



Acolhimento das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Um Olhar Sobre as Atitudes dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Autor: Filipa Vieira Neto Pereira

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Orientador: Prof.º Dr.º João Frade

Leiria

abril, 2025



Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob orientação científica do Professor Doutor João Frade, Professor coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

*"Em cada desafio, o abraço silencioso da família
ilumina o caminho, fazendo do sacrifício um gesto de amor e resiliência."*

(inspirado em Susanna Tamaro)

Agradecimentos

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei. Não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.(...)”

Chico Xavier

Dedico estas palavras de gratidão a todos os que me apoiaram na concretização deste trabalho, que representa um passo importante no meu percurso académico.

Agradeço a todos os professores da Escola Superior de Saúde de Leiria, que intervieram no meu processo de aprendizagem durante o meu percurso de aprendizagem neste curso de mestrado, em especial ao professor doutor João Frade, orientador do meu estágio, pela disponibilidade e paciência.

Expresso a minha profunda gratidão à enfermeira orientadora, pelo apoio, dedicação e paciência ao longo do estágio. O seu acompanhamento, disponibilidade e partilha de conhecimentos foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço à Vera, que conheci no contexto desta jornada, e que me acompanhou desde o primeiro dia, pelo apoio dado.

À Cris, agradeço de coração por ser ombro amigo, sempre presente no meu dia-a-dia, mesmo que à distância de um simples telefonema. O seu apoio, carinho e palavras de incentivo fizeram toda a diferença nesta jornada, tornando os desafios mais leves e os momentos de conquista ainda mais significativos.

À equipa de enfermagem do meu local de trabalho, em especial à Carla, agradeço a paciência e solidariedade nos momentos desafiadores, trazendo conforto e motivação.

Reconheço o apoio da minha família nesta caminhada, em especial dos meus pais e do meu irmão.

Agradeço ao meu marido e aos meus filhos, por serem apoio incondicional, sem julgamentos, apesar das minhas ausências e impaciências... Somos uma verdadeira família!

Resumo

Enquadramento: A participação da família no processo de cuidados constitui um fator potenciador de ganhos em saúde, sendo a atitude dos enfermeiros, face a esse envolvimento, influenciada por uma diversidade de fatores contextuais, profissionais e individuais (Ferreira & Kraus, 2023). 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-organizada, face aos processos de transição (Oliveira *et al.* 2011). Compreender a perspetiva dos enfermeiros relativamente à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem permitirá identificar os principais desafios e progressos requeridos no âmbito da ciência de enfermagem. Nesse sentido, pretende-se assegurar que a participação ativa das famílias se constitua como uma prática efetiva e transversal, em todas as áreas de intervenção do enfermeiro, independentemente da sua área de especialidade (Frade *et al.* 2021).

Objetivo: Compreender as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, no acolhimento familiar nos cuidados de enfermagem e entender a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e as essas atitudes.

Metodologia: Foi realizado um estudo inserido no projeto *CuidarFam*, de natureza quantitativa, com abordagem observacional, descritiva, analítica e transversal, implementado de forma pública, a 30 enfermeiros, através das redes digitais, direcionado aos enfermeiros de cuidados de saúde primários, das unidades locais de saúde da região centro (exceto a ULS Região de Leiria) e sul. Foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e pela escala da *Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros* (Oliveira *et al.* 2011).

Resultados: A maioria dos enfermeiros participantes é do género feminino, com média de idade de 43,17 anos, casados ou em união de facto, licenciados ou com grau de mestre e, em grande parte, com especialização em enfermagem. Têm, em média, 19,77 anos de exercício profissional, trabalham predominantemente em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e possuem formação em Enfermagem de Família.

Conclusões: Os enfermeiros apresentam atitudes de acolhimento à família nos cuidados de enfermagem, avaliado através da escala da *Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*. Verificou-se que a idade e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros têm impacto na atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermeiros; Família; Atitudes; Enfermagem Familiar; Cuidados de Saúde Primários

Abstract

Background: The involvement of the family in the care process constitutes a factor that enhances health outcomes, with nurses' attitudes toward this involvement being influenced by a variety of contextual, professional, and individual factors (Ferreira & Kraus, 2023). In order for nursing care to be family-centered, recognizing the family's multidimensionality and its competencies as a self-organized unit in the face of transitional processes is essential (Oliveira et al., 2011). Understanding nurses' perspectives regarding the inclusion of families in nursing care will make it possible to identify the main challenges and advances needed in the field of nursing science. In this sense, it is intended that the active participation of families becomes an effective and cross-cutting practice in all areas of nursing intervention, regardless of the nurse's area of specialization (Frade et al., 2021)

Objective: To understand the attitudes of primary health care nurses regarding family inclusion in nursing care and to explore the relationship between nurses' sociodemographic and professional variables and these attitudes.

Methodology: A study was conducted within the scope of the CuidarFam project, with a quantitative design and an observational, descriptive, analytical, and cross-sectional approach. It was publicly implemented with 30 nurses, through digital platforms, targeting primary health care nurses from local health units in the central (excluding the Leiria Region ULS) and southern regions. Data were collected using an instrument composed of a sociodemographic and professional characterization questionnaire and the *Importance of Family in Nursing Care – Nurses' Attitudes Scale* (Oliveira et al., 2011).

Results: The majority of participating nurses are female, with an average age of 43,17 years, married or in a domestic partnership, holding a bachelor's or master's degree, and mostly specialized in nursing. On average, they have 19,77 years of professional experience, work predominantly in Personalized Health Care Units, and have training in Family Nursing.

Conclusions: The nurses demonstrate welcoming attitudes toward the family in nursing care, as assessed by the *Importance of Family in Nursing Care – Nurses' Attitudes Scale*. It was found that nurses' age and years of professional experience have an impact on their attitudes toward family inclusion in nursing care.

Keywords: Nurses; Family; Attitudes; Family Nursing; Primary health care

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ABVD - Atividades básicas de vida diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades instrumentais de vida diária

ANOVA – *Analysis of Variance*

APGAR – *Adaptability, Partnership, GRowth, Affection, Resolve*

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ciTechCare - Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

EESF – Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEESCESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

f – Valor de significância das variâncias entre grupos

FACES - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*

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

IDE – Índice de Desempenho de Equipa

IDS – Índice de Desempenho Setorial

H – Hipótese de investigação

IFCE-AE - Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros

IFNA - *International Family Nursing Association*

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção da Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

n – Frequências absolutas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Valor de significância estatística (probabilidade)

P - Percentil

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas (continuação)

PNS – Plano Nacional de Saúde

Q – Quartil

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

SBC – *Strenghts-Based Care*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistics Package for Social Sciences*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS-RL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução	16
I. Contextos de Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar	18
1. Contexto dos Cuidados de Saúde Primários	18
2. Caracterização do Local de Estágio	19
2.1. Missão, Visão e Valores	19
2.2. Modelo de Funcionamento da USF	19
2.3. Recursos Humanos na USF	20
2.4. Índice de Desempenho da Equipa e Indicadores da Unidade Funcional	20
3. Consulta de Enfermagem	22
3.1. Programa da Carteira Básica de Serviços da USF	22
3.2. Consulta de Enfermagem no Domicílio	23
4. Caracterização da População	24
4.1. Caracterização das Famílias do Concelho B	24
4.2. Caracterização da População da USF	24
4.3. Caracterização dos Utentes do Polo 2	25
II. Revisão da Literatura - Família numa Perspetiva Sistémica	28
1. Teorias de Enfermagem Familiar	30
1.1. Teoria Geral dos Sistemas	30
1.2. Teoria da Cibernética	31
1.3. Teoria da Mudança	32
1.4. Pragmática da Comunicação Humana	33
1.5. Teorias da Terapia Familiar	34
1.6. Teoria das Transições	34
2. Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar	37
2.1. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família	37
2.1.1. <u>Modelo de Calgary de Avaliação da Família</u>	37
2.1.2. <u>Modelo de Calgary de Intervenção na Família</u>	43
2.2. Modelo Dinâmico De Avaliação e Intervenção Familiar	44
2.3. Modelo Circumplexo de Olson	47
2.4. Enfermagem Baseada nas Forças	48
3. Instrumentos de Avaliação Familiar	50
3.1. Genograma e Ecomapa	50
3.2. Escala de Graffar	51
3.3. Escala de FACES II	51

Índice (continuação)

3.4. Escala de APGAR Familiar de Smilkstein	52
3.5. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe	52
4. Atitudes dos Enfermeiros Face ao Acolhimento às Famílias	53
III. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	58
1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	58
1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	58
1.3. Gestão dos Cuidados	59
1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	59
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	60
2.1. Cuida a família enquanto unidade de cuidados	60
2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção familiar	62
IV. Prática Especializada Baseada na Evidência	64
1. Introdução à Prática Baseada na Evidência	64
2. Metodologia	65
2.1. Conceptualização do Estudo e Objetivos	65
2.2. Questões de Investigação	65
2.3. Hipóteses	66
2.4. Operacionalização das Variáveis	67
2.4.1. <u>Variável independente</u>	68
2.4.2. <u>Variável dependente</u>	69
2.5. População e Amostra	69
2.6. Tipo de Estudo	70
2.7. Instrumento de Colheita de Dados	71
2.8. Procedimentos de Colheita de Dados e Considerações Éticas	73
2.9. Tratamento e Análise dos Dados	73
3. Apresentação e Análise dos Resultados	75
3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros	75
3.2. Atitudes dos Enfermeiros Face à Família	82
3.3. Análise Inferencial das Hipóteses	86
4. Discussão dos Resultados	93

Índice (continuação)

Conclusão	98
Referências Bibliográficas	100

Anexos

Anexo I - Comprovativo de Comunicação Oral na USF “Visita Domiciliária de Enfermagem à Puérpera e ao Recém-Nascido”

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética - Projeto *Cuidarfam*

Apêndices

Apêndice I - Artigo Publicado no Jornal Digital *Info Saúde* n.º10 - "Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e à Puérpera até aos vinte e oito dias de Vida - Benefícios para a Família"

Apêndice II - Processo de Enfermagem da Família C. com Base no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família

Apêndice III - Questionário

Índice de Figuras

Figura 1: Número de famílias inscritas na USF C	25
Figura 2: Pirâmide etária representativa dos inscritos no polo 2, por género e grupo etário	25
Figura 3: Resultados de indicadores na área da vacinação – comparação entre o polo 2 e nacional/ARS/ACES/Unidade	26
Figura 4: Representação esquemática do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar	38
Figura 5: Diagrama da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	46

Índice de Quadros

Quadro 1: Indicador 296 – Visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido na USF C	21
Quadro 2: Operacionalização das variáveis independentes	68
Quadro 3: Operacionalização da variável dependente	69
Quadro 4: Itens da Escala IFCE-A, divididos por dimensões	72

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Gráfico de barras representativo das intervenções de enfermagem mais utilizadas no polo 2	27
Gráfico 2: Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao género	75
Gráfico 3: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à idade	76
Gráfico 4: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao grau académico	77
Gráfico 5: Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao título de especialista	78
Gráfico 6: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à categoria profissional	79
Gráfico 7: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao tempo de exercício profissional	80
Gráfico 8: Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao contexto de prestação de cuidados	81
Gráfico 9: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à existência de formação em enfermagem de família	81
Gráfico 10: Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao contexto da formação no âmbito da enfermagem de família	82
Gráfico 11: <i>Bloplot</i> para representação de percentis para as respostas à escala IFCE-AE (score total)	85

Índice de Tabelas

Tabela 1: Medidas de tendência central e de dispersão da variável idade	76
Tabela 2: Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto ao estado civil	77
Tabela 3: Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto à formação académica adicional	78
Tabela 4: Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto à ULS onde trabalha	79
Tabela 5: Medidas de tendência central e de dispersão da variável “Tempo de exercício profissional”	80
Tabela 6: Cálculo da fiabilidade da amostra para as dimensões e para o total da escala IFCE-AE	83
Tabela 7: Cálculo da normalidade da amostra para o total da escala IFCE-AE	83
Tabela 8: Cálculo da homogeneidade da amostra para o total da escala IFCE-AE	83
Tabela 9: Apresentação das medidas de tendência central, localização e dispersão para as dimensões e para o total da escala IFCE-AE	84
Tabela 10: Apresentação de percentis e quartis para as respostas à escala IFCE-AE (dimensões e score total)	85
Tabela 11: Classificação das dimensões e do score total da escala IFCE-AE de acordo com o intervalo entre quartis	86
Tabela 12: Apresentação dos testes paramétricos utilizados para a verificação de cada hipótese formulada	86
Tabela 13: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o género	87
Tabela 14: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a idade	88
Tabela 15: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o estado civil	88
Tabela 16: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o grau académico	89
Tabela 17: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a formação académica adicional	89
Tabela 18: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a área de especialização	90

Índice de Tabelas (continuação)

Tabela 19: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o título profissional	90
Tabela 20: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o tempo de exercício profissional	91
Tabela 21: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de prestação de cuidados	91
Tabela 22: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a existência de formação em enfermagem de família	92
Tabela 23: Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de formação em enfermagem de família	92

Introdução

A evidência científica, teórica e prática, revela a importância da família para a saúde, para a recuperação da doença e para o bem-estar dos seus membros. Assim, os cuidados de enfermagem deverão ser centrados na família, com responsabilidade e respeito, estabelecendo profundas avaliações, intervenções e práticas relacionais com a mesma (Wright & Leahey, 2005).

