfico 2), verificando-se uma média de idades de 48 anos com um desvio padrão de 7,72, conforme se pode observar na tabela 8.

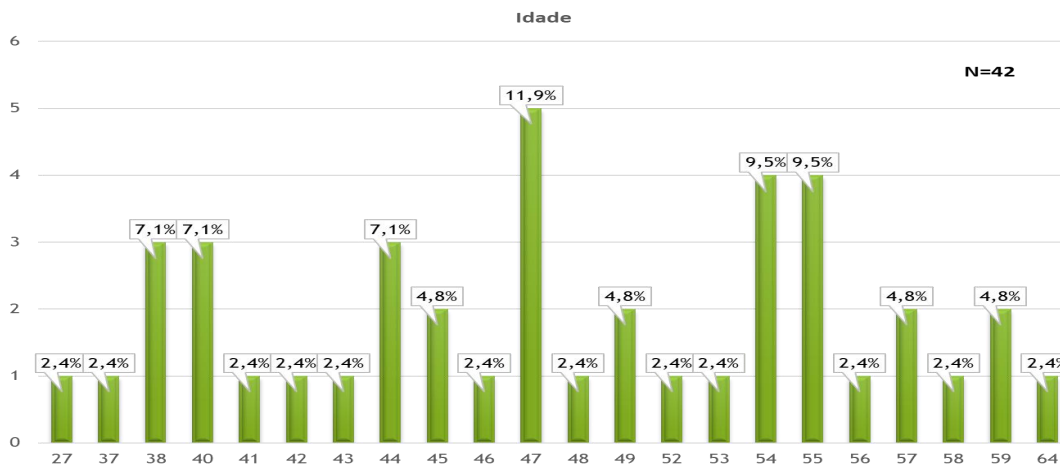


Gráfico 2 - Resultados da amostra por idade

Tabela 8 - Descrição da amostra por idade

Idade (em anos)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	42	27	64	48,2	7,72

A maioria dos participantes (34) são casados ou vivem em união de facto. Dos restantes, 3 são solteiros, 4 são separados ou divorciados e 1 participante é viúvo (correspondendo a 2,4%). Estas informações encontram-se representadas no gráfico 3.

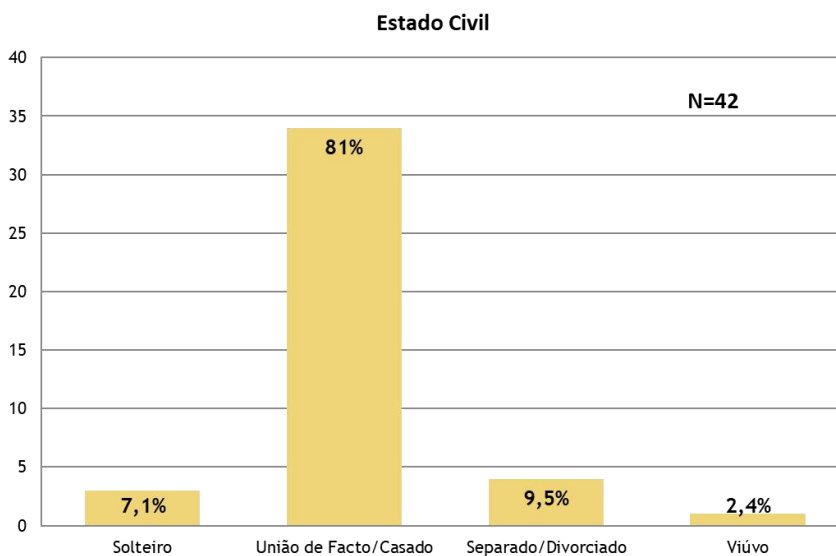


Gráfico 3 - Distribuição da amostra por estado civil

Dos enfermeiros que participaram, a maioria tem como escolaridade a licenciatura, 14 (33,3%) são detentores do grau de mestre e apenas 1 possui o bacharelato, tal como evidente no gráfico 4.

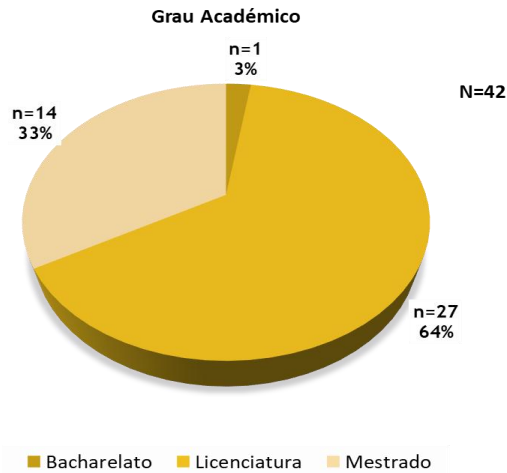


Gráfico 4 - Distribuição da amostra por grau académico

Relativamente à formação académica adicional, 2,4% dos enfermeiros têm uma pós-graduação, a maioria (47,6%) têm uma especialização, 7,1% têm outro tipo de formação adicional e 42,9% não possui qualquer formação académica adicional, tal como representado no gráfico 5

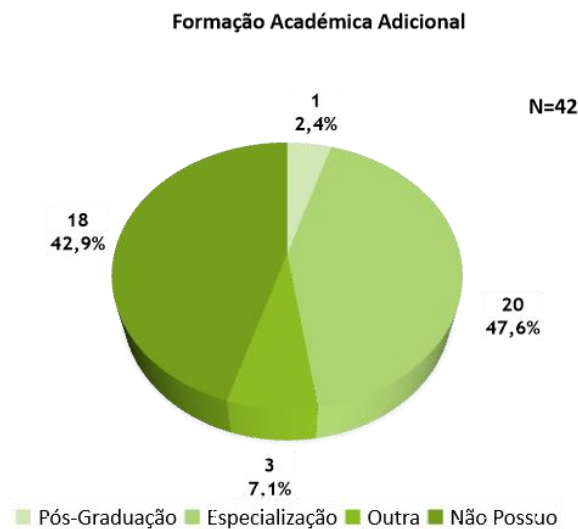


Gráfico 5 - Distribuição da amostra por formação académica adicional

No que diz respeito às áreas de especialização em enfermagem, dos enfermeiros com especialização, 9 enfermeiros são especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 4 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 3 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 em Enfermagem de Reabilitação e 3 em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Podemos analisar a descrição detalhada destes resultados no gráfico 6.

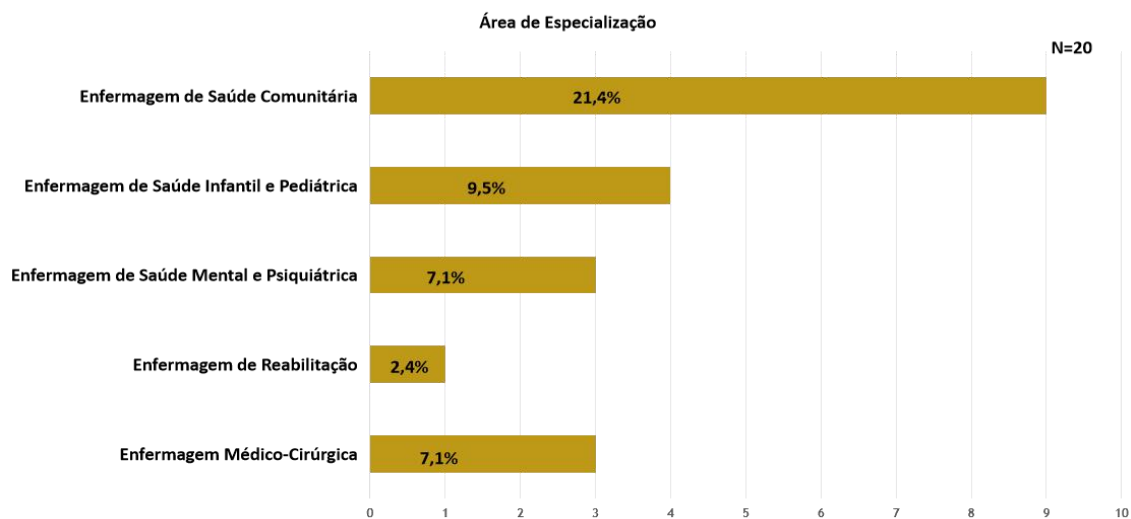


Gráfico 6 - Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem

Participaram no estudo 12 (28,6%) enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista e 30 (71,4%) enfermeiros com o título de enfermeiro, tal como apresentado no gráfico 7.

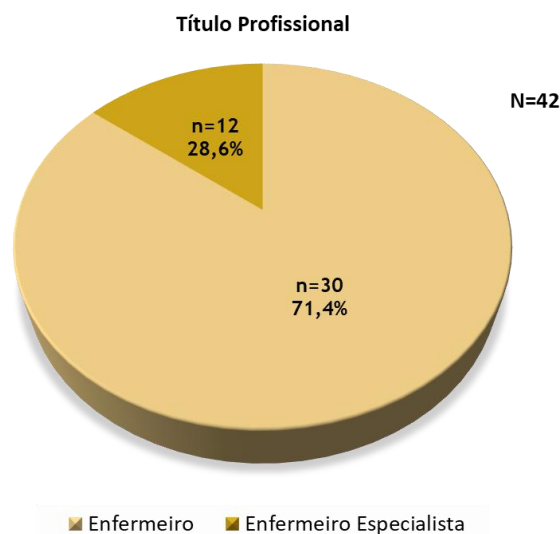


Gráfico 7 - Distribuição da amostra por título profissional

Comparando os gráficos 6 e 7, verifica-se uma discrepância entre o número de enfermeiros com especialidade em enfermagem (n=20) e o número de enfermeiros com o título de especialista (n=12). Esta diferença de 8 enfermeiros deve-se ao facto de apesar de terem a especialidade em enfermagem, aguardam a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Conclui-se ainda que cerca de metade da amostra (47,6%) detém estudos especializados em enfermagem.

O tempo de exercício profissional varia entre os 4 e os 42 anos (Gráfico 8), verificando-se uma média de 25 anos de experiência (com um desvio padrão de 8,28), tal como podemos observar na tabela 9.

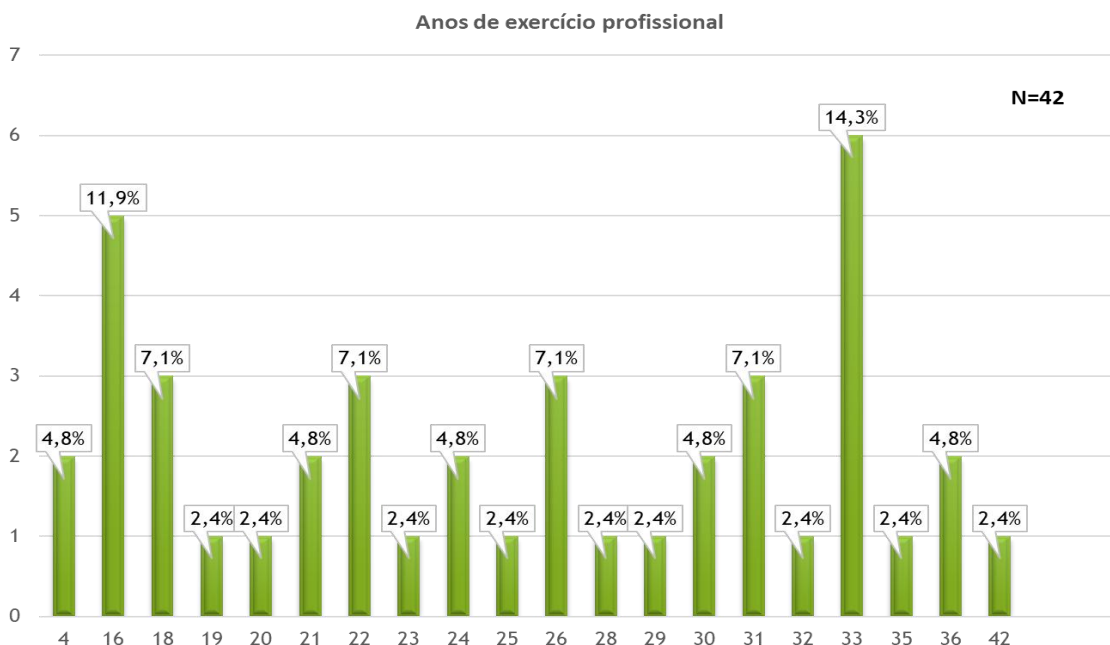


Gráfico 8 - Resultados da amostra por tempo de exercício profissional

Tabela 9 - Descrição da amostra por tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional (em anos)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	42	4	42	25,1	8,28

Todos os participantes desempenham as suas funções em CSP distribuídos por 52,4% em USF, 33,3% em UCSP e 14,3% em UCC. A descrição da amostra segundo o contexto de trabalho encontra-se representada no gráfico 9.

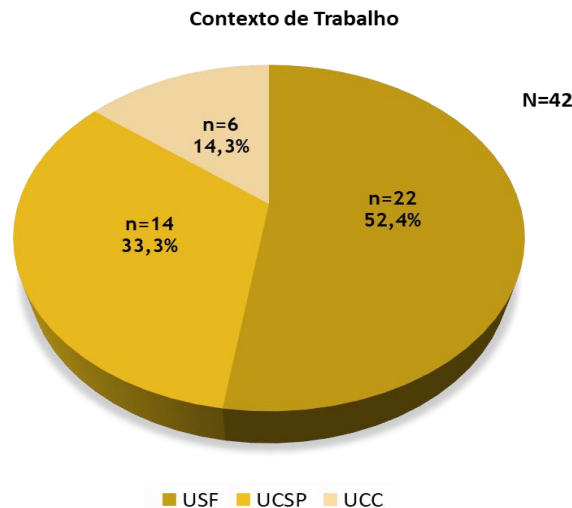


Gráfico 9 - Distribuição da amostra por contexto de trabalho

Também foi questionado aos participantes se já tinham frequentado formação em ESF e se sim, em que contexto tinham realizado essa formação. Metade dos participantes, 21, tiveram formação na área de ESF, sendo 35,7% em contexto académico, 9,5% em contexto de formação contínua e 4,8% na instituição, tal como podemos observar na tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da amostra por frequência e contexto da formação em ESF

		Frequência de formação em ESF	
		SIM	NÃO
Formação em ESF	Formação académica	15 (35,7%)	21
	Formação contínua	4 (9,5%)	
	Na instituição	2 (4,8%)	
	TOTAL	21 (50%)	21 (50%)

4.5.2 Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem

Na interpretação global da escala IFCE-AE, considera-se que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a atitude de suporte dos enfermeiros, ou seja, atribuem mais importância às famílias na participação nos cuidados de enfermagem (Oliveira, et al., 2011).

Relativamente à análise de cada dimensão da escala, quanto maior a pontuação obtida nas duas primeiras dimensões da escala e menor a pontuação obtida na terceira dimensão, mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, revelam mais atitudes de suporte (Angelo, et al., 2014).

Na dimensão 1 a amostra obteve um resultado médio de 41,38 (com um desvio padrão de 4,95), variando as pontuações obtidas entre 32 e 48 pontos (sendo esta a pontuação máxima possível nesta dimensão).

Na dimensão 2 foi obtida uma média de 34,62 (com um desvio padrão de 4,26), variando entre um mínimo de 21 e um máximo de 40.

Quanto à dimensão 3, quanto menor o resultado, mais positivas são as atitudes, tendo sido obtido uma média de 7,14 (com um desvio padrão de 2,51), apresentando um mínimo de 4 (a melhor pontuação possível na dimensão) e um máximo de 13.

Foi calculada ainda uma média total da IFCE-AE de 83,14 (com um desvio padrão de 8,77) para fins comparativos com outros estudos. Estes resultados encontram-se resumidos na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo as atitudes dos enfermeiros face à família (IFCE-AE)

Escala IFCE-AE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Dimensão 1: Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	42	41,38	4,95	32	48
Dimensão 2: Família como recurso nos cuidados de enfermagem	42	34,62	4,26	21	40
Dimensão 3: Família como um fardo	42	7,14	2,51	4	13
Total da Escala	42	83,14	8,77	60	99

De acordo com Sampaio et al. (2021), as atitudes de apoio podem ser de suporte ou não face à família, e classificou-as em baixo apoio, bom apoio e apoio excelente. Entende-se por atitude de bom apoio e apoio excelente, o fato de o enfermeiro considerar a família como um recurso no processo de cuidado, sustentando esse comportamento em princípios de colaboração, que ressaltam a importância de se estabelecer uma boa relação com a família. Em contrapartida, a atitude de baixo apoio é caracterizada por comportamentos que diminuem o envolvimento familiar nos cuidados, traduzindo-se em restrições à presença da família.

Neste estudo, a análise das atitudes dos enfermeiros, foi calculada por meio de quartis (Q). Nas primeiras duas dimensões e na escala total foram consideradas as pontuações inferiores ao primeiro quartil (Q1) como atitudes de baixo apoio em relação às famílias. Entre o primeiro e o terceiro quartil (Q3), o apoio foi considerada bom, e acima do Q3, excelente.

Na dimensão 3, a interpretação foi feita considerando pontuações abaixo do Q1 como apoio excelente, entre o Q1 e o Q3, apoio bom e acima do Q3, baixo apoio em relação às famílias.

Na tabela abaixo, encontram-se as pontuações obtidas por quartis e classificados em baixo apoio, bom apoio e apoio excelente.

Tabela 12 - Valores obtidos na escala IFCE-AE, distribuídos por quartis que representam a classificação das atitudes de apoio

Escala IFCE-AE	Q1	Q3	Baixo apoio	Bom apoio	Apoio excelente
Dimensão 1	36	46	32,0 - 35,9	36,0 - 46,0	46,1 - 48,0
Dimensão 2	31	38	21,0 - 30,9	31,0 - 38,0	38,1 - 40,0
Dimensão 3*	5	9	9,1-13,0	5,0 - 9,0	4,0 - 4,9
Total da escala	75	90	60,0 - 74,9	75,0 - 90,0	90,1 - 99,0

*quanto menor a pontuação, mais atitudes de apoio por parte dos enfermeiros

4.5.3 Teste de Hipóteses

O teste de hipóteses irá permitir aceitar ou rejeitar as hipóteses formuladas, com base na informação obtida na amostra (Vairinhos, 1995, as cited in Vilelas, 2009).

As hipóteses formuladas identificam as variáveis e as suas relações e a rejeição ou não-rejeição da hipótese depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância) (Vilelas, 2009):

- se $p < 0,05$, não-rejeição da hipótese formulada;
- se $p \geq 0,05$, rejeição da hipótese formulada.

Analisaram-se então as hipóteses, avaliando os resultados obtidos no total da escala IFCE-AE, com o objetivo de verificar a existência de relações e as diferenças entre as variáveis do estudo, confrontando as pontuações médias obtidas em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.

H1: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género.

Foi realizado o teste paramétrico *t-Student* para amostras independentes, para verificar a relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género

	Género	N	Média	Desvio Padrão	Valor t	Valor p
Escala IFCE-AE	Feminino	37	83,78	8,29	0,991	0,371
	Masculino	5	78,40	11,76		

O grupo feminino apresentou uma média de 83,78 pontos enquanto o grupo masculino obteve uma média de 78,40 pontos. O valor de significância ($p = 0,371$) superior a 0,05 rejeita a hipótese da existência de uma relação estatisticamente significativa entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género.