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) tem avançado no campo teórico com o surgimento de modelos e teorias voltadas para a avaliação e intervenção familiar, assim como na pesquisa que visa a transformação de paradigmas, destacando a família como foco de estudo. A investigação sobre o núcleo familiar tem produzido conhecimento com repercussões na saúde familiar, mantendo-se como prioridade devido ao seu papel na transição de um padrão focado na doença e no indivíduo, para um mais centrado na família e na saúde (Figueiredo, 2023a).

Em consonância com os enunciados anteriores, em Portugal, foi criada a Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), em 2018 (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

A integração das famílias no processo de cuidar implica transformações significativas na organização dos cuidados de saúde, bem como na natureza das relações estabelecidas entre a equipa de saúde, a pessoa e a sua família. Este processo exige a construção de uma relação interpessoal com caráter terapêutico e significado partilhado (Figueiredo, 2012). Para tal, torna-se essencial que os enfermeiros adotem uma atitude proativa de acolhimento da família como parceira efetiva nos cuidados, promovendo uma prática mais colaborativa e centrada na família (Wright & Leahey, 2005).

O presente relatório¹ está integrado na unidade curricular Ensino Clínico III – Estágio de Natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, e visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Os objetivos gerais deste relatório e deste ensino clínico são:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade;
- Aplicar, de forma rigorosa, o método científico na investigação em enfermagem.

Destes objetivos gerais emergem os seguintes objetivos específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de ESF;
- Utilizar, em contextos práticos, os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;

¹Este relatório teve como base as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria, aprovado em reunião plenária ordinária n.º 5 de 3 de julho de 2024 e ainda as normas APA, 7ª edição.

- Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva;
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e competências desenvolvidas;
- Desenvolver uma investigação científica orientada para a prática de enfermagem, aplicando de forma criteriosa o método científico como suporte à tomada de decisão clínica.

Definiram-se ainda os seguintes objetivos transversais:

- Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos;
- Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos conhecimentos.

A partir das premissas anteriormente delineadas, definiu-se o tema da presente investigação, tendo como questão central: Qual a atitude dos enfermeiros de cuidados de saúde primários no acolhimento da família nos cuidados de enfermagem?

Para responder à questão de investigação e aos objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, com abordagem observacional, descritiva, analítica e transversal, tendo sido implementado de forma pública, através das redes digitais, direcionado aos enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP), das unidades locais de saúde (ULS) da região centro (exceto a ULS Região de Leiria [ULS-RL]) e sul.

O relatório está dividido em quatro capítulos principais: Contextos de Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar; Revisão da Literatura – Família numa Perspetiva Sistémica; Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESCESF) e Prática Especializada Baseada na Evidência.

No primeiro capítulo, são apresentadas as características do contexto em que foram realizados os três ensinamentos clínicos inseridos neste curso de mestrado, neste caso uma USF. No segundo capítulo, apresenta-se uma revisão da literatura considerada pertinente, a qual abrange não apenas as principais teorias de enfermagem, mas também os modelos e os instrumentos de avaliação e intervenção familiar que se mostraram de maior relevância e coerência ao longo do percurso formativo profissional. No terceiro capítulo, faz-se referência às competências gerais do enfermeiro especialista e também às específicas do EEESCESF, acompanhadas de uma reflexão crítica sobre a forma como estas foram desenvolvidas e consolidadas ao longo dos ensinamentos clínicos realizados. Por último, o quarto capítulo, é dedicado à vertente investigativa, integrando a prática baseada na evidência enquanto pilar fundamental do exercício profissional em enfermagem. Neste contexto, é apresentado o estudo desenvolvido sobre as atitudes dos enfermeiros face à família, incluindo a fundamentação teórica, os pressupostos metodológicos e a análise crítica dos resultados obtidos, com vista à promoção de cuidados mais humanizados, centrados na família e sustentados pelo conhecimento científico.

I. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1. Contexto dos Cuidados de Saúde Primários

Os CSP têm como principal objetivo garantir o mais alto nível de saúde e bem-estar, constituindo o primeiro local de contacto dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde em Portugal (Silva, 2023).

Em 1971, através do Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, foram criados os primeiros centros de saúde em Portugal com funções preventivas e de saúde públicas, nomeadamente vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e atividades de autoridade sanitária, denominados centros de saúde de primeira geração (Branco & Ramos, 2001; Melo, 2021).

A segunda geração de centros de saúde teve início em 1983, após a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1979, e constituiu-se como um serviço de saúde nacional, universal, geral e gratuito, que não distingue os cuidados para regimes diferentes de trabalho de utentes. No entanto, os profissionais de saúde não se encontravam satisfeitos nem motivados e, nos anos 90, surgiram projetos experimentais de gestão e organização dos centros de saúde, que foram os motores para o desenvolvimento dos centros de saúde de terceira geração (Branco & Ramos, 2001; Melo, 2021).

Em 1999, começa a surgir a terceira geração de centros de saúde em Portugal, com a publicação do decreto-lei n.º 157/99 de 10 de maio. Neste, é defendida a multidisciplinariedade dos centros de saúde com foco, não nos cuidados médicos, mas sim no cidadão, e fala-se pela primeira vez da criação de USF, unidades com autonomia e gestão técnica e assistencial, com objetivo de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada, através da inscrição em listas de utentes (Melo, 2021).

Com o passar dos anos, foram surgindo propostas legislativas melhoradas e em 2005, aquando da criação da Missão os Cuidados de Saúde Primários, foram criadas, não só as USF, mas também os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), as UCSP, as UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), as URAP (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados), mantendo-se as USP (Unidades de Saúde Pública) (Melo, 2021).

As USF representam um modelo de organização associado a maior motivação dos profissionais e satisfação dos utentes, constituindo unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, voluntariamente constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

Recentemente, pelo decreto-lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, foram criadas as ULS, com efeitos a 1 de janeiro de 2024, que se caracterizam pela integração de hospitais e centros de saúde, abolindo os ACES. O objetivo foi descentralizar o domínio da saúde, promover a articulação entre as equipas dos profissionais de saúde, tendo em conta as experiências nos diferentes níveis de cuidados e aumentar a eficiência de gestão dos recursos públicos (Decreto-lei n.º 102/2023, 2023).

2. Caracterização do Local do Estágio

A USF onde foram desenvolvidos os estágios, doravante denominada USF C, pertence ao centro de Saúde da C e à ULS-RL desde 1 de janeiro de 2024. Pertencia, até 31 de dezembro de 2023, ao ACES do Pinhal Litoral, inserido na Administração Regional de Saúde do Centro.

A ULS-RL veio agregar o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça; o Hospital de Santo André, em Leiria; o Hospital Distrital de Pombal; os Centros de Saúde do concelho de Leiria, Porto de Mós, Ourém e Alcobaça, correspondendo estes concelhos à sua área de influência (SNS, 2024).

O conselho de administração é constituído pelo presidente, 2 diretores clínicos, um para a área dos cuidados de saúde primários e outro para meio hospitalar, um enfermeiro diretor e uma vogal executiva (SNS, 2024).

A ULS-RL presta cuidados a um universo de utentes de 401 625 (193 231 são homens e 208 394 são mulheres), correspondendo a 538 856 unidades ponderadas. O índice de dependência é de 58,92%, a percentagem de jovens de 19,01% e os idosos são 39,91%. Destes utentes, 317 787 estão inscritos com enfermeiro de família, divididos por 236 enfermeiros de família; 26,32% não têm médico de família, embora existam 181 médicos de família na ULS-RL. O total de famílias inscritas na ULS-RL é de 155 491, no entanto, 14 690 famílias não têm atribuído enfermeiro de família. A média de famílias inscritas por enfermeiro de família na ULS-RL é de 633 (dados de dezembro de 2024, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2017).

O centro de saúde C, para além da USF, agrega a USP e a UCC, recentemente criada (setembro de 2024).

A USF C foi criada em 2011 e possui 16 001 utentes inscritos com médico de família (dados de fevereiro de 2025) (BI-CSP, 2017). Possui 3 polos e cada polo está localizado numa freguesia: polo 1, polo 2 e polo 3. O polo 2 corresponde ao local onde foi desenvolvido o estágio (USF C, 2023).

2.1. Missão, Visão e Valores

A missão da USF C é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da sua área geográfica, assegurando a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (USF C, 2023).

A visão desta unidade é a obtenção de um elevado nível de satisfação de utentes e profissionais, assim como a prestação de cuidados de saúde de qualidade, dando especial atenção à investigação e à formação (USF C, 2023).

A equipa de saúde da USF C direciona a sua prestação de cuidados de acordo com os seguintes valores: conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (USF C, 2023).

2.2. Modelo de Funcionamento da USF

A USF C, onde foi desenvolvido o estágio, iniciou a sua atividade em 26 de setembro de 2011 e trata-se de uma USF de modelo organizativo tipo B desde 2018 (USF C, 2023).

A estrutura orgânica da USF C corresponde ao coordenador da unidade, conselho geral (todos os elementos da equipa) e conselho técnico. As tarefas de gestão dentro da equipa são partilhadas, não havendo concentração de tarefas, competências e responsabilidades no mesmo profissional (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

O coordenador da USF é um elemento médico, que representa a USF, preside ao conselho geral, coordena as atividades da equipa multiprofissional, garantindo o cumprimento do plano de ação e aprovando documentos na USF (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

Os elementos do Conselho Geral integram órgãos de apoio para os programas de saúde e outras áreas organizativas da USF (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

O conselho técnico é constituído por 3 elementos (médico, enfermeiro e assistente técnico) preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP. Perante as normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, compete ao conselho técnico, orientar adequadamente a equipa para a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. É também competência do conselho técnico avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa multiprofissional, contribuir para uma cultura de formação, manter atualizado o manual de procedimentos, mantendo reuniões pelo menos com frequência mensal (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

O horário de funcionamento da USF C é das 8h às 20h, nos dias úteis, e aos sábados das 9h às 13h, no polo 1 (USF C, 2023).

Existe uma reunião semanal, que pode ser multiprofissional, setorial ou de conselho geral. Estas têm a função de discutir ideias e sugestões, avaliar o funcionamento da unidade (reclamações, sugestões e ocorrências) no sentido da melhoria de práticas, para o aperfeiçoamento da prestação de cuidados e partilha de casos clínicos para formação interna (USF C, 2023).

A USF C assegura que a cada utente inscrito é atribuído um médico e um enfermeiro de família, até atingir o compromisso assistencial (15 800 utentes). A prestação de cuidados, na USF C, deverá ser preferencialmente programada para data e hora, exceto a oferta dos cuidados por doença aguda, que é distribuída ao longo de todo o dia de trabalho das várias equipas. Os utentes terão preferencialmente consulta com a sua equipa de saúde (USF C, 2023).

As alternativas assistenciais, fora do horário de atendimento da USF, para a prestação de cuidados em situações de doença aguda, estão afixadas nos polos da USF, para que os utentes saibam claramente as opções à sua disposição (USF C, 2023).

2.3. Recursos Humanos na USF

A USF C conta com um total de 9 ficheiros clínicos, o que corresponde a 9 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, 9 enfermeiros de família, 8 assistentes técnicos e 1 interno da especialidade de Medicina Geral e Familiar, distribuídos pelos três polos anteriormente mencionados (USF C, 2023).

A organização inclui equipas nucleares multidisciplinares constituídas por médico, enfermeiro e secretário clínico. As nove equipas nucleares estão distribuídas da seguinte forma: seis no polo 1, uma no polo 2 e duas no polo 3 (USF C, 2023).

No polo 2, onde foi desenvolvido o estágio, existe um ficheiro de utentes, o que significa que existe apenas uma equipa com médica, enfermeira e assistente técnica (USF C, 2023).

2.4. Índice de Desempenho da Equipa e Indicadores da Unidade Funcional

O Índice de Desempenho da Equipa (IDE) determina o trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional da USF de modelo B, considerando as diversas áreas (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023). A USF C atingiu, no que

diz respeito a dados de dezembro de 2024, um IDE de 80,8% o que significa que a unidade cumpre os requisitos para receber os incentivos institucionais (Decreto-lei n.º 103/2023, 2023).

O IDE assenta na avaliação do Desempenho Assistencial da equipa, que por sua vez se divide em cinco grandes áreas: Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da Doença, Integração de Cuidados e Qualificação da Prescrição. Analisando os dados destas áreas, posso referir que a USF B presta cuidados de excelência, uma vez que, no que diz respeito ao Índice de Desempenho Setorial (IDS), na área do Acesso, na Gestão da Doença e da Integração de Cuidados estão a pontuar 100%; a área da Gestão da Saúde está a pontuar 94,7% e finalmente a Qualificação da Prescrição, 6,3% (BI-CSP, 2017).

Durante a frequência do estágio I, pelo facto de ter realizado um projeto de melhoria contínua, durante a frequência deste mestrado, na cadeira de Gestão em Enfermagem, relativo à visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido até aos 28 dias de vida, houve a curiosidade de ir verificar os dados deste indicador (296) na USF C (BI-CSP, 2017). Os dados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1

Indicador 296 – Visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido - USF C

2013.296.01 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL	N	202404	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00000	0,000
----------------	--	----	---	--------	------	-------	--------	--------	---------	-------

Nota. Fonte: BI-CSP, 2017 (dados de abril de 2024)

Concluo que esta visita domiciliária não se está a realizar na USF C, pelo que propus à senhora enfermeira com EESF, que me orientou o estágio, a apresentação do projeto de melhoria contínua à equipa de enfermagem da USF, a qual se realizou em agosto, após o terminus do estágio I (comprovativo no anexo I). Foi proposto também pela enfermeira orientadora a realização de um artigo para o *Info Saúde* (n.º 10), jornal digital da ULS-RL, que se concretizou em setembro de 2024 (Apêndice I).

Embora não faça parte do IDE, trata-se de um indicador de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, com benefícios comprovados para a família.

3. Consulta de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no contexto das suas competências profissionais (OE, 1996).

Por seu lado, a consulta de enfermagem “(...) é uma estratégia para aplicar o processo de Enfermagem no contexto da identificação de diagnósticos de Enfermagem (...), da prescrição e implementação de intervenções e da avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem.” (Melo, 2021, p.13). A forma e a atitude como o enfermeiro conduz a consulta de enfermagem contribui para o sucesso da mesma permitindo incrementar o valor social da consulta de enfermagem (Melo, 2021).

Um enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem, tem competência de atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, contribuindo para a promoção da saúde e utilizando o Processo de Enfermagem. Deverá ser capaz de estabelecer uma comunicação e relações interpessoais eficazes, promovendo um ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegando e supervisionando tarefas (OE, 2011a).

A consulta de enfermagem tem como objetivo a promoção da saúde e a prevenção da doença, complicações e incapacidades, promovendo a adaptação e recuperação da saúde da pessoa, capacitando-a para a gestão da sua saúde e expandindo o seu bem-estar e autocuidado, gerando impacto positivo na sua qualidade de vida (OE, 2021).

Trata-se de uma consulta independente, com base em trabalho individual, sem necessidade de qualquer tipo de supervisão de outra classe profissional (Costa *et al.*, 2007). É processo deliberado e estruturado de gestão da interação com o utente, que viabiliza a sistematização da prática de enfermagem e garante a prestação de cuidados de enfermagem apropriado, individualizado e eficaz (Melo, 2021).

As consultas de enfermagem são únicas e insubstituíveis, pois são baseadas numa abordagem específica, em que o enfermeiro, com base num processo mental de decisão clínica muito organizado, cria uma interação terapêutica, permitindo-lhe desenvolver uma consulta de enfermagem de qualidade (Melo, 2021).

O enfermeiro avalia os focos de atenção, com base em dimensões de diagnóstico e com base na melhor evidência científica disponível, que lhe permite conhecer os critérios de diagnóstico. Depois deste processo de avaliação, o enfermeiro formula diagnósticos e implementa intervenções, avaliando posteriormente os resultados (Melo, 2021).

3.1. Programas da Carteira de Serviços da USF

A USF C disponibiliza uma carteira básica de serviços a todos os inscritos, que inclui a visita domiciliária. No âmbito da carteira básica de serviços, os enfermeiros desempenham atividades assistenciais e não assistenciais (USF C, 2023).

No que diz respeito às atividades assistenciais, os enfermeiros realizam consultas de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença dos grupos vulneráveis e de risco: saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar, rastreio oncológico, vigilância de doenças crónicas, visita domiciliária, consulta de intersubstituição e atendimento telefónico aos utentes. Realizam ainda vigilância e cuidados em situação de doença aguda; organizam e gerem a sala de tratamentos; prestam cuidados curativos, sejam eles na unidade ou domicílio; são responsáveis por toda a vacinação e administração de terapêutica (USF C, 2023).

No que confere às atividades não assistenciais, os enfermeiros são responsáveis pela gestão das agendas das consultas de vigilância; educação para a saúde dirigidas ao indivíduo e às famílias; integração de ações de promoção de saúde no âmbito da área de influência da USF; formação pré e pós-graduada de alunos de enfermagem; gestão de produtos farmacêuticos, material de consumo clínico e vacinas; supervisão na higiene e desinfeção das instalações; gestão do ficheiro; monitorização dos indicadores de enfermagem na USF e atividades na área da formação e investigação (USF C, 2023).

Na USF C existe carteira adicional de serviços, que consiste na consulta médica e de enfermagem que é efetuada ao sábado de manhã, das 9h às 13h. É assegurada rotativamente por todos os profissionais, de acordo com escala (USF C, 2023).

Este período de atendimento destina-se à resolução de situações agudas e realização de consultas agendadas, garantindo uma maior acessibilidade à população, sobretudo aos utentes profissionalmente ativos e trabalhadores/estudantes que passam a semana fora da área da abrangência da USF (USF C, 2023).

Na USF C, apesar de existir um EEESCESF, ainda não está organizada uma consulta de enfermagem à família. Prestam-se cuidados à família, mas de forma oportunista, isto é, à medida que vão surgindo necessidades no cumprimento da carteira básica de serviços.

3.2. Consulta de Enfermagem no Domicílio

A consulta de enfermagem ao domicílio, na USF C, poderá ser da iniciativa do utente, do familiar/cuidador ou do profissional de saúde, presencialmente ou pelo telefone, cuja situação necessita de intervenção ao domicílio por incapacidade de deslocação à unidade de saúde (dada prioridade a sequelas de acidente vascular cerebral, doença oncológica terminal, fratura do colo do fémur e doenças agudas incapacitantes). O prazo para dar resposta à visita domiciliária são 24h, podendo ser excedido se se incluírem fins-de-semana ou se o objetivo for a realização de uma consulta de vigilância. Poderá não haver possibilidade de efetuar domicílios emergentes, ou seja, imediatamente a seguir à sua solicitação (USF C, 2023).

A visitação domiciliária de enfermagem faz parte da carteira básica de serviços e destina-se a todos os inscritos na unidade e residentes no Concelho C, ou seja, correspondente à área de influência da USF. Para os inscritos que residem fora do concelho serão procuradas soluções alternativas por outras unidades da respetiva área de residência (USF C, 2023).

4. Caracterização da População

4.1. Caracterização das Famílias do Concelho B

A USF C localiza-se no concelho C. A população do concelho C, a quem a USF C presta cuidados, segundo dados de outubro de 2024, possui 16 565 habitantes, dos quais 8 051 são homens e 8 514 são mulheres. A taxa de crescimento da população residente em 2023, no concelho C, corresponde a 2% face ao ano anterior, idêntica à taxa de crescimento migratório, no mesmo concelho e no mesmo período (Pordata, 2024).

A taxa bruta de divórcio é de 1,8 por mil habitantes e no ano de 2022 celebraram-se, no concelho C, 79 casamentos (comparativamente à média portuguesa de 36,95 casamentos). A taxa bruta de nupcialidade no concelho C é de 4,9 por mil habitantes, superior à taxa em Portugal, que é de 3,5 por mil habitantes. O concelho C tem um índice de dependência na ordem dos 60% e uma taxa bruta de natalidade de 9,5 bebés por mil habitantes (Pordata, 2024).

A taxa bruta de mortalidade é de 8 por cada mil habitantes, no concelho C, inferior à média nacional (11,2), assim como a taxa de mortalidade infantil, que representa 0 por cada mil nados vivos, no concelho C, comparando com os 2,6 de média nacional (Pordata, 2024).

O concelho tem um total de 6128 agregados familiares, dos quais 1333 são constituídos apenas por uma pessoa, 2054 constituídos por 2 pessoas, 1335 constituídos por 3 pessoas, 1130 constituídos por 4 pessoas e 276 constituídos por 5 ou mais pessoas. Dos núcleos familiares existentes no concelho C, 57,72% têm filhos. No concelho C, 5,82% das famílias são reconstituídas e 14,97% das famílias são monoparentais (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

No concelho C existe uma proporção de 3,92% de núcleos familiares de casais com 1 elemento do casal desempregado, que representa uma média inferior à nacional. A taxa de habitação própria por agregado familiar corresponde a 83,9%, superior à média nacional (70%) (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

4.2. Caracterização da População da USF

A USF C, de acordo com os dados de fevereiro de 2024, possui 15 649 utentes inscritos. Possui um índice de dependência na ordem dos 61,18%, a população jovem corresponde a 20,31% e os idosos são 40,87% da população. Existem 3244 mulheres em período fértil (entre os 15 e os 54 anos) e 159 crianças no primeiro ano de vida (BI-CSP, 2017).

Analisando a pirâmide etária da USF C, verifica-se que ela é mais larga na zona intermédia, isto é, a maior fatia populacional é entre os 40 anos e 74 anos e que a natalidade atualmente está a baixar (dados de dezembro de 2024, BI-CSP, 2017).

A USF C tem 15 644 pessoas inscritas com enfermeiro de família (21 061 unidades ponderadas) que correspondem a um total de 6562 famílias (dados de dezembro de 2024) divididos por 9 enfermeiros, com uma média de 805 famílias inscritas por enfermeiro. Existem 2 famílias que não possuem enfermeiro de família (BI-CSP, 2017).

Destaco a quantidade significativa de famílias atribuídas a cada enfermeiro de família na USF C, que ultrapassa o número recomendado pela OE nas orientações sobre dotações seguras em cuidados de enfermagem, as quais indicam um rácio ideal de 1 enfermeiro para 350 famílias (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019).