H2: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade.

Foi utilizada a correlação de *Pearson* (r), para verificar a relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade (Tabela 14).

Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade

	Correlação de <i>Pearson</i> (r)	Idade
Escala IFCE-AE	r	- 0,427
	p	0,005
	n	42

Na amostra composta por 42 enfermeiros ($N = 42$), o valor da correlação de *Pearson* ($r = - 0,427$), indica uma correlação negativa moderada entre as variáveis.

Para verificar se essa correlação é estatisticamente significativa, temos em consideração o valor de significância ($p=0,005$) que é inferior ao nível de significância convencional de 0,05. Assim, conclui-se que a relação observada é estatisticamente significativa.

H3: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o estado civil.

Foi realizado o teste estatístico *ANOVA de um fator* para verificar se a atitude do enfermeiro na parceria com a família altera conforme o estado civil (Tabela 15).

Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o estado civil

	Estado Civil	N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Solteiro	3	86,67	F= 0,555
	União de Facto/Casado	34	83,29	
	Separado/Divorciado	4	78,50	P= 0,648
	Viúvo	1	86,00	

O valor de significância ($p=0,648$) indica não haver evidência suficiente para concluir que o estado civil tem um efeito significativo sobre a atitude dos enfermeiros na parceria com a família.

H4: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o grau académico.

Foi realizado o teste estatístico *ANOVA de um fator* para verificar se existe relação significativa entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família e o grau académico (Tabela 16).

Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o grau académico

	Grau Académico	N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Bacharelato	1	92,00	F= 4,416
	Licenciatura	27	80,41	
	Mestrado	14	27,78	P= 0,019

O valor de significância ($p=0,019$) indica ser possível aceitar a hipótese de existência de relação entre o grau académico e a atitude dos enfermeiros na parceria de cuidados com a família.

H5: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a formação académica adicional.

Para testar esta hipótese foi utilizado o teste *ANOVA de um fator*, cujos resultados se encontram na tabela abaixo.

Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a formação académica adicional

	Formação Académica Adicional	N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Pós-graduação	1	82,00	F= 1,467
	Especialização	20	85,80	
	Outra	3	76,67	P= 0,239
	Não possui	18	81,33	

O valor de significância ($p = 0,239$) não nos permite aceitar a hipótese de que a formação académica adicional tenha uma relação direta com a atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar.

H6: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a área de especialização.

Tabela 18 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a área de especialização

Área de Especialização		N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Enfermagem de Saúde Comunitária	9	86,89	F= 1,467
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	4	78,75	
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	3	89,67	
	Enfermagem de Reabilitação	1	87,00	P= 0,239
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	3	87,67	

Como $p=0,424$ não se pode afirmar que existe uma relação significativa entre a área de especialização dos enfermeiros e a sua atitude na parceria com a família.

H7: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o título profissional.

Foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes, que compara as médias das duas amostras e verifica se a diferença observada é estatisticamente significativa (Tabela 19).

Tabela 19 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o título profissional

Título Profissional		N	Média	Desvio Padrão	Valor t	Valor p
Escala IFCE-AE	Enfermeiro	30	82,60	8,99	- 0,630	0,533
	Enfermeiro Especialista	12	84,50	8,46		

Sendo o valor de $p=0,533$ não é possível aceitar a hipótese de que o título profissional influencia significativamente a atitude do enfermeiro na parceria com a família.

H8: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o tempo de exercício profissional.

Tabela 20 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o tempo de exercício profissional

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson (r)	Tempo de exercício profissional
	r	- 0,311
p	0,045	
n	42	

Como podemos observar na tabela a correlação de *Pearson* (- 0,311) sugere uma correlação negativa moderada entre o tempo de exercício profissional e a atitude do enfermeiro na parceria com a família. Em termos práticos, isso implica que, à medida que o tempo de exercício profissional aumenta, a atitude dos enfermeiros em relação à parceria com a família tende a diminuir. Contudo, a força dessa associação não é muito forte, uma vez que a

correlação está entre -0,3 e -0,5, que indica uma relação moderada, mas não muito acentuada.

O valor p (0,045) sendo menor que 0,05, permite concluir que há uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e a atitude dos enfermeiros na parceria com a família.

Portanto, a análise sugere que, embora a relação seja moderada e negativa, ela é significativa estatisticamente, sendo possível afirmar que existe uma relação real entre o tempo de exercício profissional e a atitude na parceria com a família, e essa relação tende a ser inversa.

H9: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a unidade de saúde onde exerce funções (USF, UCSP ou UCC).

O teste estatístico realizado foi o *Anova de um fator*, que visa comparar as médias da atitude do enfermeiro nas diferentes unidades de saúde onde exerce funções.

Tabela 21 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a unidade de saúde onde exerce funções

	Unidade de Saúde onde exerce funções	N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Unidade de Saúde Familiar	22	84,32	F= 1,876
	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	14	79,71	
	Unidade de Cuidados na Comunidade	6	86,83	P= 0,167

O valor $p=0,167$ associado ao teste é maior do que o nível de significância convencional de 0,05, o que indica que a diferença nas atitudes dos enfermeiros entre as unidades de saúde não é estatisticamente significativa. Assim, não podemos afirmar que a unidade de trabalho tem um impacto significativo na atitude do enfermeiro na parceria com a família.

H10: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a realização de formação em enfermagem de saúde familiar.

Foi realizado o teste *t-Student* para amostras independentes, comparando as atitudes entre dois grupos de enfermeiros: um grupo com formação em enfermagem de saúde familiar e outro grupo sem qualquer formação nessa área (Tabela 22).

Tabela 22 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a realização de formação em enfermagem de saúde familiar

Formação em enfermagem de saúde familiar		N	Média	Desvio Padrão	Valor t	Valor p
Escala IFCE-AE	Sim	21	86,14	6,51	2,334	0,025
	Não	21	80,14	9,81		

O valor p de 0,025 é menor que o nível de significância tradicional de 0,05, o que indica que a diferença observada entre os dois grupos é estatisticamente significativa. Podemos então concluir que há uma relação significativa entre a realização de formação em enfermagem de família e a atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar. O resultado sugere que os enfermeiros que receberam essa formação tendem a ter atitudes mais positivas e colaborativas em relação à parceria com a família no cuidado.

H11: Existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de saúde familiar.

Para avaliar se existe uma relação significativa entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de família foi realizado o teste *Anova de um fator* (Tabela 23).

Tabela 23 - Relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de saúde familiar

Contexto da formação em enfermagem de saúde familiar		N	Média	Anova
Escala IFCE-AE	Formação Contínua	4	84,25	F= 0,592
	Contexto Académico	15	86,07	
	Na instituição	2	90,50	P= 0,564

Sendo o valor p = 0,564, não existe uma relação estatisticamente significativa entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família e o contexto de formação em enfermagem de família.

4.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na análises e interpretação dos dados feita anteriormente irei fazer agora uma análise crítica e reflexiva sobre os resultados obtidos neste estudo. A discussão parte da articulação entre os dados e a pesquisa de vários estudos realizados, de âmbito nacional e internacional, acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem nos diversos

contextos de cuidados de saúde procurando compreender as implicações das atitudes dos enfermeiros diante do envolvimento familiar no cuidado ao paciente.

Em Portugal, destaco diversos estudos realizados em contexto de CSP, tais como Barbieri-Figueiredo et al. (2012), Duarte et al. (2024), Oliveira et al. (2011) e Silva et al. (2013). Como estudos realizados em unidades hospitalares destaco Fernandes et al. (2015), Ferreira et al (2023) e Martins et al (2012).

Existem ainda, em Portugal, dois estudos comparativos: o de Martins et al. (2010) que compara as atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP e no Hospital e o de Frade et al. (2021) que compara a perspetiva dos enfermeiros (CSP ou Cuidados de Saúde Diferenciados) e os estudantes de enfermagem.

A nível internacional, no Brasil, Nóbrega et al (2020) e Sampaio et al. (2021) realizam dois estudos em contexto de ação de saúde primária. A nível hospitalar, destaco o estudo de Angelo et al. (2014) em unidades pediátricas e materno-infantil.

Na Suécia Benzein et al. (2008) realizou um estudo com uma amostra de 634 enfermeiros com o objetivo de investigar as suas atitudes sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem e Konradsen et al. (2022) fez uma comparação das atitudes de enfermeiros suecos em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados ao longo de uma década (2009 e 2019).

Martins et al. (2021) realizaram um estudo que envolveu 55 enfermeiros de hospitais de Cabo Verde acerca das atitudes destes relativas ao envolvimento e à participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada nos cuidados em pediatria.

No presente estudo foi encontrado um coeficiente alfa de Cronbach relativo à escala IFCE-AE de $\alpha = 0,91$ tanto para as duas primeiras dimensões como para o total da escala. Já a última dimensão apresenta um valor de $\alpha = 0,79$. Estes valores são superiores aos encontrados no estudo de Oliveira et al (2011) que validou a escala para a população portuguesa, o que corrobora a ideia de que se trata de uma escala com muito boa consistência interna.

O valor obtido neste estudo, que se considera com uma adequada consistência interna do instrumento de medida é semelhante ao dos estudos de Barbieri-Figueiredo et al.(2012), Ferreira e Kraus (2023), Martins e Lomba (2021) e Nóbrega et al. (2020).

Relativamente às atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem, através da aplicação da escala IFCE-AE, obteve-se um valor médio total de 83,14 (para um valor mínimo de 60 e máximo de 99), o que revela que os enfermeiros apresentam boas atitudes de suporte face às famílias de acordo com a classificação de Sampaio et al. (2021).

Estes resultados são corroborados pelos estudos de Angelo et al. (2014), Duarte et al. (2024), Ferreira e Kraus (2023), Frade et al. (2023), Nóbrega et al. (2020) e Sampaio et al. (2021).

No que concerne à avaliação dos resultados obtidos por dimensões, salienta-se também aqui a existência de boas atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias que se traduz pelas médias de resposta obtidas: 41,38 na dimensão 1 - Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, 34,62 na dimensão 2 - Família como recurso dos cuidados de enfermagem (cujo máximo de pontuação possível é 48 e 40, respetivamente) e 7,14 na dimensão 3 - Família como um fardo, o que é corroborado pelos estudos de Duarte et al. (2024), Martins e Lomba (2021) e Sampaio et al. (2021).

Tendo em conta os dados relativos à primeira hipótese colocada se **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o género** verificou-se que a amostra apresenta uma predominância significativa do género feminino entre os participantes, com 88% (n=37) e apenas 12% (n=5) do sexo masculino. Este dado é consistente com a tendência histórica da profissão de enfermagem, tradicionalmente marcada por uma maior representatividade feminina, tanto em Portugal como internacionalmente e corroborado pelo anuário estatístico da OE (2024b), onde cerca de 83% dos membros inscritos são do género feminino. Tal facto também se verifica em todos os estudos referidos anteriormente no âmbito da temática em estudo.

Apesar das médias de respostas obtidas parecerem evidenciar atitudes mais positivas nos enfermeiros do género feminino, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas que permitissem estabelecer uma relação entre o género masculino e feminino na escala IFCE-AE. O mesmo foi também observado nos resultados obtidos por Duarte et al. (2024), Fernandes et al. (2015), Martins et al. (2012), Martins e Lomba (2021) e Oliveira et al. (2011). No entanto, Benzein et al. (2008) refere que as enfermeiras estão mais predispostas para atitudes favoráveis à importância da família no que diz respeito aos cuidados de

enfermagem. No estudo de Konradsen et al. (2022), o género dos enfermeiros foi associado a uma mudança significativa nas atitudes em todas as dimensões da escala, durante os dez anos do estudo, demonstrando os profissionais do género masculino atitude de menor suporte, mas explicam esse resultado pela escassa participação destes.

Na hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a idade** a média de idade dos enfermeiros em estudo foi de 48 anos, variando entre um mínimo de 27 anos e um máximo de 64 anos.

Analisando o anuário estatístico da OE (2024b) pode verificar-se que o grupo etário com maior representatividade é a faixa etária dos 36 aos 40 anos, seguido da faixa etária dos 41 aos 45 anos, não se encontrando os resultados do presente estudo dentro das faixas etárias com maior representatividade a nível nacional.

No entanto, esta hipótese revela que há uma evidência consistente de que a idade influencia a forma como os enfermeiros se posicionam em relação à parceria com a família no ato de cuidar.

Os resultados obtidos revelaram uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa entre a idade dos enfermeiros e as suas atitudes face à família ($r = -0,427$; $p = 0,005$). Este achado sugere que, com o aumento da idade, as atitudes tendem a tornar-se menos favoráveis à participação da família no contexto dos cuidados de saúde. Assim, enfermeiros mais jovens, em média, apresentam atitudes mais positivas na parceria de cuidados com a família. O mesmo é evidenciado no estudo de Angelo et al. (2014) e Sampaio et al. (2021).

Por outro lado, estudos como os de Benzein et al. (2008), Ferreira e Kraus (2023), Frade et al. (2021), Konradsen et al. (2022), Martins e Lomba (2021) e Silva et al. (2013) indicam que os enfermeiros de mais idade tendem a apresentar atitudes de maior suporte e a atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o estado civil**, a maioria dos enfermeiros da amostra, 81%, estão em união de facto ou casados, estando em conformidade com os estudos de Duarte et al. (2024), Fernandes et al. (2018), Ferreira e Kraus (2023) e Nóbrega et al. (2020).

Após avaliar os valores de significância obtido ($p > 0,05$), pode concluir-se que não existe significância estatística que permita estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil, sendo o mesmo é corroborado pelo estudo de Duarte et al. (2024). Na revisão da literatura efetuada para outros estudos semelhantes, verifica-se que, na sua maioria, não foi estudada a influência desta variável na atitude dos enfermeiros face à família.

No entanto, no presente estudo, por não existirem diferenças estatisticamente significativas e tendo em conta que os grupos apresentam amostras muito diferentes (e alguns muito pequenas) podemos apenas analisar as médias de resposta obtidas. Assim, os solteiros parecem ter atitudes mais positivas face à família, enquanto os separados/divorciados têm as menos positivas.

Quanto à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o grau académico**, a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros licenciados (64%), seguindo-se 33% com mestrado e apenas 3% com bacharelato, que corresponde a 1 enfermeiro. Estes dados vão ao encontro dos dados disponibilizados pela OE (2024b) no seu anuário estatístico em que a maior percentagem de enfermeiros, cerca de 74,5%, são licenciados, assim como nos estudos de Barbieri-Figueiredo et al. (2012), Duarte et al. (2024), Ferreira e Kraus (2023), Frade et al. (2021), Martins e Lomba (2021), Oliveira et al. (2011) e Silva et al. (2013), que revelam que o grupo dos enfermeiros licenciados é o que apresenta maior percentagem da amostra.

Os resultados deste estudo indicam que existe uma diferença estatisticamente significativa nas atitudes dos enfermeiros face à parceria com a família, de acordo com o grau académico ($F = 4,416$; $p = 0,019$). Ao analisar as médias das atitudes, observa-se que o enfermeiro com bacharelato apresentou a pontuação mais elevada (92,00), seguido dos licenciados (média de 80,41). Por outro lado, os mestres registaram a média mais baixa (27,78), revelando atitudes consideravelmente menos positivas em comparação com os demais grupos. Contudo, é necessário ter atenção à interpretação da conclusão, uma vez que os grupos apresentam tamanhos muito diferentes. O grupo de bacharelato é composto por apenas um enfermeiro, o que impede qualquer generalização sobre esse grau académico. Já o grupo de licenciados ($n = 27$) fornece uma média mais robusta e confiável. O grupo de enfermeiros

com mestrado (n = 14) tem um tamanho razoável, e a sua média significativamente inferior sugere uma possível tendência que merece atenção.

Assim, os dados sugerem que enfermeiros com maior grau académico (Mestrado), nesta amostra, têm atitudes menos favoráveis face à parceria com a família. Esta tendência contradiz vários estudos consultados e destaca a importância de investigar mais profundamente os fatores contextuais e formativos que possam estar a influenciar estas atitudes, preferencialmente com amostras mais equilibradas e representativas.

Estudos como Martins et al. (2012), Martins e Lomba (2021), Duarte et al. (2024) não evidenciam diferenças com significado estatístico nas atitudes dos enfermeiros face à parceria com a família, de acordo com o grau académico. No entanto, estudos como Fernandes et al. (2018), Ferreira e Kraus (2023) e Sampaio et al. (2021) indicam que quanto maior o grau académico, mais positiva é a atitude perante a família.

Em relação à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a formação académica adicional** foram considerados quatro grupos de formação, sendo os enfermeiros com especialização (47,6%) os que apresentaram a média mais elevada (85,80). No entanto, a análise estatística ($F = 1,467$; $p = 0,239$) mostrou que não há diferença significativa entre os grupos, sugerindo que a formação académica adicional não influencia, de forma comprovada, as atitudes dos enfermeiros.

A pequena dimensão de alguns grupos, como os com pós-graduação (n = 1) e outra formação (n = 3), limita a generalização dos resultados. Na literatura consultada, apenas foram encontrados estudos que corroboram que a especialização em enfermagem influencia positivamente as atitudes dos enfermeiros em relação à parceria de cuidados com a família (Berbieri-Figueiredo et al. 2012; Fernandes et al., 2018; Sampaio et al., 2021; Silva et al., 2013).

Na hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a área de especialização**, dos enfermeiros inquiridos verificou-se uma amostra de 20 profissionais com especialização em diferentes áreas da enfermagem. Entre os enfermeiros com especialização, a maioria está concentrada na Enfermagem de Saúde Comunitária (21,4%, n=9), seguida da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (9,5%, n=4),

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (7,1%, n=3) em igualdade com a Enfermagem Médico-Cirúrgica (7,1%, n=3) e, por último, a Enfermagem de Reabilitação (2,4%, n=1).

Em termos de desempenho, as pontuações médias por área variam consideravelmente. Os enfermeiros especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica destacaram-se com a maior média de 89,67 pontos. Já os enfermeiros especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentaram uma média de 78,75 pontos, a mais baixa de todas as áreas.

No entanto, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas sugerindo que, apesar das variações, a área de especialização não influencia de forma relevante as atitudes dos enfermeiros face à parceria com a família. Além disso, o tamanho reduzido de alguns grupos, como Enfermagem de Reabilitação (n = 1) e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n = 3), pode ter afetado os resultados.

Por fim, realço que apenas o estudo de Fernandes et al. (2018) correlaciona a área de especialização com as atitudes dos enfermeiros na parceria de cuidados com a família. Os autores referem que os valores médios mais elevados foram encontrados nos enfermeiros com especialidade em enfermagem comunitária e em saúde mental e psiquiatria, no entanto sem correlação estatística.

Assim, seria pertinente a realização de novos estudos com amostras maiores e mais equilibradas para entender melhor se a especialização realmente influencia as atitudes dos enfermeiros.