Figura 1
N.º de famílias inscritas na USF C

Total Famílias Inscritas	Total Famílias Inscritas EdF	Total Famílias Inscritas S/ EdF	Media Famílias Inscritas por EdF
6.562	734	5.828	805

Nota. Fonte: BI-CSP, 2017 (dados de dezembro de 2024)

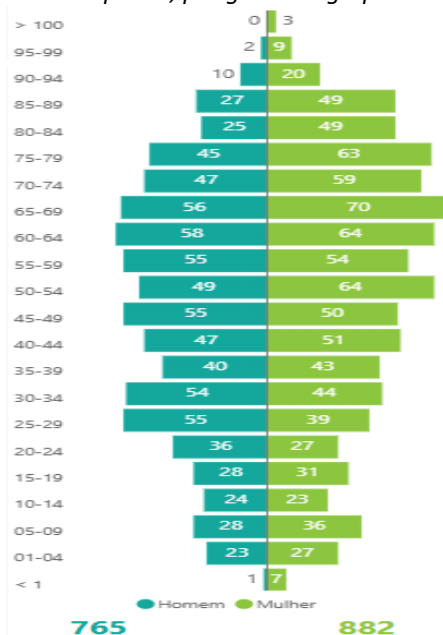
4.3. Caraterização dos Utentes do Polo 2

Os utentes inscritos no polo 2, local onde se desenvolve o estágio, totalizam 1647 utentes inscritos. A enfermeira de família, responsável pelo polo 2, tem inscritos no seu ficheiro 734 famílias, segundo dados de dezembro de 2024 (BI-CSP, 2017).

Ao analisarmos a pirâmide etária representativa do ficheiro de utentes do polo 2 (figura 2), podemos concluir que há mais mulheres inscritas que homens e que a natalidade tem vindo a diminuir consideravelmente (BI-CSP, 2017).

Esta pirâmide permite concluir os seguintes dados, relativos ao polo 2 (BI-CSP, 2017):

- 122 (7,40%) crianças (0 aos 9 anos);
- 106 (6,44%) adolescentes (10 aos 19 anos);
- 285 (17,3%) mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos);
- 914 (55,49%) pessoas dos 15 aos 64 anos (população ativa);
- 534 (32,42%) idosos (idade igual ou superior a 65 anos).

Figura 2
Pirâmide etária representativa dos inscritos no polo 2, por género e grupo etário


Nota. Fonte: BI-CSP, 2017 (dados de dezembro de 2024)

Tendo em conta os indicadores de enfermagem do polo 2, relativamente à área da Diabetes Mellitus, destaco os que são referentes à avaliação do pé no utente diabético, à avaliação da gestão do regime

terapêutico e à proporção de utentes com consulta de vigilância de enfermagem no último ano, todas com percentagem acima dos 96%. Estas percentagens são superiores à média nacional. Sublinho ainda a baixa percentagem de utente diabéticos com terapêutica com insulina, cerca de 8%, idêntica à média nacional (BI-CSP, 2017). O papel do enfermeiro de família na desmistificação e acompanhamento da administração de insulina junto do utente, com educação para a saúde realizada nos cuidados de saúde primários, poderá ser essencial para aumentar estes valores.

Os indicadores de enfermagem na área da Hipertensão Arterial, no polo 2, também apresentam valores superiores, comparativamente com a média nacional, tanto no que diz respeito à avaliação do índice de massa corporal, como na avaliação de uma tensão arterial em cada semestre e até no controlo tensional, em que 73% dos utentes com menos de 65 anos tem valores tensionais abaixo dos 150/90 mmHg (BI-CSP, 2017).

Os cuidados domiciliários em enfermagem são avaliados no indicador “taxa de domicílios por 1000 inscritos”. A taxa dos domicílios de enfermagem no polo 2 supera largamente a média nacional, cerca de 418 comparativamente aos 93 de média nacional (BI-CSP, 2017).

Relativamente à área da Saúde Infantil e Juvenil, destaco excelentes resultados (100%) nalguns indicadores, que dependem exclusivamente de enfermagem, nomeadamente o teste de diagnóstico precoce realizado até ao 6º dia de vida e o cumprimento plano nacional de vacinação aos 2, 7 e 14 anos, com apresentado na figura 3 (BI-CSP, 2017).

Na área da Saúde Materna, saliento a proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de vigilância de enfermagem na gravidez e no período puerperal, que pontua 72,7%, valor acima da média nacional, no entanto inferior ao valor geral da USF C. Também as puérperas com domicílio de enfermagem pontuam 0% no polo 2 (BI-CSP, 2017).

No que diz respeito à área da vacinação (figura 3), para além dos excelentes resultados já referidos anteriormente na área da Saúde Infantil e Juvenil, sublinho a vacinação antitetânica de utentes com 25 ou mais anos de idade, com uma boa percentagem, de 96,36%, comparativamente à média nacional, de 86,27%. Destaco ainda a proporção de idosos ou com doença crónica vacinados contra a gripe, com uma percentagem de 67,23%, comparado com os 58,11% de média nacional (BI-CSP, 2017).

Figura 3

Resultados de indicadores na área da vacinação – comparação entre o polo 2 e nacional/ARS/ACES/Unidade

Resultados Nacionais por ARS, ACeS e UF					Resultados Individuais por Enfermeiro		
Código - ID - Indicador / Resultado	Nacional	ARS	ACeS	UF	Código - ID - Indicador	Nome Profissional	Resultado
2013.030.01 FL - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	58,105	57,473	58,710	63,919	2013.030.01 FL - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe		67,233
2013.063.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	78,463	84,054	78,531	92,647	2013.063.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV		100,000
2013.064.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	62,500	63,618	62,764	61,039	2013.064.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV		86,667
2013.093.01 FL - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,394	95,811	95,265	98,148	2013.093.01 FL - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução		100,000
2013.094.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	94,628	95,039	94,254	99,275	2013.094.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução		100,000
2013.095.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	96,234	96,234	95,960	99,329	2013.095.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução		100,000
2013.098.01 FL - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	86,276	89,994	85,777	94,408	2013.098.01 FL - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano		95,366
2019.424.01 FL - Prop. crianças [0; 1[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	82,555	78,380	82,198	74,000	2019.424.01 FL - Prop. crianças [0; 1[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"		72,727
2019.425.01 FL - Prop. crianças [0; 6[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	83,381	78,639	83,419	84,220	2019.425.01 FL - Prop. crianças [0; 6[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"		81,356

Nota. Fonte: BI-CSP, 2017 (dados de dezembro de 2024)

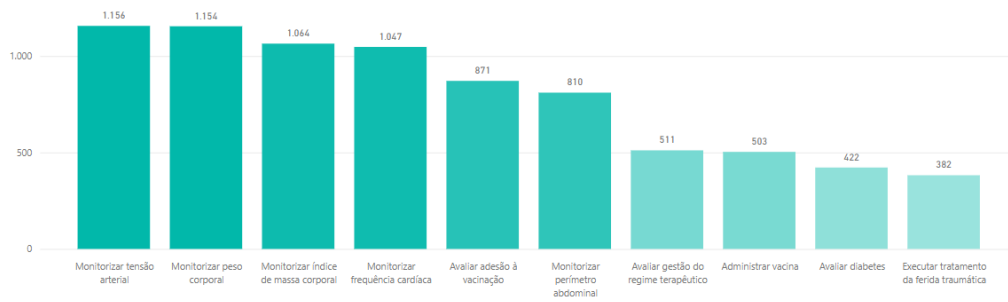
Analisando o registo de intervenções de enfermagem, as mais utilizadas no polo 2 são do tipo “monitorizar”, destacando a mais utilizada, “monitorizar tensão arterial”. Das intervenções do tipo “avaliar”, destaco a “avaliar adesão à vacinação”, pois faz sentido em qualquer consulta de enfermagem, de qualquer idade. A intervenção “avaliar gestão do regime terapêutico” faz sentido nas consultas de enfermagem ao

utente diabético e ao utente hipertenso, pois contempla 3 eixos primordiais: exercício físico, alimentação e regime medicamentoso. Relativamente ao tipo de ação “executar” sublinho a intervenção “executar tratamento à ferida traumática”, com uma percentagem relevante, realçando o impacto que o tratamento de feridas tem no tempo de atividade do enfermeiro de família, nos CSP (BI-CSP, 2017).

Saliento ainda a intervenção “administrar vacina” como uma das mais utilizadas, ressalvando a importância dos enfermeiros para o cumprimento do plano nacional de vacinação, promovendo a saúde e prevenindo a doença, nos CSP (BI-CSP, 2017).

Gráfico 1

Gráfico de barras representativo das intervenções de enfermagem mais utilizadas no polo 2



Nota. Fonte: BI-CSP, 2017 (dados de dezembro de 2024)

As intervenções mais utilizadas no polo 2 são do tipo “executar”, “monitorizar” e “avaliar”. Lamento que as intervenções “aconselhar” e “incentivar” ainda estejam presentes numa pequena percentagem e que intervenções do tipo “ensinar” não estejam evidenciadas nas dez mais utilizadas. As intervenções evidenciadas não remetem para a consulta de enfermagem à família, mas sim para a intervenção ao indivíduo (BI-CSP, 2017).

No polo 2 intervêm-se mais no género feminino que no masculino, e mais na faixa etária dos 60 aos 84 anos (BI-CSP, 2017). Isto deve-se à existência de um maior número de inscritos do género feminino, mas ainda devido às mulheres recorrerem mais aos serviços de saúde. Os homens recorrem menos aos serviços de saúde, desistem mais facilmente do acompanhamento terapêutico e apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos. Isto gera, no género masculino, maior incidência de morbilidades, piores resultados de saúde e esperança de vida mais baixa (Correia, 2020).

As consultas de enfermagem realizadas no polo 2, durante o ano de 2024, corresponderam a 3844 presenciais (90,4%), realizadas a 1274 utentes e 408 não presenciais (9,6%), realizadas a 364 utentes, totalizando 4252 consultas a 1638 utentes. Esta consultas foram realizadas, em maior número, no âmbito da obesidade, hipertensão, diabetes e saúde infantil e juvenil (BI-CSP, 2017).

II. REVISÃO DA LITERATURA – FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA

Ao longo do tempo, têm surgido novas perceções acerca da família, permitindo a evolução dos cuidados de enfermagem. A família passou a ser muito mais do que um conjunto de pessoas com laços de sangue, matrimoniais e legais (Hanson, 2005). Apesar das transformações que têm ocorrido nas últimas décadas, as famílias mantêm-se como unidades funcionais e afetivas, caracterizando-se pelas dimensões psicológica e social (Figueiredo, 2012).

A família é um sistema em interação que encadeia dentro de si os vários elementos individuais, tratando-se de uma unidade sistémica com funções sociais e um espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Spínola & Figueiredo, 2023; Alarcão, 2002). As relações entre os elementos da família exprimem uma complexidade que envolve sentimentos e comportamentos, que não são passíveis de ser compreendidos e avaliados por instrumentos criados para o estudo de sujeitos separados (Gameiro, 1994 *as cited in* Spínola & Figueiredo, 2023).

Enquanto grupo, a família evolui de acordo com os seus objetivos e de acordo com as funções e transformações provenientes do seu ciclo de vida, tendo em conta as transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012 *as cited in* Figueiredo & Spínola, 2023).

A família deverá ainda ser compreendida como um conjunto de elementos que possuem vínculos no ambiente social (contexto) em que estão inseridos. Todas as famílias possuem uma herança cultural, uma história familiar com acontecimentos relevantes, sendo importante o significado atribuído a cada um deles. Assim, a família é um “(...) sistema aberto, de inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade” (Figueiredo, 2012, pp.93-94).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a família como um contexto fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença. O conceito de família vai além de uma unidade de convivência, sendo vista como um agente crucial no processo de desenvolvimento de crenças e comportamentos relacionados com a saúde, desde o nascimento do indivíduo. Face às transformações sociais e mudança no acesso aos serviços de saúde, principalmente em situações de doença, a família assume um papel significativo. É a principal fonte de suporte emocional e assume o papel de cuidadora. O enfermeiro, tendo em conta esta visão, deverá interagir com as famílias na orientação e apoio à promoção da saúde e à gestão de doenças crónicas (OMS, 2002).

Os cuidados à família evoluíram simultaneamente aos cuidados de enfermagem e já desde Florence Nightingale, que houve a preocupação de envolver a famílias nos cuidados. No entanto, com o desenvolvimento da medicina na era tecnológica, os cuidados de saúde foram transferidos dos contextos domiciliários para os cuidados hospitalares, acompanhados da desvalorização da participação da família (Figueiredo, 2012; Figueiredo & Fonseca, 2023).