Relativamente à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o título profissional** revela que, embora exista uma diferença nas médias de pontuação entre os dois grupos, essa diferença não é estatisticamente significativa. O estudo envolveu 12 enfermeiros especialistas (28,6%) e 30 enfermeiros com o título de enfermeiro (71,4%). Estes dados são congruentes com os dados do anuário estatístico de 2024 da OE que revela que cerca de 70% são enfermeiros (cuidados gerais) e 30% são enfermeiros especialistas. Também os estudos de Duarte et al. (2024), Fernandes et

al. (2015) e Ferreira e Kraus (2023) em que a maior percentagem de enfermeiros inquiridos têm o título de enfermeiro.

A média de pontuação dos enfermeiros especialistas foi de 84,50 pontos, enquanto a dos enfermeiros com o título de enfermeiro foi de 82,60 pontos. No entanto, apesar da média ligeiramente mais alta dos enfermeiros especialistas, não há evidências suficientes para afirmar que o título profissional tenha uma influência significativa nas atitudes dos enfermeiros na parceria com a família. O mesmo se pode concluir nos estudos de Duarte et al. (2024), Martins et al. (2012) e Fernandes et al. (2015).

Analisando os dados relativos à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o tempo de exercício profissional** verificamos que a maioria dos enfermeiros tem uma longa experiência na profissão (média de 25 anos). O estudo de Duarte et al. (2024) e Ferreira e Kraus (2023) apresentam valores aproximados a este estudo em que a maioria da amostra exerce funções entre 21 e 30 anos.

Estatisticamente, neste estudo, apesar da correlação não ser muito forte, existe uma tendência significativa para que enfermeiros com mais tempo de exercício profissional apresentem atitudes menos positivas na parceria com a família. O estudo de Angelo et al. (2014) sugere o mesmo, ou seja, evidencia que, quanto menor o tempo de profissão, maiores atitudes de suporte se encontraram face à família. No entanto, Benzein et al. (2008) encontrou evidências de que enfermeiros recém-formados não apresentam atitudes de suporte em relação à família.

A maioria dos estudos consultados mostram que enfermeiros com mais anos de exercício profissional e experiência valorizam cada vez mais a importância da família nos cuidados de enfermagem (Frade et al., 2021; Ferreira & Kraus, 2023; Silva et al., 2013).

Na hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a unidade funcional onde trabalha** os enfermeiros das UCC apresentaram a média mais elevada (86,83 pontos), seguidos pelos das USF (84,32 pontos) e das UCSP (79,71 pontos). No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas, não se podendo afirmar que a unidade de trabalho tem impacto significativo nas atitudes dos enfermeiros em relação à parceria com a família.

Apesar dos estudos analisados apresentarem resultados cuja amostra se enquadra no âmbito dos CSP (Berbieri-Figueiredo et al., 2012; Duarte et al., 2024; Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013) apenas alguns distinguem a amostra em termos de unidades funcionais.

Oliveira et al. (2011) refere que, em relação à Dimensão 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, verificou-se que os enfermeiros que trabalham em USF apresentam uma média superior de atitudes de suporte face aos restantes.

No estudo desenvolvido por Silva et al. (2013) verificou-se que os enfermeiros que trabalhavam em UCSP evidenciavam atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Mais recentemente, Fernandes et al. (2018) e Duarte et al. (2024) evidenciam significância estatística na relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções, cabendo as atitudes de maior suporte aos enfermeiros que exercem funções na UCC.

No que respeita à hipótese **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e a realização de formação em enfermagem de saúde familiar** verifica-se relação estatisticamente significativa, em que metade dos enfermeiros inquiridos (n=21) referiu ter tido formação em enfermagem de saúde familiar e demonstrou atitudes mais positivas na parceria com a família.

Os estudos de Oliveira et al. (2011) e Silva et al. (2013), evidenciaram que, na Dimensão 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, os enfermeiros com formação em enfermagem de saúde familiar demonstram atitudes de maior suporte relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Assim como os estudos de Angelo et al. (2014), Barbieri et al. (2012), Frade et al. (2021) e Martins et al. (2012) que referem globalmente haver uma diferença estatisticamente significativa entre ser detentor de formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros face à família.

Em relação à última hipótese se **existe relação entre a atitude do enfermeiro na parceria de cuidados com a família e o contexto da formação em enfermagem de saúde familiar** constatou-se que 35,7% (n=15) dos enfermeiros realizaram essa formação em contexto académico, 9,5% (n=4) em formação contínua e 4,8% (n=2) na instituição. No entanto,

concluiu-se que o contexto onde a formação foi realizada não teve um impacto significativo na atitude dos enfermeiros em relação à parceria com a família.

Apenas o estudo de Martins et al. (2012) difere o contexto em que a formação em enfermagem de saúde familiar é realizada. Os autores referem que os enfermeiros que realizaram a formação em enfermagem de saúde familiar em contexto académico e contínuo, relativamente a outros contextos, apresentam uma média de atitudes positivas na Dimensão 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* e na Dimensão 3 - Família como um fardo, atitudes com médias inferiores.

Em síntese, este estudo demonstra que os enfermeiros apresentam atitudes de apoio em relação à integração da família nos cuidados de enfermagem. Em relação às características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros foi verificado que a idade, o grau académico, o tempo de exercício profissional e a formação em enfermagem de saúde familiar estão relacionadas com atitudes mais positivas na parceria da família nos cuidados de enfermagem.

Atualmente, o currículo da licenciatura de enfermagem enfatiza os modelos de cuidados centrados na família e isso faz com que os enfermeiros recém-licenciados apresentem maior sensibilidade para envolver as famílias nos cuidados. Por outro lado, não podemos esquecer que o tempo de exercício profissional proporciona vivências, competências interpessoais e formação ao longo do tempo consolidando atitudes mais positivas face à participação da família nos cuidados.

Como verificado, a formação em enfermagem de saúde familiar tem um papel crucial no desenvolvimento de atitudes mais favoráveis, pois proporciona aos enfermeiros as ferramentas necessárias para integrar a família no cuidado. Estes enfermeiros estão mais preparados para aplicar práticas baseadas em evidências que demonstram os benefícios da participação ativa da família nos cuidados, reconhecendo seu valor e impacto positivo na saúde.

A nível de limitações deste estudo, é de salientar a amostra reduzida e não probabilística que pode condicionar ou limitar a sua avaliação, não sendo passível de generalização. Para além disso, a utilização de questionários em formato online, embora uma solução prática e economicamente viável, acarreta também alguns desafios. A não existência de contacto

direto impossibilita o esclarecimento de dúvidas durante o preenchimento, podendo comprometer a compreensão integral de algumas questões. O ambiente não controlado em que os questionários são respondidos — variando em termos de tempo, espaço e condições externas — poderá influenciar o grau de atenção e o rigor das respostas fornecidas. Acresce ainda o risco de abandono parcial do questionário ou de respostas menos refletidas, uma vez que o anonimato e a distância física podem reduzir o envolvimento do participante com o estudo.

Também o preenchimento do questionário pode não refletir claramente as atitudes dos enfermeiros, pois poderão existir diferenças entre as atitudes percebidas e as que são realmente colocadas em prática. Isto é reforçado no estudo de Benzein et al. (2008) onde as atitudes de apoio verificadas, nem sempre condizem com a prática quotidiana dos enfermeiros. Uma investigação realizada sobre as atitudes dos enfermeiros diante das famílias, demonstrou que embora os seus relatos expressem atitudes de apoio, os seus comportamentos, muitas vezes, não condizem com as suas afirmações (Fernandes et al., 2015; Oliveira et al., 2011).

Apesar das limitações e dificuldades identificadas, no que respeita à validade, o presente estudo apresenta validade interna uma vez que foi aplicado um método de análise estatística rigoroso, e foi aplicada uma escala cientificamente validada que apresentou uma consistência interna bastante elevada e que permite a comparação com outros estudos que utilizaram a mesma escala.

Este estudo destaca a importância de aproximar a teoria da prática na enfermagem de saúde familiar, promovendo cuidados mais centrados na família enquanto unidade. A investigação revela que, embora os enfermeiros valorizem a presença e o papel das famílias, muitos prestam cuidados sem formação específica nesta área. Isso limita a eficácia das intervenções, já que frequentemente se foca no indivíduo, ignorando a dinâmica e interdependência familiar.

É necessário que durante a formação académica, o futuro enfermeiro vá adquirindo conhecimentos sobre a visão sistémica da família e sobre modelos e técnicas de avaliação e intervenção familiar. A sua utilização na prática clínica permite uma abordagem mais estruturada e colaborativa com a família enquanto unidade de cuidados. No entanto, essa

abordagem enfrenta dificuldades práticas, como a carga excessiva de trabalho, a ainda visão biomédica dominante que limita o reconhecimento do papel da enfermagem familiar e sistemas de registo muito direcionados para o individuo que não traduzem as reais intervenções familiares, para além de não gerarem indicadores que evidenciem ganhos em saúde.

Sublinho então a premente necessidade de reforçar estratégias de formação e de organização dos serviços que favoreçam uma abordagem verdadeiramente centrada na família. É necessária a formação contínua nos diversos serviços que reforcem a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Não menos importante seria criar rotinas, protocolos e espaços que facilitem a participação ativa dos familiares.

É preciso também ter em atenção as características pessoais dos enfermeiros — valores, crenças e preconceitos — que influenciam diretamente a forma como interagem com as famílias. É essencial promover atitudes de escuta, empatia e ausência de julgamento, de forma a construir relações de confiança com os familiares.

Para melhorar a prática, os enfermeiros devem envolver ativamente as famílias, promovendo parcerias e a corresponsabilização no cuidado. Quando os profissionais valorizam a participação familiar, tornam-se capazes de estabelecer relações significativas, aconselhar e capacitar os familiares para a tomada de decisões.

É necessária a valorização e reconhecimento do papel do enfermeiro de família por parte da sociedade, dos colegas de profissão e das instituições. Defende-se a criação de políticas de saúde que incentivem a formação e a prática com famílias, reconheçam o mérito profissional na valorização da prática com famílias e estabelecimento de padrões de qualidade específicos para os cuidados da família onde o seu cumprimento seja monitorizado de forma contínua.

Por fim, é de destacar a pertinência de investigações futuras com amostras mais alargadas e representativas, que permitam aprofundar o conhecimento sobre os fatores que influenciam as atitudes dos enfermeiros e promovam práticas mais integradoras e humanizadas. É essencial refletir criticamente sobre os resultados já obtidos para aplicá-los na prática clínica, promovendo a aproximação entre teoria e prática em saúde familiar.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório resumiu o meu percurso formativo, já compatível com a aquisição de competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Familiar tendo a realização dos Ensinos Clínicos contribuído para o desenvolvimento académico e profissional, aprofundando conhecimentos teórico-práticos subjacentes ao estudo da Saúde Familiar.

Compreender a organização e funcionamento das USF foi um desafio, pois é muito diferente da minha realidade profissional não tendo eu competências prévias na área dos CSP. Inicialmente faltou-me alguma confiança e autonomia na prestação de cuidados que foram ultrapassadas com formação e prática. Também considerei uma dificuldade a falta de conhecimento que tinha acerca da funcionalidade do processo de enfermagem no SClínico, tendo sido um foco a aquisição de conhecimentos nesta área, com base na exploração do programa, com treino e esclarecimento de dúvidas junto da enfermeira orientadora.

Importa referir que este mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e, mais especificamente os Ensinos Clínicos, permitiram-me perceber que o meu foco de cuidados foi, ao longo de 20 anos, sobretudo o indivíduo e não a família. Tenho consciência que a minha abordagem como EEESF será conceptualizar a família como foco de cuidados e não como contexto ou recurso.

Os objetivos da enfermagem de família focam-se na capacitação das famílias para que desenvolvam competências que as ajudem a lidar de forma saudável com as constantes mudanças ao longo da vida. Os cuidados são prestados durante todo o ciclo vital da família, com atenção especial às suas respostas diante de problemas de saúde reais ou potenciais. Para isso, é fundamental compreender a estrutura, os processos e o estilo de funcionamento das famílias, permitindo uma prática de enfermagem orientada para fortalecer a sua funcionalidade nos momentos de transição.

É possível, quer em consulta ou em visita domiciliária, avaliar a família nas 3 dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. Tanto a nível interno familiar, como nas relações que a família estabelece com o contexto que a rodeia, existem alterações nas dinâmicas funcionais e estruturais, que comprometem o funcionamento familiar com repercussão na

saúde do sistema familiar e compete ao EEESF promover a mudança, a evolução e o crescimento familiar.

Numa relação de parceria efetiva com as famílias e baseando-se nas forças da pessoa e família, o EEESF facilita a sua autonomia e adaptação a novas situações de vida e de saúde, sendo este processo possível, através da avaliação de todas as dimensões da família e de intervenções construídas de acordo com a avaliação. Assim, e como já referido, durante o Ensino Clínico foi escolhida uma família e realizado todo o processo de enfermagem da família tendo por base o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. A escolha desta família foi de encontro, não só, à realidade das mudanças demográficas, mas também da família, ao longo dos tempos.

Os dados estatísticos mostram uma diminuição das famílias numerosas e um aumento das famílias compostas por uma ou duas pessoas. Essa transformação na estrutura familiar enfraqueceu as redes de apoio informal, especialmente para os idosos, aumentando o risco de isolamento. A maior longevidade trouxe consigo mudanças na saúde e na vida social, com menos suporte familiar, resultando em maior exposição a doenças crónicas, incapacidades e declínio das redes sociais, levando muitos idosos a viverem cada vez mais sós.

Foi um enorme desafio fazer a avaliação desta família unipessoal, constituída apenas por uma idosa e com a família pouco presente. A família demonstrou-se pouco colaborante e compreensiva, não estando o filho presente nas sessões familiares por falta de disponibilidade. Apenas foram realizados contactos telefónicos com ele. Tendo em conta a ausência do filho não foi possível observar a interação entre este e a sua mãe que teria sido uma mais-valia na avaliação desta família. Não menos importante, o aspeto da idosa apresentar algum deficit cognitivo e dificuldade na compreensão não sendo possível aplicar todos os instrumentos de avaliação familiar que considerava pertinentes.

Ao longo deste mestrado, foi perceptível que ainda nos debatemos com a mudança do paradigma na Enfermagem de Saúde Familiar, onde a família deixa de ser apenas um contexto e passa a ser o foco central dos cuidados. Isso representa um desafio importante para a ESF, que exige que os enfermeiros adquiram uma visão sistémica da família e um conhecimento aprofundado dos modelos e técnicas de avaliação e intervenção familiar.

A formação inicial em enfermagem não garante, por si só, que os profissionais possuam as competências necessárias para lidar adequadamente com este novo enfoque. Torna-se necessária a formação contínua nas diversas instituições de saúde e realização de mais investigação para garantir uma prática baseada na evidência.

Ainda persiste no país uma visão centrada no modelo biomédico, com os cuidados de enfermagem focados no indivíduo, dentro de um contexto familiar, o que se justifica pela falta de formação especializada, pela pressão de uma carga excessiva de famílias por enfermeiro e pela ausência de indicadores de saúde que mostrem os benefícios dos cuidados às famílias.

O enfermeiro de família, como figura central, desempenha um papel essencial na garantia do acesso e na prestação de cuidados. A criação de especializações em ESF em 2018 e a regulamentação das competências dos enfermeiros especialistas foram passos importantes para a evolução da prática.

Considero ter realizado um percurso positivo ao longo deste mestrado, estando apta a desenvolver e a integrar na prática as minhas competências no âmbito da valorização, reconhecimento e aceitação, não só do utente, mas também da sua família como parceira no cuidar. Desenvolvi competências que me permitem compreender a família como unidade de cuidados, com foco na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Sinto também mais capacidade em gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. C. A. (2014, Maio 15). Dia Internacional da Família 2014. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>.
- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (2023, Março 14). *Manual de Articulação. ACES Pinhal Litoral - USF Martingil*. BI-CSP - SNS. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101093/QUEM%20SOMOS/PG.04%20-%20Manual%20de%20Articula%C3%A7%C3%A3o%20ACeS%20PL-USF%20Martingil_2023_signed.pdf.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Angelo, M., Cruz, A., Mekitarian, F., Santos, C., Martinho, M., & Martins, M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48 (Esp), 75-81. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>.
- Araújo, C. (2014). *Enfermagem com famílias: Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>.
- Barbieri-Figueiredo, M. C, 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*. UNIESEP da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31850>.
- Benjumea, C. (1995). Familia y salud. *Revista Rol de Enfermeria*, (203-4), 21-24. <https://core.ac.uk/download/pdf/16369956.pdf>.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. & Saveman, B. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>.
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>.
- 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.
- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série A, nº 149/2014 de 05 de agosto (pp. 4069-4071). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série A, nº 118/2017 de 21 de junho (pp. 3128-3140). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, Nº 215/2023 de 07 de novembro (pp. 4-20). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/102/2023/11/07/p/dre/pt/html>.

- Decreto-Lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, Nº 215/2023 de 07 de novembro (pp. 21-48). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/103/2023/11/07/p/dre/pt/html>.
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática* (pp. 227-244). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, (19), 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s*. Recuperado em 28 de junho, 2024, de https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.
- Dixe, M. A. (2022). Validação e adaptação de instrumentos de medida. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática* (pp. 51-69). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Duarte, J., Gonçalves, A., Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática* (pp. 15-50). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Duarte, M., Henriques, C., Frade, J. (2024). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar. *Info Saúde* (10), pp. 14-17. Disponível em: https://7015f2340a.clvaw-cdnwnd.com/f0ce26b359f4719013933715de7fb368/200000347-ae447ae449/InfoSaude%20n%C2%BA%2010_final-9.pdf?ph=7015f2340a.
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2018). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos - Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLEI*. Instituto Politécnico de Leiria. Recuperado em 28 de junho, 2024, de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B. & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>.
- Fernandes, C. S., Nóbrega, M. P., Angelo, M., Torre, M. I., & Chaves, S. C. (2018). Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(4), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0205>.
- Ferreira, M. & Kraus, T. (2023). Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, 6 (2), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVI22058>.
- Ferré-Grau, C. (2023) - Entrevista Familiar Sistémica. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 403-406). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora.

Figueiredo, M.H. & Dias, A. (2023a). Conotação Positiva. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 438-439). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H. & Dias, A. (2023b). Metáfora. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 445-446). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H. & Dias, A. (2023c). Rituais Terapêuticos. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 443-444). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Guedes, V. S. & Lebreiro, M. (2023). Multidimensionalidade da saúde familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 125-129). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P. & Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 42-64). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H. & Murteiro, A. M. (2023). Teorias da terapia familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 84-88). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantas, M. J. (2023a) – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES*. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 361-368). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantas, M. J. (2023b) – Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 359-360). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Vítor, C. (2023a). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 344-346). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Vítor, C. (2023b) - Escala de Graffar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 353-356). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Vítor, C. (2023c) - Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 357-358). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Santos, I. & Santiago, C. (2023). Transformações sociais e complexidade interacional. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 96-99). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.

Frade, J. (2024). *Planeamento do Estágio III: Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório*. Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde.

Frade, J. M., Henriques, C. M. & Graça, F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta.

- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016, Outubro 18). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.
- Hanson, S. M. H. (2005) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023, janeiro 24). *O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66321126>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024, novembro 15). *Estatísticas Demográficas - 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>.
- International Council of Nurses. (2016). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf.
- International Family Nursing Association. (2017, Maio 1). *Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2017/05/APC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>.
- Konradsen, H., Kabir, Z.N. & Boström, A. (2022). Comparação das atitudes das enfermeiras suecas em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados ao longo de uma década. *BMC Nurs* 21 (52), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00827-z>.
- Kraus, T. & Silva, M. M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 392-397). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Lobo, H. M. F. (2023). *A família como parte integrante dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/8747>.
- Machado, M. M. E. (2008). *Aliança parental, Coesão e Adaptabilidade Familiar ao longo do ciclo vital da família*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/744/1/17379_Tese_de_Mestrado_Marta_Mories.pdf.
- Martins, C. B., Lomba, M. L. (2021). Envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada: dos enfermeiros em Cabo Verde. *Revista Enfermeria, Innovación y Ciencia*, 3 (1), 83-91. <https://doi.org/10.60568/eic.v2i1.1109>.
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Carvalho, J. C., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2012). Enfermagem e Família: conceção e prática dos enfermeiros em unidades de internamento. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. UNIESEP da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31851>.
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Andrade, L. M. & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, H. I. Fernandes, A.I. Vilar, M. R. Santos & J. C.

- Carvalho. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp.20-33). Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31985>.
- Mestre, R. (2023). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Direção Executiva do SNS. Recuperado em 10 de junho, 2024, de <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>.
- M. H. Figueiredo (Ed.). (2023a). Os fundamentos do pensamento sistémico. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 68-76). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- M. H. Figueiredo (Ed.). (2023b). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 383-391). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- M. H. Figueiredo (Ed.) (2023c). Ecomapa. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 350-352). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- M. H. Figueiredo (Ed.) (2023d). Princípios da Entrevista Familiar Sistémica. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 407-416). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics v.18/27*. 8.ª edição. Pêro Pinheiro. Report Number.
- Ministério da Saúde. (2023). *Envelhecimento e Saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/envelhecimento-e-saude-caracterizacao-da-saude-da-populacao-idosa-em-portugal-relatorio/>.
- Murteiro, A. M. & Figueiredo, M. H. (2023). Prescrições Paradoxais. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 440-442). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nóbrega M. P. S. S., Fernandes C. S. N. N., Angelo M. & Chaves S. C. S. (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 Universidade de São Paulo*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018045603594>.
- Nogueira, M. A. A. (2003). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/10572>.
- Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar A. I. S. P., Figueiredo, M. H. J. S., Ferreira, M. M. S, R., S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. C. A. B., Andrade, L. M. C., Carvalho, J. C. M. & Martins, M. M. F. P. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(6), 1331-1337. <http://hdl.handle.net/10400.26/32269>.
- Olson, D. (1988). Family types, family stress and family satisfaction: a family development perspective. In C. Falicov (Ed.), *Family transitions: continuity and change over the life cycle* (pp. 55-80). Guilford Press.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>.

- Olson, D. & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.), pp. 514–548. Guilford Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaSsaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2017, novembro 25). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp.9-16). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2023, março 10). *Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2024a, janeiro 10). *Comunicado: Ordem dos Enfermeiros responsabiliza Direção Executiva do SNS por caos nas urgências*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/comunicado-vacinas-gripe/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024b). *Estatística de Enfermeiros - Anuário Estatístico*. Recuperado em 9 de abril, 2025, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348026/WHO-EURO-2000-3980-43739-61533-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. C. P. & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de *scoping review*. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5 (1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>.
- Politécnico de Leiria. (2024). *Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas*. [Normas APA, 7ª edição]. Recuperado em 24 de março, 2025, de https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7ª ed.), p. 221. Elsevier. <https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>.
- Regulamento nº 126/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Diário da República: II Série, nº35/2011 de 18 de fevereiro* (pp. 8660-8661). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>.

- Regulamento nº 168/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II Série, n.º 47/2011 de 08 de março (pp. 11120-11123). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/168-2011-1979442>.
- Regulamento nº 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, nº124/2015 de 29 de junho (pp. 17384-17389). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>.
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018 de 16 de julho (pp. 19354-19359). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>.
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019 de 6 de fevereiro (pp. 4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 184/2019 de 25 de setembro (pp. 128-155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.
- Relvas, A. (2004). O ciclo vital da família:perspetiva sistémica. 3ª ed. Porto, Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D. & Figueiredo, M.H. (2023). Reenquadramento. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 436-437). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sampaio, A. D., Spagnolo, L. M., Schwartz, E., Siqueira, H. C., Medeiros, A. C., Schultz, V. G., & Lise, F. (2021). As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (Supl. 8), e21030.
- Santos, E. J. (2019). *Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família - Construção de um Programa de Desenvolvimento de Competências*. [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.
- Santos, M. (2023) - Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo Calgary de intervenção familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 377-382). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., Carvalho, J. & Sampaio, F. (2023). Tipos de Entrevista. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 400-402). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Silva, M., Costa, M. & Silva, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caraterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (11), 19-28. <https://doi.org/10.12707/RV20158>.
- Silva, M., Kraus, T. & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo Vital da Família. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 152-158). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sistema Nacional de Saúde (2023). *IDG UF*. BI-CSP - SNS. Recuperado em 09 de junho, 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>.
- Sistema Nacional de Saúde (2024a). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E*. BI-CSP - SNS. Recuperado em 09 de junho, 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/Paginas/default.aspx>.
- Sistema Nacional de Saúde (2024b). *USF Martingil*. BI-CSP - SNS. Recuperado em 09 de junho, 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101093/Paginas/default.aspx>.
- Sistema Nacional de Saúde. (2024c). *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*. Administração Central do Sistema de Saúde. Recuperado em 10 de junho, 2024, de <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>.

- Sistema Nacional de Saúde (2024d). *IDE UF*. BI-CSP - SNS. Recuperado em 09 de junho, 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>.
- Spínola, A., Figueiredo, M. (2023). Conceito de Família. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 92-95). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. (2024). *Visão Geral*. Recuperado em 03 de março, 2025, de <https://www.linkedin.com/company/ulsregiaodeleiria/?originalSubdomain=pt>.
- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. (2025a). *ULS RL - Instituição*. Recuperado em 03 de março, 2025, de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/instituicao/apresentacao/>.
- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. (2025b). *ULR RL - Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado em 03 de março, 2025, de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/cuidados-saude-primarios/centro-saude-dr-arnaldo-sampaio/>.
- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. (2025c). *ULS da Região de Leiria adere ao projeto "Ligue antes, salve vidas"*. Recuperado em 03 de março, 2025, de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/noticias/uls-da-regiao-de-leiria-adere-ao-projeto-ligue-antes-salve-vidas/>.
- Unidade de Saúde Familiar Martingil (2023a, Setembro). *Regulamento Interno. Versão 07*. BI-CSP -SNS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101093/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20interno%20revisto%20em%200set.2023.pdf>.
- Unidade de Saúde Familiar Martingil (2023b, Setembro 04). *Carta de Compromisso - Plano de Ação 2023*. BI-CSP - SNS. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101093/QUEM%20SOMOS/cartaCompromisso_2023.09.04.pdf
- Unidade de Saúde Familiar Martingil. (2024). *Carta de Compromisso - Plano de Ação 2024*.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa. Edições Sílabo
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Clinical Review & Education*, 310 (20), pp. 2191-2194. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.
- Wright, L. & Leahey, M. (2005) - *Enfermeiras e Família – Um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS DA USF

Apêndice I - Carteira Básica de Serviços da USF

CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS	DESCRIÇÃO	PROFISSIONAIS
Consulta Programada de Vigilância de Saúde/Doença	Consultas gerais ou a grupos vulneráveis e de risco com marcação prévia e duração de 30 minutos	Médico e/ou Enfermeiro
Consulta Aberta	Consulta no âmbito de situações inadiáveis, como contração de emergência, e/ou doença aguda (com início ou agravamento há menos de 72h). Destinada a utentes do próprio ficheiro, marcada no próprio dia, com duração de 15 minutos	Médico e/ou Enfermeiro
Consulta de Intersubstituição	Consulta no âmbito de doença aguda, aos utentes inscritos na USF, na impossibilidade de atendimento pelos elementos da sua equipa de saúde familiar, com duração de 15 minutos	Médico e/ou Enfermeiro
Consulta Domiciliária	Consulta no local de residência dos utentes inscritos e a residir na área geográfica de influência da USF	Médico e/ou Enfermeiro
Consulta Não Presencial	Período dedicado à resolução de todas as situações/pedidos que não exigem a presença dos utentes. Caso a última consulta do utente tenha sido há mais de 12 meses, deverá ser marcada consulta presencial. É estimado que cada profissional necessite de pelo menos meia hora diária para este tipo de consulta	Médico e/ou Enfermeiro
Atendimento telefónico/e-mail	Cada equipa de saúde familiar deverá disponibilizar pelo menos meia hora, três vezes por semana, para atendimento por e-mail e telefone por iniciativa do utente, sendo o contacto agendado no horário não presencial	Médico e/ou Enfermeiro e/ou Secretário Clínico
Medidas Terapêuticas e Intervenções de Enfermagem	Consultas para tratamentos de enfermagem (vacinação, feridas, administração de injetáveis). Funcionam durante todo o período de atendimento da USF, com agendamento prévio para o enfermeiro de família e têm uma duração preconizada de 10 a 30 minutos, podendo ser realizadas na própria USF ou domicílio dos utentes	Enfermeiros

Fonte: Regulamento Interno da USF, 2023

APÊNDICE II – TIPOS DE CONSULTAS PROGRAMADAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE/DOENÇA

Apêndice II - Tipos de Consultas Programadas de Vigilância de Saúde/Doença
(continua)

Consulta Programada de Vigilância de Saúde/Doença	População-alvo	Execução	Tempo previsto	Observações
Saúde de adultos e de idosos	Utentes da respetiva equipa de família	Médico ou enfermeiro	15-30 minutos	<u>Objetivo:</u> vigilância da saúde de adultos e idosos <u>Exclui:</u> consultas de vigilância de grupos vulneráveis e de risco
Prevenção Oncológica	Rastreio Cancro do Colo do Útero (RCCU): mulheres entre 25 e 59 anos Rastreio Cancro do Cólon e Reto (RCCR): utentes entre 50 e 74 anos Rastreio Cancro da Mama (RCM): mulheres entre 50 e 69 anos	Médico ou Enfermeiro	30 minutos	
Planeamento Familiar	Mulheres em idade fértil e homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro	15 minutos	
Vigilância de Saúde Materna	Grávidas da respetiva equipa de família	Médico e Enfermeiro	30 minutos	
Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil	Crianças da respetiva equipa de família	Médico e/ou Enfermeiro	30 minutos	<u>Objetivo:</u> consultas de vigilância no intervalo de idades aconselhado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e vacinação <u>Exclui:</u> consultas de saúde infantil por doença

(conclusão)

Consulta Programada de Vigilância de Saúde/Doença	População-alvo	Execução	Tempo previsto	Observações
Vigilância de Diabetes	Utentes diabéticos da respetiva equipa de família	Médico e Enfermeiro	30 minutos	<u>Objetivo</u> : vigilância, seguimento, prevenção e reabilitação de utentes diabéticos, de acordo com as normas da DGS
Vigilância de Hipertensão	Utentes hipertensos da respetiva equipa de família	Médico e/ou Enfermeiro	15 minutos	<u>Objetivo</u> : vigilância, seguimento, prevenção e reabilitação de utentes hipertensos, de acordo com as normas da DGS

Fonte: Regulamento Interno da USF, 2023

APÊNDICE III – OBJETIVOS DO PLANO DE MELHORIA RELACIONADOS COM A GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA DA USF, JUNHO DE 2024

Apêndice III - Objetivos do Plano de Melhoria relacionados com a Gestão da Saúde e da Doença da USF, junho de 2024

Área Subárea Dimensão	Objetivos
Desempenho Gestão da Saúde Saúde da Mulher	Aumentar a taxa de utilização das consultas de planeamento familiar que contribui para o indicador 2013.008.01 FL : “Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (méd./enf.)”
Desempenho Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	Implementar a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido nos primeiros 15 dias de vida que contribui para o indicador selecionado na tabela de incentivos institucionais 2013.015.01 FL : “Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida”
Desempenho Gestão da Doença Doenças do Aparelho Respiratório	Implementar consultas específicas de asma e DPOC na USF (a 3 anos); Vacinar contra a gripe sazonal os utentes com DPOC que contribui para o indicador selecionado na tabela de incentivos institucionais 2021.439.01 FL : “Proporção de utentes com DPOC com idade superior a 6 meses, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses”
Desempenho Gestão da Doença Diabetes Mellitus	Aumentar a vigilância dos utentes diabéticos com 18 ou mais anos de idade, que contribui para o indicador selecionado na tabela de incentivos institucionais 2017.382.01 FL : “Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de Diabetes Mellitus, com registo de diagnóstico na lista de problemas”

Fonte: Carta de Compromisso da USF, 2024

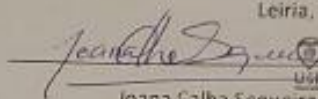
APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DOS DADOS DO MIM@UF

Apêndice IV – Autorização para consulta dos dados do MIM@UF

DECLARAÇÃO

Eu, Joana Calha Sequeira Santos, médica de família e coordenadora da USF onde decorreu o estágio da enfermeira e estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área da Saúde Familiar Vera Patrícia Caldeira Barbosa, declaro que autorizo a consulta de dados no MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) acerca dos utentes inscritos e indicadores da unidade para publicação, com fins académicos, na tese de mestrado da estudante acima referida.

Leiria, 1 de maio de 2024


JOANA SEQUEIRA
USF – Médica MGF
Joana Calha Sequeira Santos

**APÊNDICE V – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA PERSPETIVA DOS PAIS E ENFERMEIRO
DE FAMÍLIA ACERCA DA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA AO
RECÉM-NASCIDO**

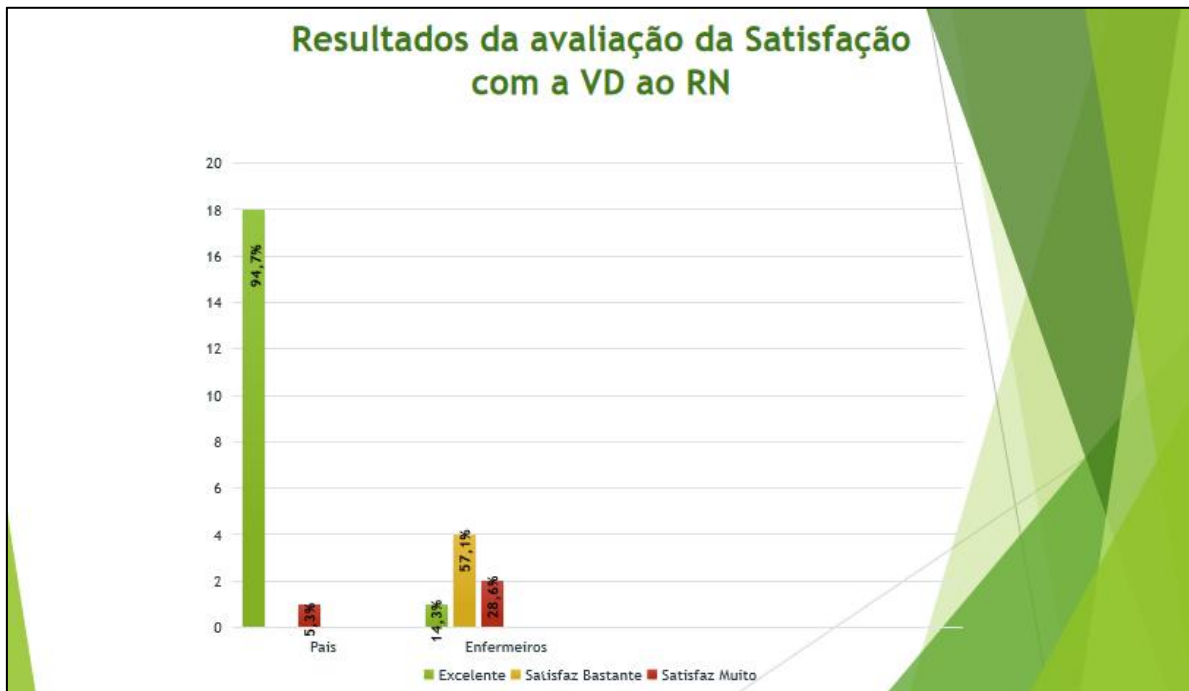
Apêndice V – resultados da avaliação da perspectiva dos pais e enfermeiro de família acerca da realização da visita domiciliária ao recém-nascido

Avaliação da perspectiva dos pais acerca da VD ao RN

- **Instrumento de colheita de dados:** questionário realizado no Google Forms e enviados via e-mail
- Entre junho e dezembro de 2024, a USF teve 41 pais com RN até aos quinze dias de vida
- **Crítérios de exclusão:**
 - ✓ Pais que residem fora da área da União de Freguesias de Marrazes e Barosa;
 - ✓ Pais a quem não foi realizada a VD ao RN por razões desconhecidas.
- **Amostra:** 19 pais



Apêndice V – resultados da avaliação da perspectiva dos pais e enfermeiro de família acerca da realização da visita domiciliária ao recém-nascido



Conclusão

- Verificou-se um **progressivo aumento da realização da visita domiciliária ao recém-nascido** na USF;
- Por ficheiro de família também se verificaram progressivas melhorias, mas globalmente ainda aquém do definido como objetivo a atingir;
- De uma forma geral, **tanto os pais como os enfermeiros de família consideram a visita domiciliária** ao recém-nascido **importante e encontram-se satisfeitos** na forma como esta é realizada;
- Assim, é **sugerido que este PAI se prolongue para 2025**, de forma a melhor e aperfeiçoar esta atividade.

APÊNDICE VI – FORMAÇÃO “TERAPÊUTICA INALATÓRIA: TÉCNICAS DE INALAÇÃO E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS”



Inaladores Pressurizados Doseáveis - pMDI



K-haler Autohaler

Acionados pela inspiração



Com câmara expansora Jet™ spacer

Passos fundamentais da técnica inalatória com pMDI

- ✓ Expiração prévia
- ✓ Inalação lenta e profunda
- ✓ Pausa inspiratória de 10 segundos



<http://www.spneumologia.pt/saude-publica/dispositivos-inalatorios>

Técnica inalatória com pMDI + câmara expansora

- ✓ Deve ser realizada preferencialmente com câmara expansora;
- ✓ **pMDI + câmara expansora com bucal** – crianças com idade superior ou igual a 4 anos e adultos;
- ✓ **pMDI + câmara expansora com máscara** – crianças com idade inferior a 4 anos e adultos com problemas cognitivos, pouco colaborantes.

Orientação da DGS nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013
Orientação da DGS nº 010/2017 de 26/05/2017

Técnica inalatória com pMDI + câmara expansora

- ✓ A inalação com câmara expansora por peça bucal é a recomendada e privilegiada
- ✓ A inalação com câmara expansora por máscara deve ser feita pela boca

Terapêutica Inalatória – Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios, 2014; p.83

Técnica inalatória com pMDI + câmara expansora



pMDI + câmara expansora com bucal



pMDI + câmara expansora com máscara



<https://www.sppneumologia.pt/saude-publica/dispositivos-inalatorios>

Limpeza das câmaras expansoras

- ✓ Desmontar todas as peças possíveis e, 1 vez por semana, colocá-las em recipiente com água morna e detergente, durante 15 minutos;
- ✓ Passá-las por água corrente e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar;
- ✓ Após cada utilização, no caso de ter sido utilizada a máscara, esta deve ser lavada com água e seca. No caso de utilização de bucal basta limpar com lenço de papel;
- ✓ As câmaras expansoras podem ser usadas pelo mesmo utente por um período de 1 ano.