Com o acesso à globalização, a uma maior informação e com a reestruturação dos serviços de saúde, no século XX, a prestação de cuidados de enfermagem voltou a ser direcionada para a comunidade (Figueiredo, 2012).

Esta direção levou a que a investigação sobre enfermagem de família se fortalecesse, levando a desenvolver-se numa matriz sistémica, holística e globalizante, em que a família surge como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas, em interação com o ambiente (Figueiredo, 2012).

Os cuidados de enfermagem à família são essenciais nos sistemas de saúde, pois em todos os contextos de prestação de cuidados, o seu foco, direta ou indiretamente, é centrado na família (Figueiredo & Fonseca, 2023). Neste contexto, Hanson (2005) recomenda que todos os enfermeiros devam ter competências para trabalhar com famílias.

A Associação Internacional de Enfermagem de Família (IFNA², 2015) descreve alguns princípios para os cuidados de enfermagem à família. A enfermagem de família destina-se a famílias com elementos saudáveis ou doentes e considera a experiência da família ao longo do tempo, isto é, tanto a história anterior como o futuro da família. A ESF incentiva a família a fornecer e receber os recursos da comunidade considerando que, nalguns casos, os membros e o grupo familiar poderão não atingir o máximo de saúde simultaneamente. Esta concentra-se nos pontos fortes dos membros individualmente e em grupo, podendo haver necessidade de manipular o ambiente para aumentar a probabilidade de interação familiar (Figueiredo & Fonseca, 2023).

A ESF é uma junção entre enfermagem, sistemas, cibernética e teorias de terapia familiar, paralelamente ao conhecimento sobre a dinâmica da família, teoria dos sistemas, avaliação, pesquisa e intervenção na família, que integra os sistemas familiares, mas em simultâneo, os sistemas individuais (Wright & Leahey, 2005).

A ESF pode-se definir como um “(...) campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico.” (Figueiredo, 2012, p.3). O conceito tem avançado no campo teórico com o surgimento de modelos e teorias para a avaliação e intervenção familiar, e na pesquisa, através da mudança de paradigma, destacando a família como foco de estudo (Figueiredo, 2012).

Assim, pode-se considerar que a intervenção familiar é baseada no modelo biopsicossocial, em que o foco de atenção é o utente, integrado no seu contexto familiar, e que a família é a principal fonte de crenças e padrões de comportamento. As dificuldades vivenciadas pela família, nas etapas de transição de ciclo vital, podem manifestar-se em sintomas de difícil abordagem, no entanto, a família também se pode considerar um elemento fundamental e fonte incomparável de apoio para enfrentar adversidades. O utente e o profissional de saúde assumem corresponsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Ferré-Grau, 2023).

Apresenta-se, de seguida, um sumário de teorias, modelos e instrumentos de avaliação familiar e intervenção familiar, que foram estudados durante o percurso profissional e que se tornaram relevantes para este relatório, nomeadamente para a família em estudo, permitindo aprofundar competências, melhorar práticas e prestar melhores cuidados de enfermagem à família. Para além disto, fala-se acerca das Atitudes dos Enfermeiros no acolhimento às Famílias, na prestação de cuidados de enfermagem, relacionado com o teor investigativo deste relatório (capítulo IV).

² International Family Nursing Association

1. Teorias de Enfermagem Familiar

A prática de enfermagem é sustentada em conhecimento próprio ou deriva de outras disciplinas, utilizadas para realizar uma prestação de cuidados de enfermagem baseada na ciência, com rigor técnico, sensível às questões culturais e baseada em valores. Cada disciplina possui um conjunto de valores e princípios, com uma visão e missão que garantem a sua estabilidade e eficácia (Pires, 2023).

Considerando o exposto, diversas teorias de enfermagem desempenharam um papel fundamental na ampliação de práticas voltadas para o sistema familiar e ao mesmo tempo contribuíram para a sua consolidação conceitual (Figueiredo, 2012).

Este ponto aborda os referenciais epistemológicos para a ESF: teoria geral dos sistemas, teoria da cibernética, teoria da mudança, pragmática da comunicação humana e teoria da terapia familiar. Para além destes, apresenta ainda a teoria das transições, que se considerou uma teoria importante, tendo em conta as transições desenvolvimentais e acidentais a que a família está sujeita.

1.1. Teoria Geral dos Sistemas

A Teoria Geral dos Sistemas surgiu no século XX, face à necessidade de unificação da ciência. Bertalanffy defendia que cada disciplina deveria ter a sua Teoria Geral (Bertalanffy, 1977 *as cited in* Figueiredo, 2012).

Um sistema é uma rede complexa de elementos em interação constante, é um todo ordenado por elementos independentes, que interagem com finalidades comuns, cercados pelo meio exterior (Bertalanffy, 1977 *as cited in* Figueiredo, 2012).

Surgiu a necessidade de classificar a definição de sistemas abertos e fechados. Num sistema aberto há trocas contínuas e bidirecionais entre o sistema e o exterior, influenciando e deixando-se influenciar num determinado tempo e contexto; não há equilíbrio; há interações dinâmicas. Um sistema fechado caracteriza-se pela homogeneidade, pela simplicidade, pela entropia, existindo uma causalidade linear (Bertalanffy, 1977 *as cited in* Figueiredo, 2012).

A interação é a característica que define o sistema, é determinada pelo modo como se relacionam os seus elementos, dando qualidade e distinção ao sistema, tornando-o mais do que um conjunto de elementos (Figueiredo, 2012).

Desta ideia emerge o facto de que o todo é mais que a soma das partes, pois cada elemento é um sistema, e o resultado da soma dos comportamentos do todo é mais complexo que a soma dos comportamentos individuais. O todo também poderá ser menos que a soma das partes, pois as características que o todo evidencia poderão não expor a totalidade das qualidades dos comportamentos dos elementos, o que gera o pensamento de que “as partes estão no todo e o todo está nas partes” (Vasconcellos, 2005, p.43 *as cited in* Figueiredo, 2012).

A equifinalidade corresponde a uma característica de um sistema aberto, pois o mesmo estado pode ser atingido por condições iniciais diferentes, ou, por outro lado, o sistema tem autonomia para definir as estratégias que utiliza para atingir os seus objetivos (Barker, 2000 *as cited in* Figueiredo, 2012).

A alteração num elemento de um sistema, altera todos os outros elementos e a própria estrutura do sistema. Esta característica dá nome ao princípio da globalidade (Figueiredo, 2012).

A família constitui, assim, um sistema aberto, entendida por um todo e pelos seus elementos indivisíveis, determinando a sua estrutura e desenvolvimento, e formando uma hierarquia sistémica. Permite o desenvolvimento e o bem-estar dos seus membros, através da relação com o exterior. Cada elemento da família ou cada grupo dentro da família é entendido como um subsistema (Abreu & Amaral, 2023; Figueiredo, 2012).

A família constitui o núcleo formador das crenças e dos comportamentos que moldam a forma como se vivenciam as transições saúde-doença (Ferré-Grau, 2023).

Um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo, como os vizinhos, organizações ou comunidades religiosas, composto de muitos subsistemas, como o filial, o parental, o fraternal e o conjugal (Wright & Leahey, 2005).

1.2. Teoria da Cibernética

A cibernética, enquanto ciência, desenvolveu-se nos anos 20, 30 e 40 do século XX. Deriva da teoria dos sistemas, mas não se poderá considerar um sinónimo. É a ciência da informação e do controlo entre as interações dos elementos do sistema, que assemelha o sistema familiar a uma máquina cibernética, o que fez com que, numa primeira instância, a perspetiva sistémica se interessasse mais pela estabilidade que pela mudança (Wright & Leahey, 2005; Figueiredo, 2023c).

A cibernética de primeira ordem e dos sistemas exteriormente autorregulados, considerava a família como um sistema, que sujeito a qualquer perturbação, modificava as suas condições para as tornar iguais às suas condições iniciais, recorrendo a um conjunto de retroações negativas. O sistema familiar dependia totalmente do tipo de retroação que recebia, isto é, o seu grau de fecho ou de abertura dependia da informação recebida, do interior e do exterior do sistema (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c).

No entanto, nos sistemas vivos, como o sistema familiar, a evolução implica que não seja possível voltar ao ponto inicial e que, nos momentos de crise, a mudança na estrutura do sistema seja a solução. Nos sistemas vivos predomina a morfogénese e nos sistemas não vivos predomina a morfoestase (Figueiredo, 2023c).

A conclusão anteriormente apresentada conduz à cibernética de segunda ordem, deixando de enfatizar as retroações negativas, para passar a enfatizar a interação entre as retroações positivas e negativas, que determina um contexto mais amplo e complexo, próprio dos sistemas familiares. Conceptualiza-se um sistema autoorganizado e a família passa a ser autónoma na sua regulação, sendo considerada como informacionalmente aberta e organizacionalmente fechada (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c).

No conceito de cibernética de segunda ordem, considera-se que existem tantas realidades quantos observadores, o que permite entender a diversidade de processos utilizados pelos sistemas, na preservação do seu funcionamento, resultantes das distinções que estes observadores fazem da realidade. A cibernética de segunda ordem está relacionada com premissas de autonomia dos sistemas, flexibilidade e recursividade (Figueiredo, 2012).

A articulação entre os princípios da cibernética de segunda ordem e a teoria geral dos sistemas implica uma compreensão da família como uma unidade sistémica interdependente. Mais do que uma simples abordagem holística, essa perspetiva enfatiza a complexidade das interações e das dinâmicas internas, reconhecendo a emergência do reconhecimento da família como um todo (Figueiredo, 2023c).

1.3. Teoria da Mudança

Os sistemas de relacionamento tendem à mudança progressiva e o papel do enfermeiro é aceitar esse dilema paradoxal no trabalho com as famílias (Wright & Leahey, 2005).

A teoria da mudança baseia-se na complementaridade entre mudança e persistência, que embora pareçam conceitos opostos, deverão ser considerados em conjunto para a intervenção familiar. A mudança altera a estrutura da família, que ocorre como compensação pelas perturbações e tem como objetivo manter a estabilidade (persistência) da família (Wright & Leahey, 2005; Ferré-Grau, 2023).

As mudanças no sistema, partindo dos conceitos da cibernética, podem ocorrer em dois níveis diferentes: mudança de primeira ordem e mudança de segunda ordem. Na primeira, ocorre mudança nos elementos do sistema, mas este mantém-se inalterado estruturalmente. Na mudança de segunda ordem, há alterações na estrutura do sistema, nomeadamente nas suas regras, o que não implica necessariamente mudanças na identidade do sistema, permitindo a sua continuidade (Figueiredo, 2012).

A mudança de primeira ordem, muitas vezes, não é suficiente para solucionar os problemas em que as famílias estão envolvidas. Estas famílias deverão ser encorajadas a fazer mudanças de segunda ordem, no sentido da criação de novos padrões de comportamento, novas estruturas familiares e facilidade de desenvolver novas atitudes de resolução de problemas, desbloqueando a situação (Ferré-Grau, 2023).

As mudanças numa família são inevitáveis (ciclo vital da família e crises acidentais) e o seu sentido não pode ser previamente definido, pelo que as mudanças estruturais nunca são as mudanças desejadas. A família, enquanto sistema auto-organizado, está sujeita a constantes agitações, que atingindo determinado limite, conduzem a um ponto crítico, a partir do qual ocorre uma mudança de direção, que pode originar uma situação extrema e gerar uma crise (Alarcão, 2002).

Alguns conceitos importantes sobre a mudança podem ser apontados, nomeadamente, considerar que a mudança é dependente da perceção do problema, pois a forma como se entende o problema tem profundas implicações na forma como se intervém. Os enfermeiros na sua prática não deverão considerar a “verdade” de um só elemento da família, mas sim tantas “verdades” quantos elementos da família existirem (Wright & Leahey, 2005).

A mudança num sistema é determinada pela estrutura, o que leva a que não se possa dizer antecipadamente, que determinada intervenção de enfermagem possa ser eficaz para aquela pessoa ou para aquela família. Além disso, a intervenção de enfermagem na família deverá ser planeada tendo em conta o contexto em que esta se encontra, caso contrário, a mudança não ocorrerá (Wright & Leahey, 2005).