Orientação da DGS n.º 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013

Apêndice VI – Formação “Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios”

Inalador de Névoa Suave - Respimat



<https://www.teisellife.pt/categoria/doencas/doencas-respiratorias/asma/>

Inaladores de Pó Seco - DPI (Unidose)



Inaladores de Pó Seco - DPI (Multidose)



Apêndice VI – Formação “Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios”

Passos fundamentais da técnica inalatória com DPI

- ✓ Expiração prévia
- ✓ Inalação rápida e vigorosa
- ✓ Pausa inspiratória de 10 segundos

<https://cima.aemps.es/dma/publico/detalle.html?registro=85847>

Resumo da técnica inalatória

Inalador de Pó Seco (DPI)	Inalador pressurizado (pMDI)	Inalador de Névoa Suave - RespiMat	pMDI + Câmara expansora com bucal Inalação única	pMDI + Câmara expansora com máscara Inalação múltipla
Expiração prévia (não expirar em direção ao inalador)				Não necessita de expiração prévia
Colocar o bucal entre os dentes, com a língua por baixo e os lábios fechados				Usar máscara
Inspiração rápida e vigorosa pela boca	Iniciar inspiração lenta e ativar o inalador (coordenação mão-pulmão)			Ativar o inalador e fazer 10 inalações em volume corrente
No final da inspiração deve fazer pausa inspiratória - 10 segundos				Não necessita de pausa inspiratória
Se necessário outra dose - esperar 30 - 60 segundos e repetir o procedimentos				

<https://gresp.pt/ficheros/recursos/folhetos/tecnica-inalatoria-2021.pdf>
Orientação da DGS nº 010/2017 de 26/06/2017

Recomendações

- ✓ Utilizar inaladores com a mesma técnica, sempre que possível;
- ✓ Escolher o dispositivo inalatório de acordo com a inspiração do utente: “inspiração lenta” vs “inspiração rápida”;
- ✓ Rever periodicamente a técnica de inalação;
- ✓ Instruir os utentes a trazerem sempre os seus inaladores à consulta.

Orientação da DGS nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013
https://www.spalc.pt/client_files/rpta_artigos/terapeutica-inalatoria-4-otnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatorios.pdf
 Orientação da DGS nº 010/2017 de 26/06/2017
<https://gresp.pt/ficheros/recursos/folhetos/tecnica-inalatoria-2021.pdf>

Apêndice VI – Formação “Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios”

DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

Inalador Pressurizado de Dose Calibrada (pMDI)	 Convencionais	 Com indicador de doses	 Adonados pela inspiração	 Com câmara expansora Jet™ spacer
Inalador de Névoa Suave (SMI)	 RespiMat			
Inalador de Pó Seco (DPI) Unidose	 Aerolizer	 Breezhaler	 Handihaler	 Zonda
Inalador de Pó Seco (DPI) Multidose	 Turbohaler	 Twisthaler	 Diskus	 Novolizer
	 Genualir	 Ma Inhaler	 Spiromax	 Elipta
	 Forspro	 Easyhaler	 Airmaster	

Autora: Vera Caldeira Barbosa (aluna do Mestrado em ECESF)
Novembro, 2024



RESUMO DAS TÉCNICAS INALATÓRIAS

Inalador de Pó Seco (DPI)	Inalador pressurizado (pMDI)	Inalador de Névoa Suave - RespiMat	pMDI + Câmara expansora com bucal Inalação única	pMDI + Câmara expansora com máscara Inalação múltipla
Expiração prévia (não expirar em direção ao inalador)				Não necessita de expiração prévia
Colocar o bucal entre os dentes, com a língua por baixo e os lábios fechados				Usar máscara
Inspiração rápida e vigorosa pela boca	Iniciar inspiração lenta e ativar o inalador (coordenação mão-pulmão)			Aliviar o inalador e fazer 10 inalações em volume e corrente
No final da inspiração deve fazer pausa inspiratória – 10 segundos				Não necessita de pausa inspiratória
Se necessário outra dose – esperar 30 – 60 segundos e repetir o procedimentos				

Legenda: Documentos de Apoio à Formação

APÊNDICE VII – FOLHETO INFORMATIVO “VISITA DOMICILIÁRIO AO RECÉM-NASCIDO”

Apêndice VII – Folheto Informativo “Visita Domiciliária ao Recém-Nascido”



???? IIIII

A jornada da maternidade e da paternidade é emocionante!

É uma fase especial, de adaptação que traz muitas dúvidas e descobertas...
...Estamos aqui para apoiar e esclarecer as famílias.



NÃO SE ESQUEÇA!

Após o nascimento do seu bebê contacte a USF **Martimil** para agendar a sua Visita Domiciliária.



**VISITA DOMICILIÁRIA
AO
RECÉM - NASCIDO**



A chegada de um filho é um momento de grande alegria, mas também pode trazer algumas dúvidas e desafios.

A pensar nisso a USF **Martimil** disponibiliza a **Visita Domiciliária ao Recém-Nascido**.





SABE O QUE É A VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM - NASCIDO?

É um serviço gratuito, realizado pela vossa Equipa de Saúde Familiar que se desloca ao vosso domicílio com o objetivo de vos apoiar nesta nova fase, oferecendo orientações sobre os cuidados com o bebé e também com a família, além de identificar precocemente qualquer necessidade especial.



QUEM REALIZA ?

A visita domiciliária é realizada pelo vosso enfermeiro de família e, sempre que possível, pelo seu médico de família.

QUANDO É REALIZADA?

Realizada até ao 15º dia de vida do vosso bebé.

O QUE IREMOS FAZER?

- Conhecer a dinâmica familiar no seu ambiente;
- Identificar as suas dúvidas e necessidades;
- Prestar apoio e esclarecer acerca das várias temáticas relacionadas com o bebé, a mãe e família (amamentação, banho e conforto do bebé, cordão umbilical, vacinação, vigilância de saúde do bebé, planeamento de consultas);
- Realizar o teste do pezinho entre o 3º e o 6º dia de vida (teste de diagnóstico precoce).



COMO SE PREPARAR PARA A VISITA DOMICILIÁRIA?

- Se possível, escolhe um ambiente tranquilo da casa onde possamos conversar com calma;
- Prepare as suas dúvidas com antecedência;
- Tenha consigo o Boletim de Saúde Individual Infantil e Juvenil do bebé, o seu Boletim de Saúde da Grávida e as notas de alta da maternidade.

VAMOS PLANEAR AS PRÓXIMAS CONSULTAS NA SUA UNIDADE DE SAÚDE?

Consulta médica/enfermagem	Idade
1ª consulta	Até aos 28 dias de vida
2ª consulta	1 mês
3ª consulta + vacinas	2 meses
4ª consulta + vacinas	4 meses
5ª consulta + vacinas	6 meses
6ª consulta	9 meses
7ª consulta + vacinas	12 meses

Poderão ser agendadas mais consultas de Enfermagem de acordo com a necessidade e orientação da sua Equipa de Saúde (avaliação do peso, vigilância do cordão/coto umbilical, esclarecimentos acerca da amamentação e/ou alimentação...)

**APÊNDICE VIII - APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM - I CONGRESSO
INTERNACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ICFH'25)**

1º Congresso Internacional da Saúde da Família (ICFH'25)

Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde

VERA BARBOSA

Fevereiro, 2025

UNIVERSIDADE DE AVEIRO | SNS | UNICLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Ontologia de Enfermagem (Familiar)

- ▶ Foi desenvolvida e aprovada pela Ordem dos Enfermeiros
- ▶ Será integrada no Sclínico até final de 2025
- ▶ Pode ser consultada na Área Reservada do site da Ordem dos Enfermeiros

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família

- ▶ Existem poucos indicadores sensíveis à prática de enfermagem
- ▶ Não existe nenhum indicador associado à família como alvo dos cuidados
- ▶ Existe potencial no Sclínico para fazer registos das intervenções de enfermagem tendo a família como alvo dos cuidados
 - ▶ **Contatos de enfermagem** tendo a família **como alvo dos cuidados**
 - ▶ **Intervenções de enfermagem** tendo a família **como alvo dos cuidados**

Apêndice VIII – Apresentação à equipa de enfermagem - I Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH'25)

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família

- ▶ A nível nacional existem **5.501 contactos** de enfermagem realizados por **836 enfermeiros** diferentes
- ▶ A maioria destes contactos são **não programados e presenciais**
- ▶ A maioria dos contactos **não presenciais são via telefone**

- ▶ Existe uma grande discrepância na análise destes dados por regiões:

Região	Contactos	Enfermeiros
Norte	2282	497
Centro	2533	190
LVT	649	110
Alentejo	26	27
Algarve	11	12

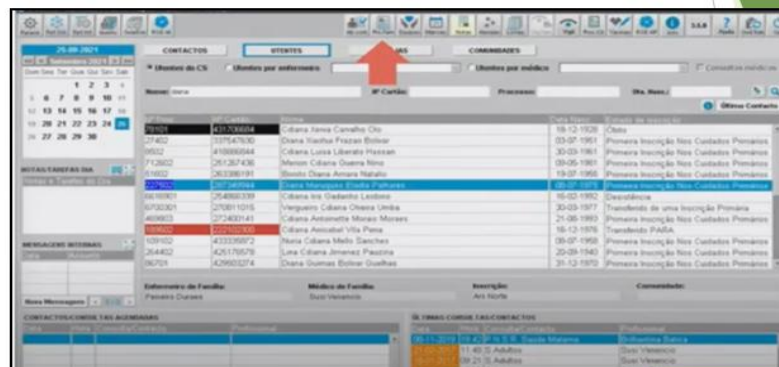
Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família

- ▶ Intervenções de enfermagem tendo a família como alvo dos cuidados:
 - ▶ **16.267 intervenções no ano de 2023**
 - ▶ **19.687 intervenções no ano de 2024**
 - ▶ Sendo o TOP 3, respetivamente: **Avaliar, Ensinar e Incentivar**

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - Clínico



Apêndice VIII – Apresentação à equipa de enfermagem - I Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH'25)

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico

Agregado Familiar e podemos aceder ao processo clínico individual

Avaliação inicial do contexto familiar:

- Habituação
- Tipo de Família
- Classe Social e Rendimento
- Etapa do ciclo vital

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico

FAMILIAS

Nome	Data	Processo	Data Rec.
CP: 00000	01/01/2004		
0101	437736684	Cibana Nansa Canallo Ojo	18-12-1928
27402	337447330	Diana Xaioha Fracas Bolívar	03-07-1961
9902	418886084	Cibana Luisa Liberato Herrán	30-03-1961
712602	291287436	Miriam Cibana Guerra Vero	09-05-1981
41802	263386191	Bonita Diana Amara Natalio	19-07-1995
27902	007140984	Diana Maricruz Erika Pachano	08-07-1976
8818901	254863339	Cibana Iris Gradinho Lechini	16-02-1992
670201	270811015	Vergara Cibana Osvera Urdila	30-03-1977
40902	272400481	Cibana Antonette Moras Moras	25-08-1993
88902	022102800	Cibana Anacabel Vita Pena	16-12-1976
103902	433336672	Nana Cibana Mello Sanchez	08-07-1958
264402	425176578	Lana Cibana Jimenez Pazos	20-08-1942
26701	429932274	Diana Guzman Bolívar Guibana	31-12-1970

Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico

FAMILIAS

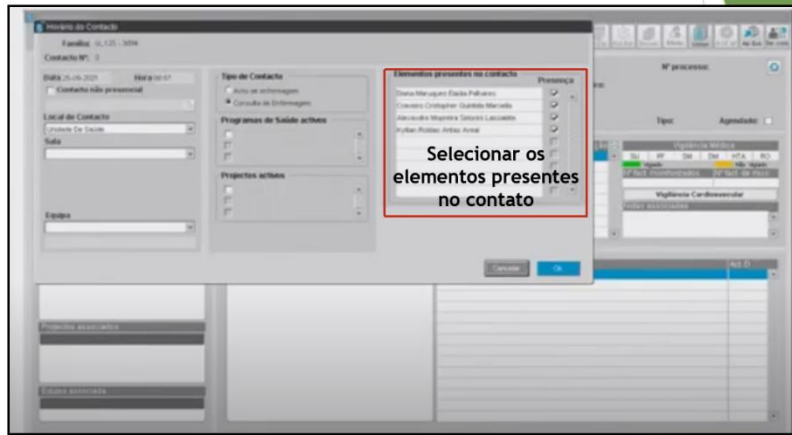
Nome: Cibana Nansa Canallo Ojo
 Data Rec.: 18-12-1928
 Ojo

Processo: 0101
 Data Rec.: 437736684

Família:
 Crisanto Cristopher Guzmán Marañón
 Diana Maricruz Erika Pachano
 Alexandra Miquela Solares Lacañete
 Nilsen Rosier Ariza Ariza

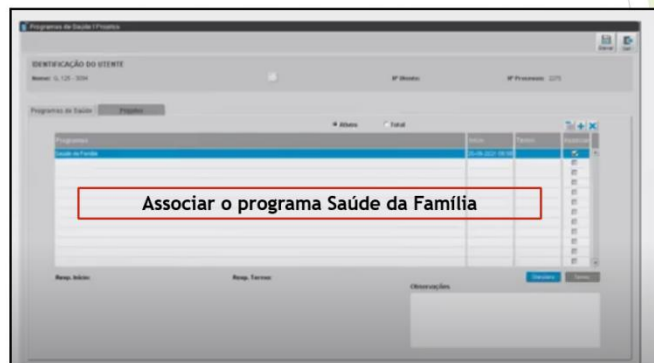
Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico



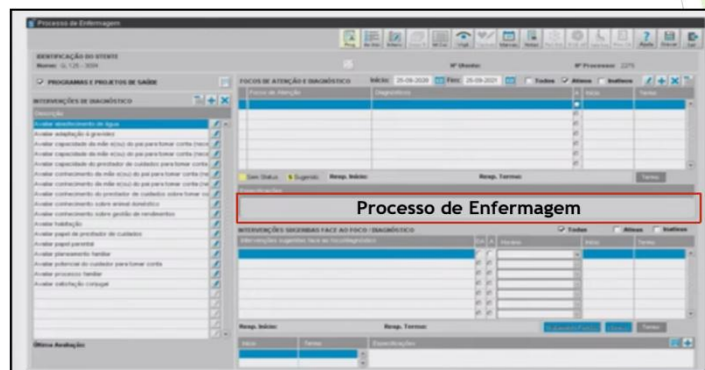
Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico



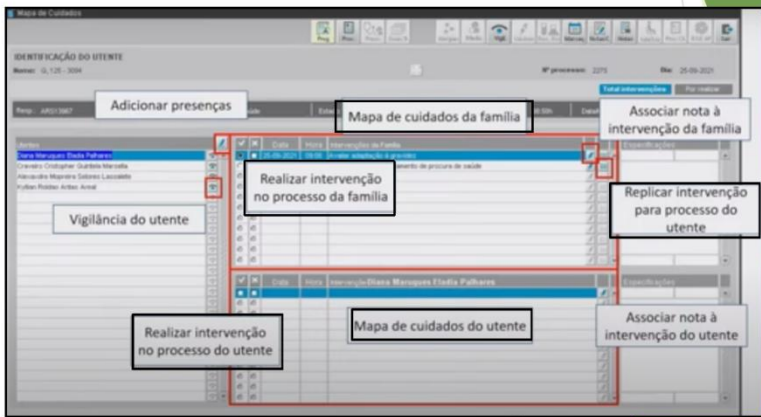
Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico



Mesa 1 - e-Famílias: Inovação da tecnologia em Saúde

Parametrização dos cuidados à família - SClínico



The screenshot displays the SClínico software interface. At the top, there's a header with 'Mesa de Controlo' and 'IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR'. Below this, there are several buttons: 'Adicionar presenças', 'Mapa de cuidados da família', 'Associar nota à intervenção da família', 'Vigilância do utente', 'Realizar intervenção no processo da família', 'Replicar intervenção para processo do utente', 'Realizar intervenção no processo do utente', 'Mapa de cuidados do utente', and 'Associar nota à intervenção do utente'. The main area contains a table with columns for 'Data', 'Nome', 'Intervenção da família', and 'Intervenção do utente'. The interface is designed for managing family care processes and interventions.

Painel 1 - Unidades Locais de Saúde: que respostas em Saúde Familiar?

ULS Matosinhos, ULS da Região de Aveiro, ULS da Região de Coimbra, ULS Póvoa do Varzim/Vila do Conde

- ▶ Defendem o trabalho em rede e a integração de cuidados
- ▶ **ULS Matosinhos** mais antiga:
 - ▶ Articulação e integração de cuidados de proximidade
 - ▶ Acessibilidade (97% de utentes com equipas de saúde familiar)
 - ▶ No ano de 2023, pela primeira vez, tiveram mais elogios do que reclamações que estavam maioritariamente relacionadas com o atendimento telefónico, havendo melhoria após a **implementação do TeleQ**
 - ▶ No ano de 2024, as reclamações foram sobretudo relacionadas com o **projeto Ligue Antes, Salve Vidas**

Painel 1 - Unidades Locais de Saúde: que respostas em Saúde Familiar?

ULS Matosinhos, ULS da Região de Aveiro, ULS da Região de Coimbra, ULS Póvoa do Varzim/Vila do Conde

- ▶ **Outras ULS:**
 - ▶ Em funcionamento há pouco tempo:
 - ▶ Longe da articulação e integração de cuidados
 - ▶ Falta de acessibilidade aos CSP: falta de equipas de saúde familiar e cada vez mais procura do SU
- ▶ **Desafios/Problemas das ULS:**
 - ▶ Falta de recursos humanos, com sobrecarga dos profissionais
 - ▶ Falha frequente dos sistemas informáticos
 - ▶ Falta de interoperabilidade entre programas informáticos
 - ▶ Infraestruturas degradadas
 - ▶ Dimensão das listas de espera
 - ▶ Constantes alterações nas políticas de saúde

Painel 2 - Apoio às famílias contemporâneas: perspetiva multidisciplinar

- ▶ **Conhecer os direitos no local de trabalho e defesa das nossas famílias**
 - ▶ Desde 01.05.2023 – **Estatuto do Cuidador Informal não Principal**
 - ▶ Direito a horário flexível
 - ▶ Direito a trabalho parcial
 - ▶ Dispensa de trabalho suplementar
- ▶ **Programa Humaniza da Fundação “La Caixa”**
 - ▶ Equipa psicossocial do centro de paliativos do IPO do Porto
 - ▶ Espaço onde fazem o acompanhamento e intervenção precoce (apoio psicológico, social e espiritual) na qualidade de vida dos utentes com doença avançada e suas famílias
 - ▶ **Critério de referência** – prognóstico de vir a falecer em 2 anos, acompanhamento de familiares até 2 anos após a perda

Painel 3 - Associações de apoio às Famílias: contributos de empoderamento

- ▶ **Alzheimer Portugal – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer**
- ▶ **Grupo de Apoio Mútuo de Sobreviventes, Familiares e Cuidadores de AVC - Aveiro**
- ▶ **Associação de Pais e Amigos Habilitar (APAH)**
- ▶ **Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social da Vera-Cruz**
- ▶ **Associação Calioásis**

Mesa 2 - Famílias e Diversidade Cultural: contextos e respostas em saúde familiar

- ▶ **Abordagem com famílias de minoria étnica – Famílias de etnia cigana (USF Águeda Mais Saúde)**
 - ▶ **Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas (ENICC)** – garantir ganhos em saúde nesta minoria étnica, promovendo condições de acesso aos serviços de saúde
 - ▶ Os profissionais de saúde têm de desenvolver competências culturais para melhor compreender as comunidades ciganas
 - ▶ Valorizar a influência das pessoas mais velhas na comunidade – **mediador cultural cigano**
 - ▶ Visitas Domiciliárias com mais frequência

APÊNDICE IX – PROCESSO DE ENFERMAGEM DA FAMÍLIA CASAL

FAMÍLIA CASAL A VIVENCIAR TRANSIÇÃO ACIDENTAL DO TIPO SAÚDE/DOENÇA

Para realizar o Processo de Enfermagem da família Casal comecei por fazer a colheita de dados, realizada através de várias entrevistas semiestruturadas aos membros da família, tendo por base os modelos Circumplexo (Olson, 2000) e Calgary (Wright & Leahey, 2012).

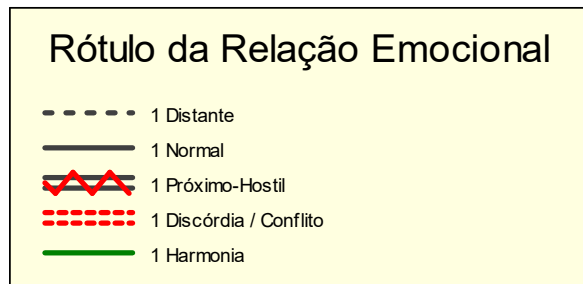
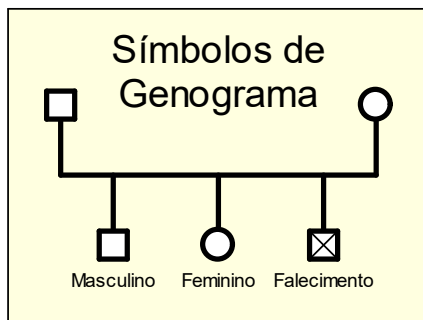
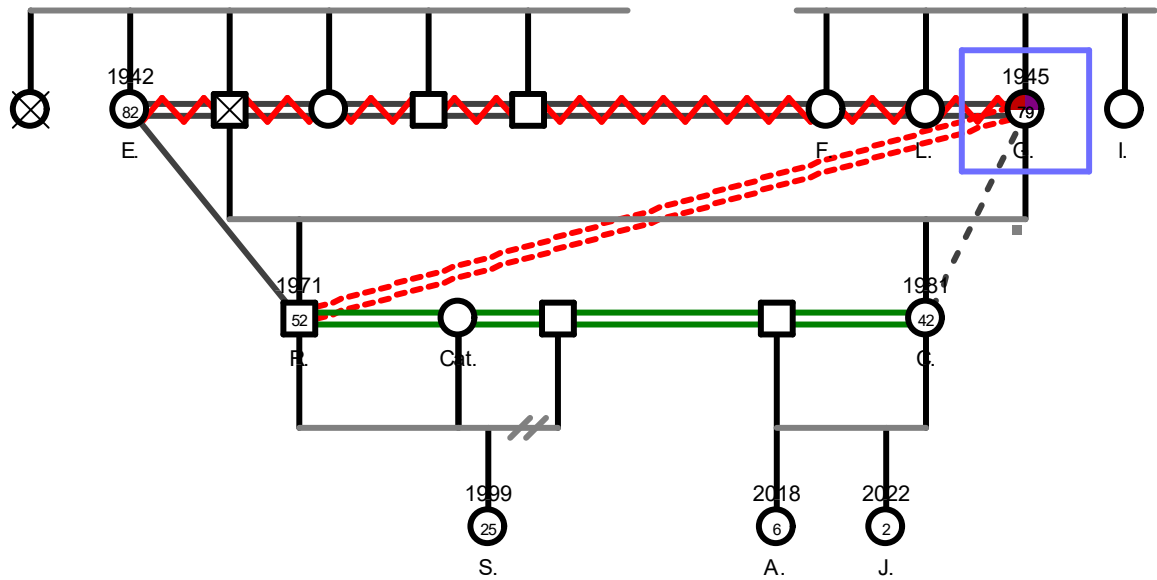
A abordagem familiar foi realizada em três contextos diferentes entre junho e setembro de 2024 (Quadro 1).

Quadro 1 – Resumo dos contactos realizados com a família

CONTACTOS COM A FAMÍLIA	
1º Contacto 18.06.2024	Presencial com G. em consulta de Diabetes na USF
2º Contacto 19.06.2024	Presencial com G. em contexto domiciliário
3º Contacto 21.06.2024	Contacto telefónico com filho R., irmã I. e cunhada E. - Filho R. não atende o telefone; - Irmã I. em processo de luto, mostra-se indisponível para fornecer informações; - Cunhada E. mostra-se disponível a fornecer informações
4º Contacto 16.09.2024	Contacto telefónico com filho R. e cunhada E.
5º Contacto 19.09.2024	Presencial com G. e E. em contexto domiciliário Contacto telefónico com filho R.

1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Setembro de 2024



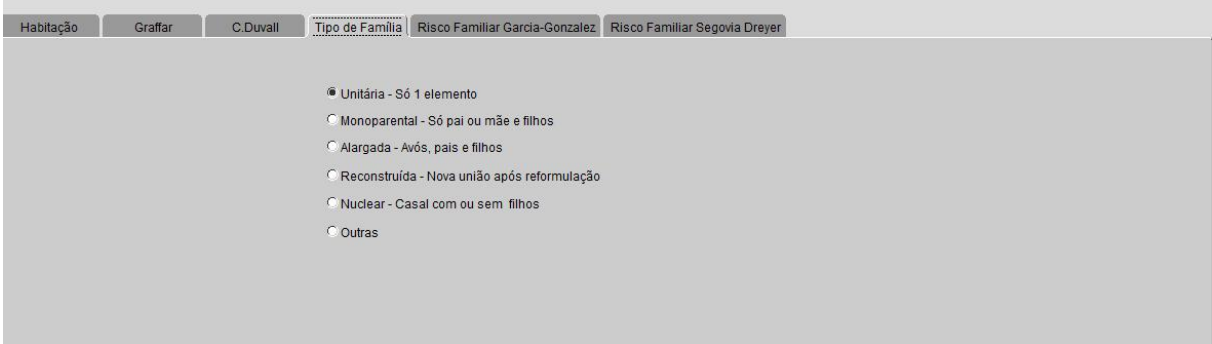
Hipertensão, DM II, Osteoartrose da anca, Déficit de cognição/memória

Figura 1 – Genograma da Família Casal

1.1 INTERNA

Composição Familiar

Família unipessoal, sendo o agregado familiar constituído unicamente pela G. Foi feita a avaliação do tipo de família de acordo com os itens do Processo Familiar do SClínico (Figura 2).



The screenshot shows a web interface with a navigation bar at the top containing tabs: 'Habituação', 'Graffar', 'C.Duvall', 'Tipo de Família', 'Risco Familiar Garcia-Gonzalez', and 'Risco Familiar Segovia Dreyer'. The 'Tipo de Família' tab is active. Below the navigation bar, there is a list of radio button options for family types:

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstruída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Figura 2 – Tipo de Família

Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

Apesar de residir sozinha, G. considera como família todos os elementos identificados no genograma. No entanto, como família mais próxima, a nível de relacionamento, considera apenas o filho R.

Género

A G. é do sexo feminino e o filho R. do sexo masculino.

Orientação Sexual

Tanto a G. como o R. assumem-se como heterossexuais.

Ordem de Nascimento

A G. nasceu em 1945 e o R. em 1971.

Subsistemas

Nesta família estão presentes os subsistemas individual, parental e filial (entre G. e R.).

Limites

Pela entrevista realizada a G. e R. percebemos que existe uma ambiguidade relativamente ao manifestado por ambos em relação ao sistema familiar. G. refere ter uma “família muito grande, muito unida e todos se dão bem”. Mas por outro lado, diz ter uma boa relação com o filho, mas não com a filha. No discurso, é perceptível que quer manter o filho afastado das decisões da vida dela quando manifesta “o meu filho mora longe, trabalha e não tem muito tempo”.

Contrariamente, R. refere que a G. “de mãe tem pouco”, “só telefona quando precisa de dinheiro”, que “sempre só olhou para o umbigo dela”.

R. manifesta que é uma pessoa amargurada pela infância que teve. Nunca teve uma festa de anos com os amigos e não os podia levar lá a casa porque G. era obcecada pela limpeza e arrumação.

R. refere ainda que reside longe e que tem a sua vida sendo difícil ajudar a G, mas que sabe que, apesar de tudo, é sua mãe e tem essa responsabilidade.

Podemos dizer que estamos perante uma família desmembrada, com limites rígidos entre os subsistemas familiares que dificulta a comunicação e a compreensão recíprocas. Tanto G. como R. funcionam de forma individualista e percebemos que o papel parental foi muito instável, apesar da rigidez.

1.2 EXTERNA

Família Extensa

A família de origem de G. é constituída, atualmente, pelas suas três irmãs, dois cunhados e duas cunhadas. As irmãs residem todas no concelho de Leiria, no entanto G. refere que não passa muito tempo com elas porque “cada uma tem a sua vida”. Apenas falam esporadicamente ao telefone.

Para tentar perceber melhor esta relação falei, via telefone, com a irmã que reside mais perto de G. No entanto, esta não se mostrou disponível por ter ficado viúva há pouco tempo e refere-se a G. como sendo uma pessoa de carácter difícil.

Pelas conversas que tive com G. e R. percebi que existia uma cunhada que reside muito próximo de G. e que já a ajudava quando ela solicitava. Falei então com a cunhada E. que realmente refere que tem alguma relação de proximidade com G., inclusivamente saem juntas de vez em quando ao café, ao cabeleireiro ou ao supermercado. Apesar disto E. manifesta que G., muitas vezes, não quer ser ajudada e não quer ser contrariada chegando a ter um discurso agressivo com as pessoas que a rodeiam.

Em relação aos filhos, como já referido, R. é o filho mais presente que, por vezes, visita G. e a acompanha às consultas, quando possível. R. mantém uma relação e comunicação com a tia E. Refere também ter contacto telefónico com a sua irmã C.

G. diz que, anteriormente, estava com a sua filha C. nas férias do Verão porque esta vinha a Portugal. Há cerca de três anos que não vem e, inclusivamente, G. não conhece a sua neta mais nova. Refere ainda não ter grande relação com C. e que raramente se falam por telefone.

Dentro da família extensa, consideramos a cunhada E. e o filho R. como forças e aspetos positivos porque, apesar deste último residir longe e de ter uma relação de conflito com G., demonstrou alguma responsabilidade após a abordagem e insistência da enfermeira de família.

Sistemas mais amplos

Esta família tem várias instituições sociais e pessoas com as quais tem contacto significativo e que servem de apoio e recurso. A rede social familiar está caracterizada no ecomapa (Figura 3) e evidencia as relações existentes entre os recursos e a família.

Setembro 2024

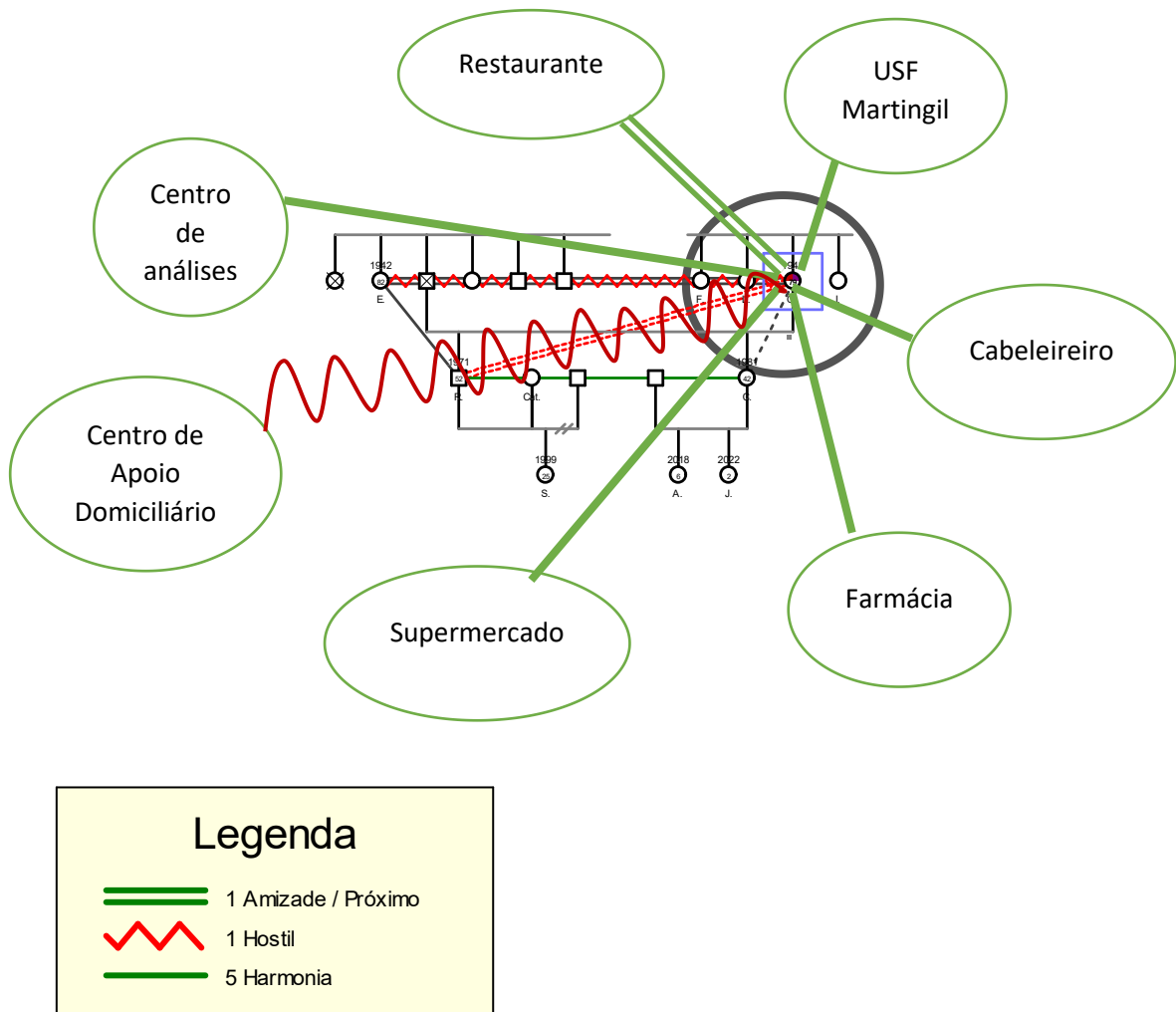


Figura 3 – Ecomapa da Família Casal

Pelo ecomapa, podemos perceber que a rede social alargada e os recursos da comunidade utilizados por G. podem ser reconhecidos como forças para esta família.

1.3 CONTEXTO

Etnia e Raça

A família é de nacionalidade portuguesa, sendo de etnia ibérica e raça caucasiana.

Espiritualidade e/ou Religião

A família assume-se como católica, não praticante.

Classe Social

Para avaliação da classe social foi aplicada a Escala de Graffar do SClínico, tendo sido obtido uma pontuação de 11, classificando a família em Classe Social Média (Figura 4).

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 electromésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA

Figura 4 – Escala de Graffar

Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

Ambiente

Apesar de G. viver numa zona tranquila, a sua habitação fica junto a uma estrada principal onde circulam veículos, com visibilidade reduzida devido à presença de uma curva numa das faixas de rodagem. De referir também que a circulação de peões não é fácil porque existem zonas com passeios muito curtos, junto à faixa rodoviária ou apenas bermas sem pavimento.

A G. é conhecida na vizinhança mas mantém uma relação de distância com os vizinhos. A freguesia onde reside apresenta estruturas recreativas/lúdicas e vários recursos da comunidade de fácil acesso, assim como transportes públicos.

Relativamente ao tipo de habitação onde G. reside foi feita a avaliação de acordo com o SClínico (Figura 5).

Figura 5 – Tipo de Habitación
Fonte: print screen da aplicação SCLínico

2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

2.1 ESTÁGIOS

De acordo com os estágios do ciclo vital da família delineados por Carter e McGoldrick, a família Casal encontra-se no estágio seis: família no fim de vida que se inicia com a reforma e termina com a morte de ambos os cônjuges.

No entanto, a avaliação do ciclo vital desta família no S.Clinico é feita de acordo com as oito etapas delineadas por Duvall. Assim, esta família encontra-se na última etapa: família idosa (da reforma à viuvez) (Figura 6).

Figura 6 – Ciclo Vital de Duvall
Fonte: print screen da aplicação SCLínico

2.2 TAREFAS

A família Casal, nesta etapa do ciclo vital, tem como tarefas principais de cumprir o apoio à geração mais velha e a preparação para a morte. O filho R. deverá apoiar a mãe G. nesta etapa da vida e G., uma vez que já é viúva e mora sozinha, deverá aceitar mudanças no

estilo de vida, manter alguma energia e motivação para a realização de atividades com algumas limitações financeiras e de saúde e, eventualmente, aceitar apoio domiciliário ou a mudança para um centro de dia.

2.3 VÍNCULOS

Não existem vínculos fortes entre os elementos da família Casal, mesmo com a família extensa. Existe mais conflito e discórdia entre G. e o filho R. Não existe qualquer proximidade de G. com a filha C. e com as netas.

O único elemento da família extensa mais próximo é a cunhada E., mas a sua relação com G. é algo hostil.

3.AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Para avaliação funcional desta família tentei aplicar a escala de Apgar Familiar (Smilkstein) a G. No entanto, não foi possível porque esta apresenta algumas limitações a nível cognitivo tendo dificuldade em compreender os parâmetros necessários a avaliar.

Também não foi possível avaliar a adaptabilidade e coesão familiar utilizando a escala de FACES II porque, além das limitações referidas anteriormente, G. reside sozinha.

No entanto, foi possível aplicar a Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe que permitiu avaliar e quantificar vários eventos significativos que ocorreram no último ano a G. (Figura 7)

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

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 7 – Aplicação da escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe⁶

Assinalados os eventos, obtemos o valor total de apenas 49, pelo que não existe probabilidade de incidência de doença psicossomática.

Uma vez que não foi possível a aplicação de mais instrumentos de avaliação familiar nesta família pelas limitações referidas anteriormente, para avaliar a funcionalidade desta família centrei uma das entrevistas na relação de G. com R. e utilizando o Modelo Circumplexo de Olson foi possível avaliar a coesão, adaptabilidade e comunicação da família Casal (Figura 8).