Os objetivos da família deverão ser sempre considerados pelos enfermeiros, através de discussões francas e abertas. O estabelecimento de objetivos inadequados pelos enfermeiros, para determinada família, fará com que haja planeamento de intervenções de enfermagem incongruentes para aquela família (Wright & Leahey, 2005).

No contexto da intervenção familiar, a preocupação dos enfermeiros não deve centrar-se apenas em entender a situação, já que isso, isoladamente, dificilmente leva à resolução do problema. “Portanto, é mais conveniente explorar o que está sendo feito aqui e agora que serve para perpetuar o problema e o que pode ser feito aqui e agora para se efetuar uma mudança.” (Wright & Leahey, 2005, p. 38).

A mudança deverá ser facilitada pela intervenção de enfermagem, o que não significa que o papel do enfermeiro seja o de ser um agente modificador. A mudança ocorre num equilíbrio entre o ajuste das intervenções de enfermagem com as estruturas biopsicossociais e espirituais da família. Esta é influenciada por inúmeros fatores e nem sempre é o resultado de uma intervenção estruturada. Pode ser o resultado da colheita de dados à família, que permite refletir sobre determinadas questões em profundidade, e por si só promover a mudança (Wright & Leahey, 2005).

1.4. Pragmática da Comunicação Humana

Os aspetos comunicacionais relacionados com a pragmática da comunicação no sistema familiar foram amplamente explorados pela Escola de Palo Alto. Essa abordagem compreende que o indivíduo não atua apenas como emissor ou recetor da mensagem, como no modelo do telégrafo, mas sim como um participante ativo, que constrói a comunicação em interação com os outros e com o contexto — à semelhança de um modelo de orquestra (Alarcão, 2002).

A comunicação está inserida num espaço, tempo e contexto, originando mudanças nos elementos envolvidos. A comunicação é a base da construção e organização da relação familiar, sendo muito importante os processos relacionais emissor-recetor expressos no padrão comportamental. Pode ser dividida em três dimensões: sintaxe, semântica e pragmática (Figueiredo, 2012).

A sintaxe tem como objetivo a transmissão da informação e relaciona-se com problemas de codificação, canais de transmissão e receção da mensagem. Por seu lado, a semântica está relacionada com o significado da informação, quer como a informação é produzida, quer como ela é compreendida. A pragmática relaciona-se com os efeitos comportamentais da comunicação, tais como postura, gestos, linguagem verbal, expressão facial, tom de voz, sequência e ritmo das palavras (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c; Figueiredo, 2012).

Da pragmática da comunicação humana, desenvolvida pela Escola de Palo Alto, surgem alguns pressupostos, que se denominam axiomas da comunicação humana. Estes têm por base a teoria ecossistémica da comunicação. O primeiro axioma refere-se à impossibilidade de não comunicar, uma vez que, em todos os comportamentos, em qualquer situação de interação, está uma mensagem (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c; Figueiredo, 2012).

O segundo axioma refere-se ao facto de toda a comunicação transmitir não só informação, mas também comportamento, ou seja, o comportamento comunicacional tem uma vertente de conteúdo, outra de comunicação, constituindo uma meta comunicação, pois o comportamento/relação classifica o conteúdo da comunicação (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c; Figueiredo, 2012).

O terceiro axioma da comunicação refere-se à forma como cada um dos intervenientes analisam e opinam sobre a comunicação, isto é “a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes” (Alarcão, 2002, p.72; Figueiredo, 2023c; Figueiredo, 2012).

Os seres humanos utilizam canais de transmissão, ou seja, estes comunicam digital e analogicamente, constituindo este o quarto axioma da comunicação. A linguagem digital refere-se à sintaxe, englobando a comunicação verbal e é objetivo, lógico, cerebral, constituindo a linguagem da ciência, da explicação e da interpretação. A linguagem analítica refere-se à simbolização e tem componente afetiva, utilizando figuras e metáforas (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023c; Figueiredo, 2012).

O quinto axioma da comunicação refere que “todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença” (Alarcão, 2002, pp.75-76). Os níveis da

simetria e da complementaridade possibilitam a identificação dos padrões de interação familiar, sendo que, a presença dos mesmos, em simultaneidade, permite a funcionalidade do sistema familiar (Figueiredo, 2023c).

1.5. Teorias da Terapia Familiar

A terapia familiar surgiu nos anos 50 do século XX, surgindo a partir da prestação de cuidados a famílias com elementos com problemas psiquiátricos. Nesta altura, a terapia familiar passou a valorizar as interações entre os elementos da família (Figueiredo & Murteiro, 2023; Figueiredo, 2012).

Em consonância com a evolução da teoria geral dos sistemas, da cibernética e das teorias da comunicação, iniciou-se a intervenção terapêutica, envolvendo a comunicação “normal” e a patológica. Nos anos 70 e 80, começam a surgir diversas escolas de terapia familiar e a serem desenvolvidos conceitos e técnicas, das quais se destaca a técnica da externalização dos problemas (White) e a técnica breve com foco nas soluções (Shazer) (Figueiredo & Murteiro, 2023; Figueiredo, 2012).

A partir dos anos 90, sucede a formulação do conceito de terapia familiar, passando a existir muitas estratégias de terapia. Todas partilham o mesmo objetivo: a mudança no sistema familiar, através de diversos métodos, utilizados de forma indireta. A redefinição, que se caracteriza pela atribuição de um novo significado a um comportamento ou a uma interação, pode ser um dos métodos utilizados. A sugestão paradoxal, de que os membros da família mantenham o comportamento, devolvendo a responsabilidade é um outro procedimento utilizado. Mudar as sequências interativas pelo enfermeiro, ainda que ligeiramente, podem ter consequências terapêuticas positivas. A utilização de histórias e analogias pode ajudar a operacionalizar a metáfora, também muito utilizada em terapia familiar. A utilização de rituais e tarefas, modificando os já existentes, são também uma forma de promover a mudança (Figueiredo & Murteiro, 2023).

As técnicas de intervenção utilizadas, adequadas à dimensão clínica da enfermagem de família, têm como princípios a circularidade, que corresponde à influência de cada um dos elementos na interação e que leva a outro princípio, a hipotetização, que se operacionaliza na realização de questões sistémicas e hipóteses sobre o funcionamento da família, com objetivo de introduzir um novo significado no padrão familiar. Destaca-se também o princípio da neutralidade, que se traduz na posição do terapeuta, que deverá ser imparcial face aos utentes a quem realiza terapia (Figueiredo, 2012).

A curiosidade face às pessoas, ideias, sentimentos e comportamentos é um pressuposto do terapeuta e deverá ser uma característica do enfermeiro, não com objetivo de definir um responsável pelo problema, mas sim para permitir a explicitação de diferentes perceções no sistema familiar (Figueiredo, 2012).

O terapeuta não é um mero observador, mas sim um observador-participante, levando a um caminho de coevolução, potenciador da mudança (Figueiredo, 2012).

1.6. Teoria das Transições

A pessoa e a família encaram processos de mudança que são marcados por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois instantes de estabilidade o que, inevitavelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação à mudança ou rutura (Meleis, 2013 *as cited in* Santos *et al.*, 2015).

As transições podem organizar-se de acordo com 3 conceitos centrais: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Brito, 2012).

A natureza das transições está relacionada com o tipo (saúde/doença, de desenvolvimento, situacional ou organizacional); com o padrão (únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não) e com as propriedades da transição (consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o período de tempo e os pontos e eventos críticos) (Brito, 2012).

As condições facilitadoras e inibidoras estão relacionadas com o modo de lidar com a transição, que podem ser diferentes de pessoa para pessoa, por estar relacionado com os próprios valores, crenças e desejos, com a percepção individual da experiência e com as condições do meio que a rodeia. Assim, pode-se considerar que as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, podem ser facilitadoras ou inibidoras do modo como se percebe a transição (Brito, 2012).

Apesar das diferenças individuais, os estudos comprovam que os utentes em transição apresentam respostas semelhantes, sendo possível falar em padrões de resposta. Estes padrões de resposta permitem definir indicadores de processo que são “(...) aspetos que permitem caracterizar as respostas à transição e o modo como esta se está a desenrolar.” (Brito, 2012, p.42) e indicadores de resultado, que é um indicador que mede a diferença entre a situação que se espera atingir e a situação real (Brito, 2012).

A utilização da teoria de médio alcance das transições, tendo em conta a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta, tem sido muito importante para a apurar as intervenções de enfermagem mais efetivas para aquele indivíduo ou para aquela família. “Os enfermeiros podem ajudar na construção de novos modos de ver o mundo, de fazer e de estar; isto é, facilitar a transição e contribuir para a manutenção e/ou para a promoção de melhores níveis de saúde” (Brito, 2012, p.48).

As transições podem ser consideradas saudáveis, em que há domínio de novas competências (mestria) dos comportamentos e dos sentimentos negativos iniciais, associados ao cumprimento do novo papel ou identidade, sendo substituídas por sensação de bem-estar. Podem também ser não saudáveis, caracterizadas por défice no desempenho de papel, ou pelos sentimentos e objetivos negativos associados ao comportamento, percebidos pelo próprio ou por terceiros (Brito, 2012).

Destaca-se a transição saúde/doença, por estar relacionada com a família estudada (apêndice II). A transição saúde/doença está relacionada com uma alteração brusca do estado de saudável para doente, requerendo aquisição de novos conhecimentos e novos hábitos e rituais, o que implica também uma grande alteração no desempenho de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades, no indivíduo e na família. Este processo poderá levar a uma situação de exaustão familiar, que é a consequência da obrigatoriedade de prestar cuidados a um familiar dependente, que podem ter maior ou menor impacto conforme as repercussões económicas, na vida social, emocional e no bem-estar físico do principal cuidador (Cotrim, 2023).

Tendo em conta as características dos cuidadores, o género é um importante fator, pois são as mulheres, em grande parte dos casos, que são as principais cuidadoras, devido à sua maior esperança média de vida e atendendo às funções assumidas por ela. São as mulheres também que se assumem como mais exaustas no papel de cuidadoras (Cotrim & Figueiredo, 2023).

A família, tal como o utente, atravessa diversas fases, perante uma doença grave: negação; conspiração e silêncio; superproteção; excesso de realismo; isolamento social; incerteza e sentimentos de culpa (Moreira, 2001 *as cited in* Cotrim, 2023).

A enfermagem tem capacidade para dar resposta às necessidades sentidas pelo enfermeiro e pela família, no processo de adaptação às alterações impostas pela transição saúde/doença, o que permitirá à família

desenvolver capacidades de adaptação para o autocuidado e promoção do bem-estar e da saúde (Cotrim, 2023).

As situações de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital, sobretudo as situações de saúde/doença, deverão ser o principal foco de atenção pelos enfermeiros, pelo processo adaptativo que obrigam. O seu papel deverá ser descomplicar e apoiar nos processos de transição, através do cuidar, resultando na saúde e no bem-estar subjetivo, antecipando assim as consequências de uma transição pouco saudável (Meleis & Trangenstein, 1994).

O aparecimento de uma doença no contexto familiar normalmente é acompanhado de desânimo e esgotamento na família, levando frequentemente a uma crise no seio familiar, que pode ser mais sentido no subsistema conjugal. A forma como o casal se relacionava antes do evento gerador de *stress* vai ser determinante para lidar com a atual situação de transição de saúde/doença (Biffi *et al.*, 2005 *as cited in* Reis *et al.*, 2022).

2. Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

A prática de enfermagem baseia-se em modelos conceptuais, que facilitam a orientação para a formação, pesquisa e gestão dos cuidados de enfermagem, facilitando a ligação entre a teoria e a prática. Os modelos permitem a tomada de decisão do enfermeiro e são compatíveis com a utilização do processo de enfermagem, permitindo planear, intervir e avaliar, fundamentadas nos pressupostos sistémicos da intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Os modelos teóricos são úteis para trazer à nossa consciência ideias, conceitos e noções. São pensados com base em muitas visões, crenças e teorias mundiais. Não existe um modelo global para a enfermagem de família; pelo contrário, os enfermeiros deverão, para a prestação de cuidados à família, basear-se em múltiplas teorias e visões, conhecendo-as e articulando-as, assim como orientar a sua prática com base na evidência (Wright & Leahey, 2002).