⁶ Adaptado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/999/2/20760_ulsd057593_anexos.pdf

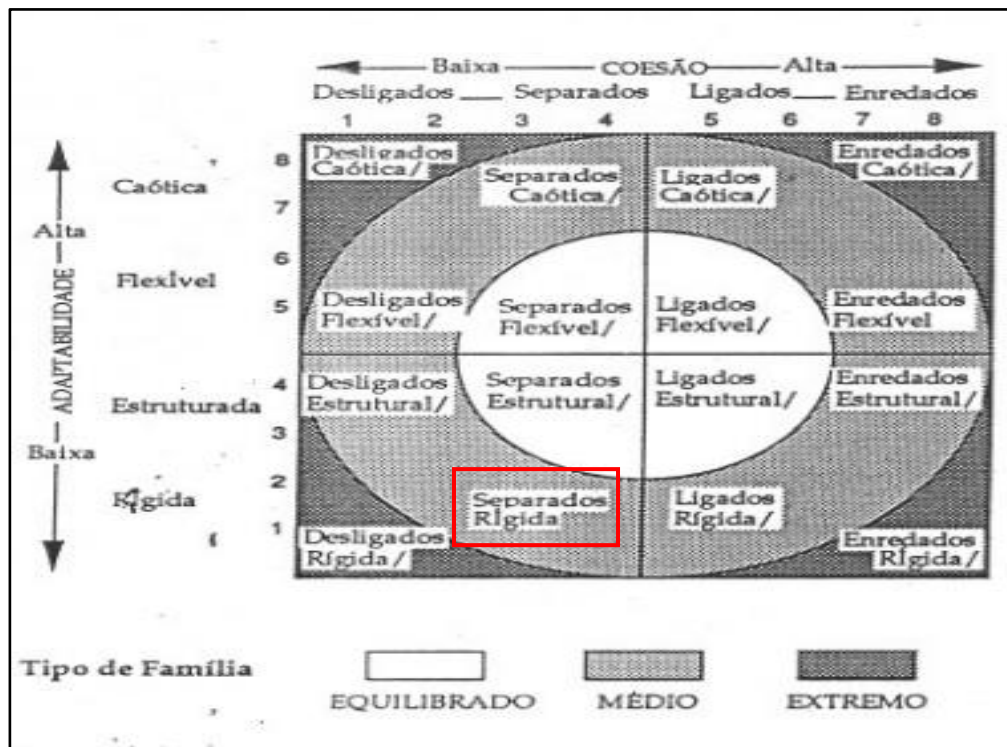


Figura 8 – Versão portuguesa do Modelo de Olson⁷

A nível da dimensão da coesão, estamos perante uma família com uma relação separada onde se denota alguma separação emocional (mas não extrema), com pouco envolvimento entre G. e R. sendo o tempo passado um com o outro considerado pouco importante.

A nível da adaptabilidade, estamos perante uma família rígida em que G. quer ter o controlo, impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras, ao não aceitar a ajuda que necessita.

Segundo o modelo aplicado, estamos perante uma família moderadamente equilibrada com alguma dificuldade na utilização dos seus canais de comunicação que facilite a possibilidade de mudança.

3.1 INSTRUMENTAL

Foi avaliado o aspeto instrumental do funcionamento da família com base na Escala de Barthel que avalia o nível de independência de G. na realização de dez atividades básicas de vida diárias (ABVD) (Figura 9)

⁷ Caeiro, R. (1991) – Registos Clínicos em Medicina Familiar. Disponível em: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>

1. Alimentação	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

Figura 9 – Aplicação da escala de Barthel⁸

Podemos então verificar que G. apresentou a pontuação máxima na escala revelando um nível de total independência na realização das suas ABVD.

Apesar de G. ser independente na realização das suas ABVD, apresenta uma marcha comprometida com necessidade de utilizar bengala, canadiana ou tripé e um historial de

⁸ Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

quedas recentes. Por esta razão foram aplicadas a Escala da Marcha de Holden (Figura 10) e a Escala de Quedas de Morse (Figura 11).

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Figura 10 – Aplicação da Escala da Marcha de Holden⁹

⁹ Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Figura 11 – Aplicação da Escala de Quedas de Morse¹⁰

Pela aplicação das escalas acima verificamos que G. anda de forma independente em superfícies planas, mas necessita de ajuda em escadas ou pisos não planos e apresenta um alto risco de queda com uma pontuação de 80 na Escala de Quedas de Morse.

Foi também aplicada a Escala de Lawton & Brody que permitiu avaliar a autonomia de G. para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Figura 12).

¹⁰ Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

<p>1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utiliza o telefone por iniciativa própria</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de marcar bem alguns números familiares</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar</p> <p><input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone</p> <p>2- FAZER COMPRAS</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza todas as compras necessárias independentemente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realiza independentemente pequenas compras</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra</p> <p><input type="checkbox"/> É totalmente incapaz de comprar</p> <p>3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições</p> <p>4- TAREFAS DOMÉSTICAS</p> <p><input type="checkbox"/> Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica</p>	<p>5- LAVAGEM DA ROUPA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lava sozinho toda a sua roupa</p> <p><input type="checkbox"/> Lava sozinho pequenas peças de roupa</p> <p><input type="checkbox"/> A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros</p> <p>6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE</p> <p><input type="checkbox"/> Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado</p> <p><input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros</p> <p><input type="checkbox"/> Não viaja</p> <p>7- MANEJO DA MEDICAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas</p> <p><input type="checkbox"/> Toma a medicação se a dose é preparada previamente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não é capaz de administrar a sua medicação</p> <p>8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS</p> <p><input type="checkbox"/> Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz de manusear o dinheiro</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 12 – Aplicação da Escala de Lawton & Brody¹¹

Com a avaliação da escala acima obtemos uma pontuação de 5 que corresponde a uma dependência moderadas por parte de G. na realização das AIVD.

De salientar que durante a avaliação desta família, e na sequência da consulta de neurologia, G. realizou uma avaliação neuropsicológica cujos resultados obtidos nas provas de rastreio cognitivo sugerem a “(...) presença de défice cognitivo multidomínios, com défices significativos de funções executivas, memória (...), atenção, retenção e linguagem. (...) a paciente apresenta sintomatologia de ansiedade generalizada com significado clínico (ansiedade ligeira) e sintomatologia depressiva ligeira. Manifesta uma

¹¹ Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

boa satisfação com a vida, bem como um rico bem estar subjetivo, uma boa afetividade, mas no entanto exibe alterações significativas sugestivas de perturbação emocional observando-se pontuações superiores à média normativa nos domínios das obsessões/compulsões, depressão e ansiedade” (Fermino, 2024, p. 15).

3.2 EXPRESSIVA

Comunicação Emocional

Durante a entrevista com R. foi manifestado por este que quando está com G. quase sempre discutem e não expressa sentimentos de afeição por G. Não existem grandes laços de afetividade entre ambos e não é possível comunicarem acerca das suas emoções.

Comunicação Verbal

A comunicação verbal entre G. e R. é feita principalmente por telefone, pois estão poucas vezes juntos. É uma comunicação não eficaz e pouco efetiva. Apresentam pontos de vista completamente opostos em relação ao mesmo assunto e acabam por não conseguir chegar a nenhum consenso.

G. não é clara e direta no discurso e a forma como se expressa tem um impacto negativo no seio familiar, acabando por afastar os restantes membros da família.

Comunicação Não Verbal

A expressão facial de G. durante as visitas domiciliárias demonstram desinteresse e pouca atenção.

Comunicação Circular

Nesta família existe um padrão circular comum entre R. e G. As reações e comportamento de G. enquanto mãe influencia agora as ações de R. para com ela que reforça ainda mais o comportamento de G.

G. foi uma mãe que criou poucos vínculos afetivos com os seus filhos enquanto estes eram mais novos, logo isto influencia o modo distante como os seus filhos se comportam com ela e, por sua vez, este comportamento por parte dos filhos afasta e isola cada vez mais G.

Solução de Problemas

A presença de algum défice cognitivo e perda de memória por parte de G. foi detetado em consulta por parte da enfermeira de família traduzindo-se em incumprimento terapêutico e não adesão ao plano de saúde.

A família está com dificuldade em dar uma solução eficaz ao problema, em parte porque não acreditam e não aceitam o problema, apresentando alguma relutância em aceitar ajuda.

G. apresenta alguma relutância em aceitar recursos externos para a ajudar, nomeadamente a família alargada ou mesmo recursos da comunidade.

Papéis

G. ao viver sozinha dependente da sua reforma assume, por um lado, o papel de provedor e, por outro, o de “bode expiatório” pois é vista pelos membros da família como uma pessoa inflexível, com características fixas, pouco envolvida e despreocupada com a família.

E. assume o papel de pacificadora pois tem uma posição mais neutra no sistema familiar e tenta ser a mediadora nos conflitos entre G. e R.

R., é visto por E. como um “bom filho” que tenta fazer o que pode para ajudar G.

Influência e Poder

G. ocupa um lugar de poder, tomada de decisão e responsabilidade no sistema familiar pois apresenta dificuldade em aceitar partilhar as decisões com os restantes membros.

R. tenta impor perante G. a sua influência para que esta aceite ajuda do apoio domiciliário ou que aceite ir para um centro de dia. Também podemos dizer que R. tem algum poder financeiro sobre G. porque a sua conta bancária é partilhada com aquele. É manifestado por R. que G. não tem capacidade de gestão financeira, por ser muito supérflua e, muitas vezes, pede dinheiro a R.

E. apresenta alguma frustração por não conseguir que a sua ajuda seja valorizada por G.

Crenças

A família Casal não apresenta fortes crenças espirituais nem religiosas. No entanto, a obsessão que G. tem pela limpeza e arrumação faz com que acredite que só ela sabe limpar a sua habitação sendo esta crença constrangedora a aceitar ajuda de outras pessoas para o fazerem.

G. considera-se uma pessoa muito conhecida e importante na zona onde reside, logo aceitar ajuda de recursos, como apoio domiciliário, é reconhecer que está doente perante a comunidade.

R. não tem perceção do estado de saúde de G. porque acredita que grande parte do problema está no carácter difícil de G.

E. reconhece que G. tem falhas na memória, mas acredita que a personalidade de G. não permite a resolução do problema.

Alianças e Uniões

E. e R., neste momento, criaram uma aliança na tentativa de influenciar G. a aceitar que necessita de alguma ajuda na tomada de decisões.

4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Com base na colheita de dados e determinação de focos de atenção em enfermagem, foram elaborados diagnósticos de enfermagem, implementadas as respetivas intervenções e avaliados os resultados esperados.

No quadro abaixo encontra-se o plano de cuidados individual de G. e, de seguida, o plano de cuidados da família elaborado na taxonomia CIPE e com algumas adaptações do SClínico.

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continua)

Foco de Atenção	MEMÓRIA
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (18.06.2024)
- Avaliar memória	- Deteriorização muito evidente da memória recente que se verifica no discurso superficial
Diagnóstico de Enfermagem	- Memória de curto prazo comprometida
Resultados Esperados	- Estabilizar a memória a curto prazo
Intervenções de Enfermagem	- Vigiar memória - Incentivar envolvimento da família - Incentivar interação social - Orientar para médico - Planear consulta
Avaliação dos resultados	- Encaminhada para consulta de neurologia (18.06.2024) - Realizou consulta de neurologia a 26.07.2024 (16.09.2024)

Foco de Atenção	CONFUSÃO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (18.06.2024)
- Avaliar confusão	- Escala de Confusão NEECHAM – score 24 - confusão ligeira ou início de desenvolvimento
Diagnóstico de Enfermagem	- Confusão
Resultados Esperados	- Evitar agravamento do estado confusional
Intervenções de Enfermagem	- Incentivar apoio/suporte da família - Incentivar interação social - Ensinar sobre recursos da comunidade - Incentivar a aceitar recursos da comunidade
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- Mantém estado confusional - Não aceita apoio - Pouco envolvimento da família

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continuação)

Foco de Atenção	GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados
- Avaliar gestão do regime terapêutico	- Não demonstra capacidade para gerir regime de exercício (18.06.2024) - Não demonstra capacidade para gerir regime dietético (18.06.2024) - Não demonstra capacidade para gerir regime medicamentoso (19.06.2024)
- Avaliar conhecimento sobre regime dietético, regime de exercício físico e regime medicamentoso	- Não tem conhecimento sobre dieta recomendada, descreve alguns alimentos a evitar, não prepara os alimentos (18.06.2024) - Reconhece a importância do exercício físico (18.06.2024) - Não sabe o efeito pretendido dos medicamentos, não descreve efeitos secundários/interação com outros medicamentos (19.06.2024)
- Avaliar adesão ao regime terapêutico	- Vai sempre comer ao restaurante, come o menu do dia (18.06.2024) - Não realiza exercício físico (18.06.2024) - Não cumpre medicação preparada pela farmácia (19.06.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	- Gestão do regime terapêutico, comprometido
Resultados Esperados	- Gestão do regime terapêutico eficaz
Intervenções de Enfermagem	- Incentivar gestão ao regime terapêutico; - Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico - Incentivar hábitos alimentares saudáveis - Ensinar sobre padrão de exercício - Incentivar envolvimento da família na gestão do regime terapêutico
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- Mantém refeições em restaurante - Não faz exercício físico - Não cumpre medicação preparada pela farmácia
Foco de Atenção	GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso	- Não providencia o medicamento - Não ajusta o horário e dose do medicamento - Não prepara o medicamento
- Avaliar potencial para melhorar a capacidade para gerir regime medicamentoso	- Tem condições físicas - Sem perceção do seu estado de saúde - Sem envolvimento no processo de ensino/aprendizagem
Diagnóstico de Enfermagem	- Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continuação)

Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar envolvimento da família na gestão do regime medicamentoso - Incentivar recursos da comunidade - Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém medicação preparada pela farmácia - Sem capacidade para gestão do regime medicamentoso

Foco de Atenção	COMPORTAMENTO DE ADESÃO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados
- Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	<ul style="list-style-type: none"> - Não procura auxílio dos profissionais de saúde (18.06.2024) - Não demonstra adotar modificações comportamentais (18.06.2024) - Não demonstra importância de comparecer às consultas de seguimento (18.06.2024) - Não demonstra adquirir os medicamentos prescritos (19.06.2024) - Não demonstra tomar a medicação de forma apropriada (19.06.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	- Comportamento de adesão, comprometido
Resultados Esperados	- Comportamento de adesão
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão - Ensinar sobre complicações de não adesão ao regime terapêutico - Ensinar sobre comportamento de adesão - Incentivar comportamento de adesão - Negociar adesão ao regime terapêutico - Promover consciencialização - Negociar contrato de saúde - Incentivar procura dos serviços de saúde
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- Sem adesão ao regime terapêutico

Foco de Atenção	COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (18.06.2024)
- Avaliar comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Não procura corretamente informações de acordo com o seu estado de saúde - Não realiza exames e/ou consultas de vigilância preconizadas

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continuação)

- Avaliar conhecimento sobre comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Não demonstra comportamento de procura de saúde - Não demonstra estratégias para comportamento de procura de saúde - Demonstra conhecimento sobre serviços de saúde - Não demonstra conhecimento sobre recursos da comunidade
Diagnóstico de Enfermagem	- Comportamento de procura de saúde não demonstrado
Resultados Esperados	- Comportamento de procura de saúde demonstrado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre comportamento de procura de saúde - Ensinar sobre recursos da comunidade - Incentivar comportamento de procura de saúde - Orientar para o serviço de saúde - Envolver a família - Planear consultas - Planear exames
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou análises após telefonemas da enfermeira de família a relembrar - Cunhada veio entregar resultados - Filho acompanhou a consulta de neurologia e exames

Foco de Atenção	RISCO DE ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados
- Avaliar Risco do Pé Diabético	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sinais de neuropatia, isquemia ou úlcera. Algumas calosidades, sem calçado apropriado, antecedentes de úlcera (18.06.2024) - Score 4 pé direito e score 6 no pé esquerdo (18.06.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	- Úlcera, risco de úlcera diabética em grau elevado
Resultados Esperados	- Não apresente úlcera diabética
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco pé diabético 1 a 3 meses - Ensinar sobre autovigilância dos pés - Ensinar sobre calçado apropriado - Incentivar os cuidados aos pés - Ensinar sobre complicações - Ensinar sobre procura dos serviços de saúde
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém risco de úlcera diabética em grau elevado - Tem calçado apropriado - Refere cuidados a ter com os pés - Não realiza autovigilância dos pés

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continuação)

Foco de Atenção	HIPERTENSÃO
Diagnóstico de Enfermagem	- Hipertensão presente, em grau reduzido (18.06.2024) - Hipertensão presente, em grau moderado (19.06.2024)
Resultados Esperados	- Hipertensão ausente
Intervenções de Enfermagem	- Monitorizar pressão arterial - Monitorizar frequência cardíaca - Monitorizar peso corporal - Monitorizar índice de massa corporal (IMC) - Monitorizar perímetro abdominal - Monitorizar uso do tabaco - Monitorizar abuso de álcool - Avaliar adesão ao regime terapêutico (regime dietético, regime de exercício, regime medicamentoso) - Ensinar sobre dieta - Incentivar atividade física - Incentivar hábitos alimentares saudáveis
Avaliação dos resultados	- Peso – 59Kg, Altura – 160 cm, IMC – 23 Kg/m ² , Perímetro Abdominal – 80 cm - Tensão arterial: 141 /60 mmHg e frequência cardíaca: 72 batimentos por minuto - Não cumpre regime terapêutico (18.06.2024) - Não fuma e não consome bebidas alcoólicas (18.06.2024) - Tensão arterial: 159/72 mmHg e frequência cardíaca: 83 batimentos por minuto - Não cumpre regime terapêutico (19.06.2024) - Tensão arterial: 160/81 mmHg e frequência cardíaca: 88 batimentos por minuto - Não cumpre regime terapêutico (19.09.2024)

Foco de Atenção	ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (18.06.2024)
- Avaliar conhecimento sobre a doença	- Demonstra familiaridade com o nome da doença - Não demonstra descrição do processo de doença - Não demonstra descrição de sinais e sintomas - Não demonstra descrição do curso da doença - Não demonstra descrição das complicações
- Avaliar aceitação do estado de saúde	- Demonstra sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde - Não demonstra abandono do conceito da condição de saúde anterior

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(continuação)

	<ul style="list-style-type: none"> - Não demonstra reações/sentimentos/crenças positivas perante a nova condição de saúde - Não demonstra consciencialização da realidade da nova condição de saúde - Não demonstra motivação/envolvimento/procura de informação com vista a enfrentar a nova condição de saúde - Não desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde
Diagnóstico de Enfermagem	Aceitação do estado de saúde comprometida
Resultados Esperados	Aceitação do estado de saúde não comprometida
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre doença - Ensinar sobre complicações da doença - Ensinar sobre a prevenção de hipoglicemia - Ensinar sobre sinais de hipo / hiperglicemia - Incentivar o envolvimento da família - Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde - Encorajar aceitação do estado de saúde - Ensinar sobre estratégias adaptativas - Incentivar aceitação do estado de saúde - Promover consciencialização
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Continua a não demonstrar consciencialização da realidade da nova condição de saúde - Não demonstra motivação/envolvimento/procura de informação com vista a enfrentar a nova condição de saúde - Não desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde

Foco de Atenção	QUEDA
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a marcha - Avaliar o risco de queda 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Marcha de Holden: anda de forma independente em superfícies planas, mas necessita de ajuda em escadas ou pisos inclinados - Apresenta um alto risco de queda com uma pontuação de 80 na Escala de Quedas de Morse
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> - Não demonstra conhecimento sobre prevenção de quedas
Diagnóstico de Enfermagem	Alto risco de Queda Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de quedas

Quadro 2 – Plano de Cuidados Individual de G.
(conclusão)

Resultados Esperados	Prevenir quedas
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Escala de Marcha de Holden - Aplicar a Escala de Quedas de Morse - Ensinar sobre prevenção de quedas - Ensinar sobre o uso de calçado adequado à prevenção de quedas - Incentivar a utilizar os auxiliares de marcha
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém alto risco de queda - Utiliza os auxiliares de marcha

Foco de Atenção	SOLIDÃO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
- Avaliar solidão	- Apresenta sinais de solidão, não expressa isolamento, expressa ser incompreendida, não expressa exclusão, apresenta dificuldade em estabelecer contacto com outras pessoas
Diagnóstico de Enfermagem	- Solidão
Resultados Esperados	- Evitar a solidão
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar suporte emocional; - Envolver a família; - Incentivar a interação social; - Incentivar a atividade recreativa; - Incentivar a comunicação de emoções.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém-se em casa sozinha; - Sem atividades recreativas; - Sai apenas para ir ao cabeleireiro, restaurante e compras

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família Casal
(continua)

Foco de Atenção	RENDIMENTO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar rendimento familiar - Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimento Familiar de grau 3 (Escala de Graffar) (19.06.2024); - G. refere que ganha pouco para as despesas que tem (19.06.2024); - Filho R. refere que G. tem uma reforma acima dos 900 euros e chega a meio do mês sem dinheiro porque não o sabe gerir (16.09.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	Não demonstra conhecimento sobre gestão de rendimentos

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família Casal
(continuação)

Resultados Esperados	Que a família demonstre conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Escala de Graffar; - Promover a gestão do rendimento familiar; - Incentivar o envolvimento da família; - Negociar o envolvimento da família na gestão do rendimento.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - G. continua a gerir de forma autónoma os seus rendimentos que não chegam para as suas despesas; - Filho R. diz que G. continua a pedir-lhe dinheiro quando esta gasta os seus rendimentos.