A seguir, são apresentados alguns modelos de avaliação e intervenção familiar explorados ao longo da formação teórica, os quais se mostraram mais significativos no processo de aprendizagem. São eles: o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), o Modelo Circumplexo de Olson e a Enfermagem Baseada nas Forças.

2.1. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família

Os fundamentos teóricos do Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e do Modelo de Calgary de Intervenção da Família (MCIF) foram os sistemas teóricos, a cibernética, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a biologia da cognição do pós-modernismo (Wright & Leahey, 2005).

Em 2023, este modelo foi considerado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Comunitária da OE, como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática clínica, uma vez que, reconhece-o como sendo o modelo que melhor permite um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, revelando uma estrutura multifacetada, e unificada (OE, 2023). Assim, o estudo da família em contexto de Ensino Clínico foi realizado com base no MCAF e no MCIF (apêndice II), motivo pelo qual este será desenvolvido de forma mais abrangente.

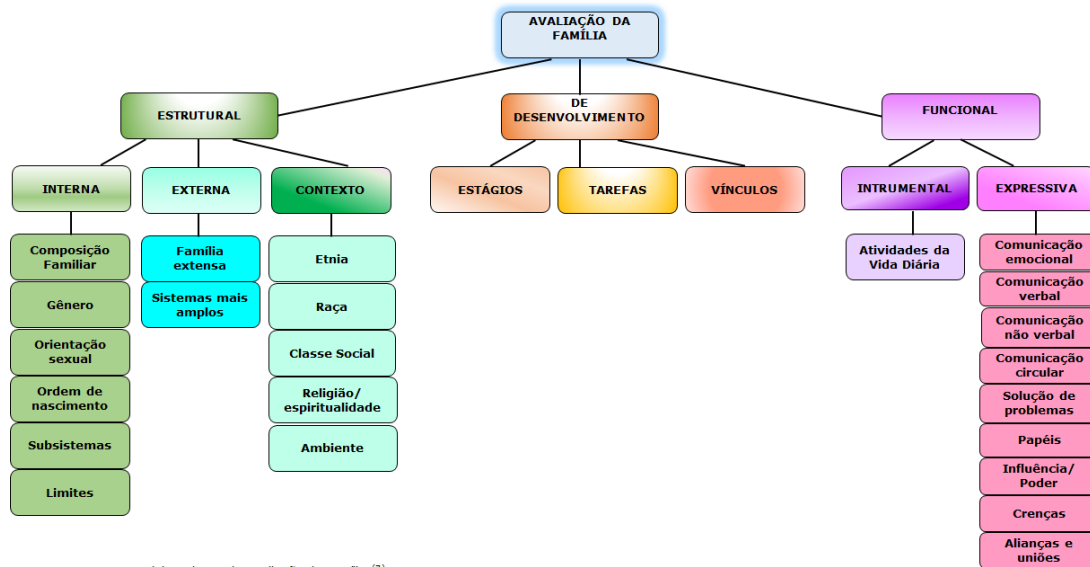
2.1.1. Modelo de Calgary de Avaliação da Família

O MCAF é uma estrutura integrada e multidimensional, com reconhecimento mundial, tendo sido adaptado e aperfeiçoado a partir de um modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders, de 1983. Este modelo é baseado em forças, colaborativo e não-hierárquico, que reconhece a experiência dos membros da família que enfrentam doenças, assim como a experiência dos enfermeiros na promoção da saúde e na gestão da doença (Wright & Leahey, 2005).

O modelo orienta para uma perspetiva macro do sistema que consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O diagrama ramificado da figura 4, explicativo do modelo, orienta para o caminho a seguir pelo enfermeiro. No entanto, deverá ser utilizado com alguma prudência na sua aplicação. O tipo de dados colhidos fica ao critério do enfermeiro, isto é, nem todas as categorias precisam de ser avaliadas num só contacto, e algumas poderão nunca ser avaliadas. A avaliação resulta da perspetiva da família num determinado momento, pois a família está em constante mudança e o cerne da avaliação deverá ser menos nas pessoas como seres individuais, e mais na interação entre elas (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2005).

Figura 4

Representação esquemática do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar



Fonte: Modelo Calgary de Avaliação de Famílias^[7].

Nota. Copyright: Oliveiras et al. (2016)³

Avaliação estrutural

A avaliação da estrutura da família é a descrição de quem faz parte dela, ou seja, qual o vínculo afetivo entre os seus membros e qual é o seu contexto. A estrutura familiar pode ser dividida em três áreas: estrutura interna, estrutura externa e contexto. Para a avaliação estrutural existem ainda instrumentos de avaliação estrutural, tais como o genograma e o ecomapa, mais adiante detalhados (Wright & Leahey, 2005).

Relativamente à estrutura interna, pode-se referir a composição da família, o gênero, a orientação sexual, a ordem de nascimento, os subsistemas e os limites (Wright & Leahey, 2005).

Os subsistemas têm funções diferentes, mas fortemente relacionadas, e a mesma pessoa pode pertencer, simultaneamente a dois subsistemas, o que torna necessária a definição de limites ou fronteiras. Os limites definem quem participa no subsistema e como o faz, assim como permite a diferenciação do subsistema e dos seus membros. Estes permitem ainda ajustar a passagem de informação entre a família, os diversos subsistemas e o meio (Alarcão, 2005).

Existem três tipos de limites: claros (permitem a troca de influências entre cada membro ou subsistema e delimitam o espaço e as funções de cada membro); difusos (existe grande permeabilidade que impede que haja diferenciação de subsistemas) e rígidos (dificultam a comunicação e compreensão entre os membros da família) (Minuchin, 1979 *as cited in* Alarcão, 2002).

Tendo em conta a diferenciação de limites, as famílias podem ser classificadas numa escala contínua que vai de um polo emaranhado (limites difusos) a um polo desmembrado (limites rígidos) (Alarcão, 2002).

As famílias emaranhadas são aquelas que se fecham sobre si num mito de unidade familiar, que têm movimento centrípetos e que alimentam um nível exagerado de preocupações entre os diferentes elementos, confundindo as fronteiras entre gerações, subsistemas e entre os elementos da família. Habitualmente os

³ Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5231/html_2

papéis familiares são rígidos e também estabelecem fronteiras rígidas com o exterior. As solicitações de autonomia podem ser encaradas como falta de lealdade para com o sistema familiar (Alarcão, 2002).

As famílias desmembradas, são aquelas em que se estabelece, no seu interior, limites muito rígidos, e com o exterior limites difusos, maioritariamente com movimentos centrífugos. Os membros da família funcionam de forma individualista e há funções diminuídas de proteção da família. Há uma integração precoce na vida social, sem haver devida preparação; normalmente os papéis familiares são instáveis, apesar da aparente rigidez. São aceites, nestas famílias, grandes variações individuais nos seus membros e o sofrimento de um deles não ultrapassa as fronteiras, muito rígidas, que separam os seus elementos (Alarcão, 2002).

É importante realçar que: não existe qualquer diferença qualitativa entre famílias funcionais e disfuncionais. Numa família funcional é possível encontrar períodos de maior emaranhamento; numa mesma família poderão ser encontrados diferentes tipos de limites entre os elementos ou entre os vários subsistemas e é necessário enquadrar a família num contexto cultural, pois numa cultura uma mesma família poderá ser mais emaranhada e noutra mais desmembrada sem que isso signifique, necessariamente, disfuncionalidade (Alarcão, 2002).

A estrutura externa inclui as subcategorias da família extensa e os sistemas mais amplos. A família extensa inclui a família de origem, assim como a atual geração e os membros da família adotiva, se aplicável. A família de origem, mesmo morando a uma grande distância geográfica, poderá ser um apoio especial (Wright & Leahey, 2005).

Os sistemas mais amplos dizem respeito a instituições sociais mais amplas e pessoas, que não pertencem à família, mas com as quais a família tem um contacto significativo e que representam um apoio legítimo à tomada de decisão. São as relações mais significativas da rede primária social, tendo em conta o mesossistema (Wright & Leahey, 2005; Figueiredo, 2012).

O sistema familiar inclui, e é influenciado, por sistemas muito mais amplos como a vizinhança, a região, o país e a classe, o que se denomina de contexto. O contexto molda e altera o indivíduo e a família. Este contém 5 sub-categorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade/religião e ambiente (Wright & Leahey, 2005).

A etnia e a raça são muito importantes pois poderão influenciar a interação familiar e a identificação do indivíduo e do grupo (Wright & Leahey, 2005).

Relativamente à classe social, pode ser utilizada a escala de Graffar para a avaliar, abordada mais adiante. O baixo estatuto socioeconómico está associado, frequentemente, a dificuldades de acesso a recursos materiais, sociais, económicos e políticos (Figueiredo *et al.*, 2023c; Figueiredo, 2012).

“As crenças religiosas dos membros de uma família, bem como rituais e práticas, podem exercer influência positiva ou negativa sobre sua capacidade de enfrentar ou tratar uma doença ou preocupação de saúde.” (Wright & Leahey, 2005, p.63).

A última subcategoria da avaliação estrutural, no contexto, diz respeito ao ambiente. Esta abrange aspetos da vizinhança, lar e comunidade mais ampla. O funcionamento da família é afetado pelo acesso a escolas, creche, recreio, acesso a transportes públicos e adequação do espaço, por exemplo da habitação (Wright & Leahey, 2005).

Avaliação do desenvolvimento

Para além de conhecer a estrutura familiar, o EEESCESF, deverá entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. É importante fazer a distinção entre o desenvolvimento e o ciclo vital da família. O ciclo vital

da família é a trajetória típica de todas as famílias, tais como as entradas e saídas dos membros da família, eventos de nascimento, educação dos filhos, reforma e morte. O desenvolvimento da família, por seu lado, é pautado por eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doença, catástrofes ou crises políticas e económicas. É um conceito abrangente, que envolve todos os processos de evolução transacional associados ao crescimento da família (Wright & Leahey, 2005).

Não existe um único modelo de desenvolvimento do ciclo vital da família. Relvas (2000) refere que as tarefas a desenvolver pela família relacionam-se com as características individuais dos seus membros, com a própria dinâmica da família e com o grupo social em que se insere. Existem vários modelos do ciclo vital da família, que têm em comum um esquema de classificação por etapas, que marcam uma sequência previsível de mudanças de organização familiar e se distinguem pelo aparecimento ou saída de elementos da família. Os mais utilizados são os modelos de Duvall e Miller (1985), o modelo de Carter e McGoldrick (1995) e o modelo português de Relvas (2000). A limitação de alguns modelos, é o facto da transição para algumas etapas ter como referência o filho mais velho (Silva *et al.*, 2023).

Nos anos 80, Duvall apresentou quatro etapas do ciclo vital da família, tendo posteriormente evoluído para oito etapas, juntamente com as ideias de Miller. Esta considera a presença dos filhos e a idade do filho mais velho (Silva *et al.*, 2023).

A primeira etapa, casais sem filhos, diz respeito à formação da família, sendo a principal tarefa de desenvolvimento, o estabelecimento de uma relação conjugal satisfatória e a preparação para a parentalidade (Silva *et al.*, 2023).

As famílias com recém-nascidos (filho mais velho até 30 meses), representam a segunda etapa do ciclo vital da família. As tarefas de desenvolvimento dizem respeito às exigências do desenvolvimento de uma criança dependente (Silva *et al.*, 2023).

A terceira etapa diz respeito aos filhos em idade pré-escolar (filho mais velho com idade entre os 30 meses e os 6 anos). Esta sugere o ajustamento às necessidades e interesses das crianças, com objetivo da sua estimulação e na promoção do seu desenvolvimento (Silva *et al.*, 2023).

Quando os filhos mais velhos atingem a idade escolar, constitui-se a quarta etapa (entre os 6 e os 13 anos). Caracteriza-se pela assunção das responsabilidades em meio escolar, assim como o relacionamento com outras famílias na mesma fase de desenvolvimento (Silva *et al.*, 2023).