Foco de Atenção	HABITAÇÃO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o tipo de habitação - Avaliar habitação - Avaliar conhecimento sobre riscos de habitação não segura 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitação de grau 3 (Escala de Graffar); - Habitação com escadas interiores e exteriores, com tapetes e mobiliário não organizado (em zonas de passagem), quarto no 1º andar; - Não demonstra conhecimento sobre riscos de habitação não segura
Diagnóstico de Enfermagem	Edifício Residencial Não Seguro
Resultados Esperados	Edifício Residencial Seguro
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Escala de Graffar; - Identificar o tipo de habitação; - Ensinar sobre os riscos da presença de barreiras arquitetónicas; - Requerer serviço social; - Incentivar a aceitar apoio domiciliário.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de menos barreiras arquitetónicas (mobiliário organizado e zonas de passagem livres); - Recusa apoio domiciliário.

Foco de Atenção	HABITAÇÃO
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre habitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em conseguir a gestão da organização da casa: aglomeração de louça, objetos espalhados e roupa acumulada pelas divisões; - Tem noção dos riscos de deficiente higiene habitacional. Refere estar em obras: paredes e tetos com manchas e tinta a sair, pavimento sujo; - Não demonstra conhecimento sobre governo da casa.

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família Casal
(continuação)

Diagnóstico de Enfermagem	Edifício Residencial Negligenciado
Resultados Esperados	Edifício Residencial Não Negligenciado
Intervenções de Enfermagem	- Instruir sobre governo da casa; - Motivar a família para se envolver na gestão do governo da casa; - Requerer serviço social; - Incentivar a aceitar apoio domiciliário.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- Paredes, tetos e pavimentos limpos; - Mantém aglomeração de louça, objetos espalhados e roupa acumulada pelas divisões; - Renitência da família em se envolver na gestão do governo da casa.

Foco de Atenção	PRECAUÇÃO DE SEGURANÇA
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (19.06.2024)
- Avaliar conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	- Não demonstra conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Diagnóstico de Enfermagem	Precaução de Segurança Não Demonstrada
Resultados Esperados	Adoção de estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Intervenções de Enfermagem	- Motivar a família a adotar estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- G. recusa habitar apenas o piso de baixo da habitação - G. recusa tirar os tapetes das zonas de passagem

Foco de Atenção	PROCESSO FAMILIAR
Intervenção de Diagnóstico	Resultados
- Avaliar comunicação familiar	- Falta de clareza no discurso de G. (21.06.2024) - Insatisfação na forma de expressão de sentimentos (16.09.2024) - Insatisfação sobre a forma como se comunica (16.09.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	- Processo Familiar comprometido
Resultados Esperados	- Comunicação familiar eficaz
Intervenções de Enfermagem	- Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família Casal
(continuação)

	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a comunicação na família - Incentivar a rituais na família - Otimizar padrão de assertividade
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Família mantém dificuldades na comunicação; - Filho R. refere que irá tentar visitar G. mais vezes.
Foco de Atenção	PROCESSO FAMILIAR
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (18.06.2024)
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar coping familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de iniciativa de R. de resolver os problemas (18.06.2024) - Insatisfação de R. com a forma como se discutem os problemas (16.09.2024) - G. não aceita ajuda de recursos externos (18.06.2024)
Diagnóstico de Enfermagem	- Processo Familiar comprometido
Resultados Esperados	- Coping familiar eficaz
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar apoio/suporte da família; - Incentivar envolvimento familiar; - Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes; - Promover estratégias de coping eficazes.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - R. agilizou apoio domiciliário para ajudar G.; - G. recusou apoio domiciliário; - Não chegam a um consenso para a solução do problema.

Foco de Atenção	PROCESSO FAMILIAR
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (16.09.2024)
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar interação de papéis familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Interação de papéis comprometida por G. assumir papel de provedor e gestão financeira; - Não há consenso do papel entre R. e G.; - Há conflito do papel entre R. e G.
Diagnóstico de Enfermagem	- Processo Familiar comprometido
Resultados Esperados	- Interação de papéis familiares eficaz
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na identificação dos papéis familiares; - Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família; - Orientar para serviços sociais (centro de dia).
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	<ul style="list-style-type: none"> - G. recusa ir para centro de dia; - G. quer manter o papel de provedor e gestão financeira.

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família Casal
(conclusão)

Foco de Atenção	PROCESSO FAMILIAR
Intervenção de Diagnóstico	Resultados (16.09.2024)
- Avaliar relação dinâmica	- Relação dinâmica comprometida por família desmembrada e rígida.
Diagnóstico de Enfermagem	- Processo Familiar comprometido
Resultados Esperados	- Relação Dinâmica Funcional
Intervenções de Enfermagem	- Otimizar padrão de ligação entre R. e G.; - Otimizar comunicação na família.
Avaliação dos resultados (19.09.2024)	- Mantém relação dinâmica disfuncional

APÊNDICE X – FORMAÇÃO “PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SCLINICO”

Apêndice X – Formação “Programa de Saúde da Família do SCLínico”



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SCLÍNICO

Pedro Sousa
Vera Barbosa

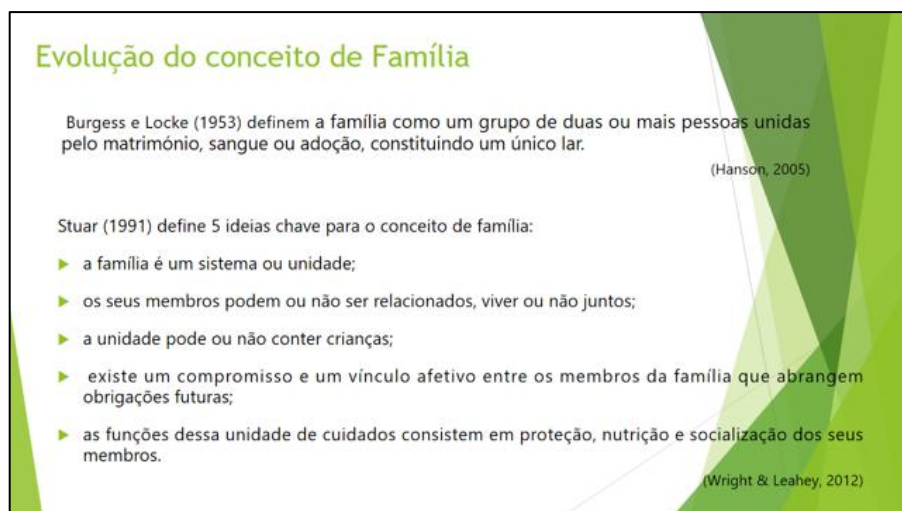
13 de dezembro de 2024





Conteúdos

- ▶ Evolução do conceito de Família
- ▶ Enfermagem de Saúde Familiar
- ▶ Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF
- ▶ MDAIF - Matriz Operativa
- ▶ MDAIF - Dimensões
- ▶ Referências Bibliográficas



Evolução do conceito de Família

Burgess e Locke (1953) definem a família como um grupo de duas ou mais pessoas unidas pelo matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar.
(Hanson, 2005)

Stuar (1991) define 5 ideias chave para o conceito de família:

- ▶ a família é um sistema ou unidade;
- ▶ os seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos;
- ▶ a unidade pode ou não conter crianças;
- ▶ existe um compromisso e um vínculo afetivo entre os membros da família que abrangem obrigações futuras;
- ▶ as funções dessa unidade de cuidados consistem em proteção, nutrição e socialização dos seus membros.

(Wright & Leahey, 2012)

Apêndice X – Formação “Programa de Saúde da Família do SClínico”

Enfermagem de Saúde Familiar

- ▶ Tem como foco de atenção as **dinâmicas internas da família e as suas relações**, a **estrutura da família e o seu funcionamento**, assim como o **relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente** e que geram mudanças nos processos intra-familiares e na interação da família com o seu ambiente.

(OE, 2011)

- ▶ Tem sido desenvolvida, no domínio teórico, com base em modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar.

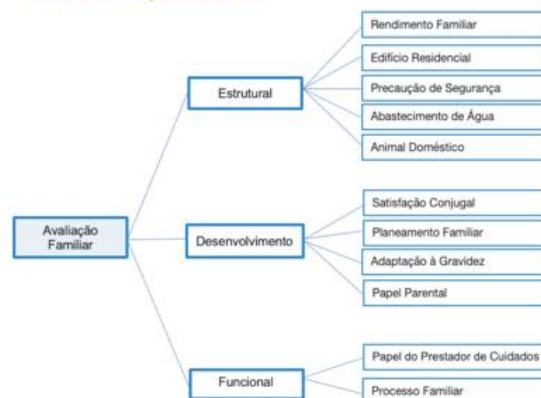
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF

- ▶ Considera os Cuidados de Saúde Primários como contexto de excelência para a prestação de cuidados à família, na comunidade onde se encontra, enquanto unidade e alvo de cuidados.

(Figueiredo, 2012)

- ▶ A sua matriz operativa, com a respetiva tradução para a nomenclatura CIPE, faz parte do SClínico que integra, na sua estrutura, o Programa de Saúde da Família que permite o registo dos cuidados prestados às famílias.

MDAIF - Matriz Operativa



(Figueiredo, 2012)

Apêndice X – Formação “Programa de Saúde da Família do SClínico”

MDAIF -Dimensões

- ▶ Dimensão Estrutural - incide sobre a **estrutura da família**, visando identificar a **composição da mesma**, os **vínculos existentes** entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas mais amplos;
- ▶ Dimensão de Desenvolvimento - implica o reconhecimento da **etapa do ciclo vital** e a **identificação dos seus processos evolutivos associados às transições** familiares específicas e **características** de cada família;
- ▶ Dimensão Funcional - refere-se aos **padrões de interação familiar que permitem o desenvolvimento das funções e tarefas familiares**.

(Figueiredo, 2012)

Referências Bibliográficas

- ▶ Wright, L., Leahey, M. (2012) - *Enfermeiras e Família – Um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Roca
- ▶ Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora. Sintra
- ▶ REGULAMENTO N. 126/2011 DE 18 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: II Série, No 35 (2011): Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0866008661.pdf>
- ▶ Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência. Loures

APÊNDICE XI – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Apêndice XI - Instrumento de recolha de dados

Cuidar: uma parceria entre a família e o enfermeiro dos cuidados de saúde primários

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de saúde familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, as mestrandas Ana Roque, Filipa Pereira e Vera Barbosa encontram-se a realizar a Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP”.

Para elaboração do Relatório Final iremos realizar um trabalho de investigação inserido no projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, com o objetivo de caracterizar as atitudes dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes:

- Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional;
- Parte II – Escala IFCE-AE “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” (Barbieri, *et al.*, 2009). O presente questionário é anónimo e confidencial, as respostas serão usadas, exclusivamente, para fins académicos e os dados só serão guardados até à apresentação científica dos resultados.

Informamos que a sua participação é voluntária podendo desistir a qualquer momento, não existindo riscos ou custos associados à participação neste estudo.

Ao responder a este questionário está a dar o seu consentimento explícito para a participação no estudo. Caso tenha alguma dúvida, envie-nos um e-mail para trabalhoinvestigacaoleiria2024@gmail.com

A sua colaboração é muito importante para nós. Obrigada!

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade (em anos): _____

3. Estado Civil

- Solteiro
- União de facto/casado
- Separado/Divorciado
- Viúvo

4. Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Possui alguma formação académica adicional?

- Pós-graduação
- Especialização
- Outra
- Não possui

6. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização:

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Médico-Cirúrgica

7. Categoria Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor

8. ULS onde trabalha: _____

9. Tempo de exercício Profissional: _____ anos

10. Contexto atual de Prestação de Cuidados de Enfermagem

- Unidade de Saúde Familiar
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- Unidade de Cuidados na Comunidade

11. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da Enfermagem de Família?

- Sim
- Não

12. Se respondeu “Sim” na questão anterior, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

- Contexto Académico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique _____

PARTE II – QUESTIONÁRIO: FAMILIES' IMPORTANCE IN NURSING CARE – NURSES ATTITUDES (FINC-NA)

Versão Original: Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B.I (2008)

Versão portuguesa: Oliveira *et al.* (2009)

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos. Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente

Nº	Questões	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 contato 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 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	Procuro 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 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 situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O PROJETO 'CUIDARFAM'

ANEXO I - 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 (ESEnC)**

Parecer N.º P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade¹, Carolina Miguel Henriques² outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: ¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; ² 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 os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Boalheiro



ANEXO II – CERTIFICADOS DE PRESENÇA EM FORMAÇÕES

Certificado de Presença: I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Familiar



CERTIFICADO

Certifica-se que **Vera Patrícia Caldeira Barbosa** participou no I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar no dia 6 de abril de 2024, entre as 9h00 e as 17h30, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

 <p>Ordem dos Enfermeiros GABINETE DO BASTONÁRIO</p>	<p>III CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS</p> <p>Tempo de Respostas</p> <p>21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024 CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA</p>	
<h2>CERTIFICADO DE PRESENÇA</h2>		
<p>Certifica-se que</p>		
<p>VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA</p>		
<p>membro nº 45147 desta Ordem, esteve presente na III Convenção Internacional dos Enfermeiros "Tempo de respostas", nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024, com duração de 12 horas, em Fátima.</p>		
<p>Fátima, 23 de Novembro de 2024</p>		
<p>O Bastonário</p>		
		
<p>Luis Filipe Barreira</p>		
		
<p>Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75 · 1700-028 Lisboa · (+351) 218 455 230 · bastonario@ordemenfermeiros.pt · ordemenfermeiros.pt</p>		
		



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA

membro nº 45147 desta Ordem, participou no(a) "Webinar Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade", realizado no dia 22 de Janeiro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 22 de Janeiro de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

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



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Vera Patrícia Caldeira Barbosa

participou no **International Congresso Family Health (ICFH'25)** que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 14 de fevereiro de 2025

Diretor ESSUA/UA

Presidente da Comissão Científica



Certificado de Presença: Webinar - Circuitos de Referência do doente para a RNCCI



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA

membro nº 45147 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - " Circuitos de referência do doente para a RNCCI", realizado no(s) dia(s) no dia 18 de Fevereiro de 2025, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

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

Certificado de Presença: Webinar: Vacinação na Comunidade - O papel transformador dos enfermeiros

CERTIFICADO

Certifica-se que

Vera Patrícia Caldeira Barbosa

natural de Montlijo, nascido(a) em 01-03-1981,
titular do n.º de identificação 11933436, válido até 27-02-2029,
frequentou o curso de Formação Profissional:

**WEBINAR: VACINAÇÃO NA
COMUNIDADE - O PAPEL
TRANSFORMADOR DOS ENFERMEIROS**

a partir de 21-03-2025 com a duração de 1 hora.
Certificado n.º 4533/2025 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
Plano Nacional de Vacinação e vacinas abrangidas	0,25
Os diferentes tipos de vacinas existentes	0,25
Os diferentes esquemas vacinais, regras e vias existentes	0,25
Procedimentos de administração, períodos pré e pós-vacinal e contraindicações	0,25

O responsável pela unidade formadora,

Hugo Belchior **bwizer.**
your evolution

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com

Certificado de Presença: EaQ - A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA PATRÍCIA CALDEIRA BARBOSA

membro nº 45147 desta Ordem, participou no(a) "EaQ - A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem", realizado no dia 27 de Março de 2025, com duração total de 2H, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 27 de Março de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

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

Certificado de Formação: Curso de Prevenção e Tratamento de Feridas

 	CERTIFICADO DE FORMAÇÃO
CEFOLGEST FORMAÇÃO E CONSULTORIA, LDA. Praça Manuel Fernandes da Silva, nº 78 4715-244 Braga, Portugal NIF: 507825772 E-mail: info@cursosemsaude.com.br	
Certifica-se que <u>Vera Barbosa</u> , concluiu com aproveitamento o curso de <u>Prevenção e Tratamento de Feridas</u> com duração de 25 horas , em 03.04.2025	
Braga, 03.04.2025	
A Responsável da Cefolgest,  <small>Nome: Vera Barbosa NIF: 507825772 VIA: 507825772 www.cefolgest.com.br</small>	
MCD.082.00	 EFOLgest FORMAÇÃO CERTIFICADA

Certificado de Presença: Webinar: Práticas de Enfermagem para a capacitação eficaz dos cuidadores informais

CERTIFICADO

Certifica-se que

Vera Patrícia Caldeira Barbosa

natural de Montijo, nascido(a)em 01-03-1981,
titular do n.º de identificação 11933436, válido até 27-02-2029,
frequentou o curso de Formação Profissional:

**WEBINAR: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
PARA A CAPACITAÇÃO EFICAZ DOS
CUIDADORES INFORMAIS**

a partir de 25-04-2025 com a duração de 1 hora.
Certificado n.º 4536/2025 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



bwizer.
your evolution



ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
Comunicação e Gestão de Emergências	0,25
Inovação Tecnológica no Cuidado	0,25
Cuidar do Cuidador	0,25
Formação e desenvolvimento de cuidadores mais seguros	0,25

O responsável pela unidade formadora,

Hugo Belchior **bwizer.**
your evolution

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com