A quinta etapa constitui-se quando o filho mais velho atinge a idade da adolescência (filho mais velho entre os 13 e os 20 anos). Nesta etapa o subsistema parental deverá facilitar o equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade dos filhos, começando a partilhar esta tarefa com a comunidade e a estabelecer interesses para além dos parentais (Silva *et al.*, 2023).

As famílias com filhos jovens adultos (desde a saída do primeiro filho até à saída do último filho de casa) pressupõem a manutenção de uma base de suporte familiar, que permita a separação e a projeção dos filhos para o exterior, quer seja para o primeiro emprego, quer seja para manter uma educação no ensino superior (Silva *et al.*, 2023).

A sétima etapa constitui-se quando o casal é de meia-idade e se pressupõe a reconstrução da relação de casal e a redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas. A família considera-se madura (ninho vazio - reforma) (Silva *et al.*, 2023).

Por último, a oitava etapa é o envelhecimento, em que as famílias são constituídas por membros mais velhos, desde a reforma até ao falecimento de um dos cônjuges. Nesta fase, as tarefas são o ajustamento à reforma, a aprendizagem a lidar com os lutos, a adaptação ao envelhecimento e a viver sozinho (Silva *et al*, 2023).

Para além da avaliação das fases do ciclo vital da família e das tarefas que as caracterizam, é importante avaliar os vínculos afetivos dos seus membros. Os vínculos estão interligados com o laço afetivo emocional exclusivo e forte entre duas pessoas. Os estados de forte emoção surgem durante a formação, manutenção ou rutura desses mesmos vínculos (Wright & Leahey, 2005).

Avaliação funcional

A avaliação funcional da família dá-nos informações de como os indivíduos se comportam uns com os outros, isto é, o funcionamento familiar, no presente, sob a perceção da própria família. Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo (Wright & Leahey, 2005).

O funcionamento instrumental diz respeito às atividades do dia-a-dia dos elementos da família. Para as famílias com elementos com problemas de saúde, esta área é de particular importância, pois estas atividades normalmente são em maior número, ou mais demoradas. A interação entre os processos instrumentais e psicossociais, na vida dos utentes, é de considerar no plano de cuidados de enfermagem. As rotinas familiares são protetoras do *stress* associado à doença crónica, por isso essas rotinas poderão ser incorporadas no planeamento de intervenções de tratamento da doença (Wright & Leahey, 2005).

As atividades de vida diária, segundo a OE (2011b), podem ser subdivididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) ou cuidado pessoal e em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias. AS ABVD são a higiene pessoal, controlo da eliminação vesical, intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência.

Relativamente às AIVD, estas são relativas à capacidade de a família gerir o ambiente em que vive, nomeadamente preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar a medicação adequada, fazer compras e utilizar os meios de transporte (OE, 2011b).

O funcionamento expressivo está relacionado com o funcionamento instrumental, ou seja, se uma família não estiver adaptada ao funcionamento instrumental, terá também problemas no funcionamento expressivo, no entanto, se uma família estiver bem adaptada do ponto de vista instrumental, poderá ainda ter questões expressivas por resolver (Wright & Leahey, 2005).

O funcionamento expressivo divide-se em nove subcategorias (Wright & Leahey, 2005):

1. Comunicação emocional;
2. Comunicação verbal;
3. Comunicação não-verbal;
4. Comunicação circular;
5. Soluções de problemas;
6. Papéis;
7. Influência e poder;
8. Crenças;
9. Alianças e uniões.

A comunicação emocional refere-se ao conjunto de sentimentos que as famílias expressam, que podem ser de raiva, tristeza, alegria e felicidade, ou pelo contrário não são expressadas, por serem rígidas (Wright & Leahey, 2005).

A comunicação verbal diz respeito, principalmente, ao significado de um conteúdo verbal ou escrito, de uma mensagem entre os envolvidos na interação. Está relacionada com o ser capaz de enviar a mensagem diretamente ao destinatário e não enviar mensagens deslocadas (Wright & Leahey, 2005).

A comunicação não-verbal refere-se às mensagens paraverbais e não-verbais transmitidas pelos membros da família, tais como postura corporal, contacto ocular, toque, gestos, movimentos faciais, entre outras. Também a proximidade ou a distância entre os membros da família e a comunicação paraverbal como a tonalidade, sons guturais, choro e gaguejos são indicações importantes sobre a família, às quais os enfermeiros deverão estar muito atentos. É importante também salientar que a comunicação não-verbal depende da cultura e que, por isso, pode ter conotações diferentes. A comunicação não-verbal também está diretamente ligada à comunicação emocional, pelo que é importante o EEESCESF saber aprofundar o significado dessa comunicação que é observada (Wright & Leahey, 2005).

A comunicação circular é a comunicação recíproca entre pessoas, isto é, uma pessoa influencia o comportamento da outra, situação muito frequente em díades na família (Wright & Leahey, 2005).

A subcategoria da solução de problemas é a capacidade que a família tem de dar uma solução eficaz às dificuldades que vai enfrentando. Esta é influenciada pela perceção da própria família acerca das suas capacidades e êxitos passados (Wright & Leahey, 2005).

Os papéis na família são os padrões de comportamento estabelecidos pelos membros da família; são comportamentos não estáticos, desenvolvendo-se por meio de interações com outros indivíduos (Wright & Leahey, 2005).

Ainda dentro da avaliação funcional expressiva, a influência e poder constitui outra subcategoria. Esta diz respeito aos métodos para afetar os comportamentos de um indivíduo, pois o poder é a capacidade de uma pessoa ou grupo regular os critérios pelos quais as diferentes visões da realidade são julgadas e os recursos distribuídos. Podem ser métodos positivos, se forem mecanismos de reforço positivo, ou negativos, por exemplo, com recurso a punições físicas. Podem também ser instrumentais, se se recorrer a objetos ou privilégios de reforço, ou psicológicos, como os elogios, a culpa, as críticas, as ameaças e a indução da culpa (Wright & Leahey, 2005).

Muitas vezes o poder é ligado às questões de género. O papel do EEESCESF poderá ser o de propor que os membros da família contribuam igualmente para a resolução de problemas, através, por exemplo de uma reflexão, do que é o poder (Wright & Leahey, 2005).

As crenças referem-se a premissas, valores, atitudes e pressupostos adotados pelos indivíduos e pela família, estando ligadas a contextos familiares e socioeconómicos. Estas são a base sobre a qual a vida é construída. As crenças de uma família poderão ser ameaçadoras ou facilitadoras, o que pode significar um aumento ou diminuição das opções para a solução de problemas. Quando a doença se instala, as crenças acerca da saúde são ameaçadas moldando a forma como a família se adapta à doença. O papel do EEESCESF é explorar as suas próprias crenças, assim como as do indivíduo e da família (Wright & Leahey, 2005).

As alianças e uniões, a última subcategoria, referem-se à orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família, ou entre famílias e enfermeiros. Estes relacionamentos podem

ser em díade ou em tríade, e esta subcategoria está relacionada com a subcategoria estrutural de limites (Wright & Leahey, 2005).

2.1.2. Modelo de Calgary de Intervenção na Família

O MCIF está associado ao MCAF, e foi o primeiro modelo de intervenção na família que surgiu, na área de enfermagem. É baseado nas forças e orientado para a resiliência, em vez de dar ênfase aos déficits e disfunções, o que poderá ter feito a diferença na prática de enfermagem de família (Wright & Leahey, 2005).

O MCIF é “(...) uma estrutura organizadora para conceitualizar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pela enfermeira.” (Wright & Leahey, 2005, p.132). Este modelo foca a promoção e melhoria do funcionamento familiar eficaz em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental, através de intervenções de “ajuste” propostas pelo enfermeiro (Wright & Leahey, 2005).

A intervenção familiar, de modo a promover a mudança, constitui a faceta mais árdua e estimulante nos cuidados de enfermagem às famílias (Wright & Leahey, 2005).

O objetivo das alterações no domínio cognitivo é mudar as opiniões e crenças da família acerca dos seus problemas de saúde. Para que esta mudança ocorra podem-se utilizar as seguintes intervenções: elogiar as forças da família e dos seus membros, e oferecer informações e opiniões (Wright & Leahey, 2005).

Elogiar o padrão de comportamento da família, tal como as forças da família e dos seus membros durante uma entrevista, pode ser muito eficaz para aquelas que estão a vivenciar um problema de saúde e que sentem frustração e desesperança (Wright & Leahey, 2005).

Oferecer informações e opiniões à família acerca da promoção da saúde, recursos, características emocionais e fisiológicas, é uma das necessidades mais significativas das famílias que enfrentam doenças, sentindo-se frustração na família quando isto não acontece (Wright & Leahey, 2005).

As intervenções para mudar o domínio afetivo têm como propósito reduzir ou aumentar as emoções intensas, que podem ser um bloqueio para a família solucionar problemas. As intervenções de enfermagem podem passar por validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas das doenças e estimular o suporte familiar (Wright & Leahey, 2005).

O EEESCESF deverá ter a tarefa de validar as respostas emocionais intensas perante sentimentos de solidão ou tristeza, tranquilizando a família, enquanto esta assimila novas formas de enfrentar o problema (Wright & Leahey, 2005).

Perante a existência de uma doença, o EEESCESF tem como missão encorajar os membros da família a narrar a parte clínica da doença e o sofrimento, o impacto da doença na família, as experiências de cada membro, o que gera, muitas vezes, relatos de coragem e perseverança. Através destas conversas terapêuticas é possível aliviar o sofrimento e curar feridas psicológicas (Wright & Leahey, 2005).

O domínio afetivo da família pode ser intensificado se os seus membros ouvirem as preocupações uns dos outros, contribuindo para a capacitação da família a reconhecer as suas próprias forças e recursos e encontrando um suporte intrafamiliar (Wright & Leahey, 2005).

O domínio comportamental ajuda os membros da família a interagir e comportar-se de forma diferente, uns em relação aos outros, convidando-os a participar em tarefas comportamentais específicas, para ser

observado o comportamento. As intervenções de enfermagem para mudar este domínio poderão ser: incentivar os membros da família a serem cuidadores e oferecer-lhes suporte, incentivar o descanso e planejar rituais (Wright & Leahey, 2005).

Frequentemente, quando há um membro da família doente ou dependente, o cuidador dessa pessoa faz parte do seio familiar, o que poderá provocar sobrecarga no cuidador. A responsabilidade do EEESCESF é estar atento aos riscos do papel de cuidador e apoiá-lo, com o fornecimento de informações e suporte, se necessário (Wright & Leahey, 2005).

A necessidade de descanso de cada família é variável consoante a gravidade da doença crónica, a disponibilidade para cuidar e consoante os recursos económicos, no entanto, é muito frequente que o cuidador, ou a família cuidadora, necessite desse descanso, de delegar essa tarefa a outra pessoa, durante determinado período de tempo. A função do EEESCESF é reconhecer que esse descanso é essencial para a família cuidadora e incentivá-la a usufruir desse descanso, adaptando a cada situação específica (Wright & Leahey, 2005).

Todas as famílias/indivíduos têm rituais diários, anuais ou culturais. O EEESCESF pode definir com a família a criação de um ritual terapêutico, com objetivo da promoção da saúde, coesão dos membros da família, compreensão, proximidade e amor (Wright & Leahey, 2005).

2.2. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF é um referencial teórico e operativo, que foi criado pela professora doutora Maria Henriqueta Figueiredo, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados às famílias, enquanto unidade de cuidados, nos CSP. Surgiu em 2011, altura em que houve alterações no contexto nacional, relativamente aos CSP e o surgimento de novas especialidades de enfermagem. Nesse mesmo ano, a OE adotou o MDAIF como referencial teórico para a ESF, embora mais tarde tenha vindo a considerar o MCAIF como o referencial teórico mais adequado. Mais recentemente, a IFNA integrou O MDAIF no domínio referente aos modelos da prática (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

O referencial epistemológico do MDAIF é o pensamento sistémico e a fonte teórica é o MCAF e o MCIF. Os seus componentes são os conceitos, os pressupostos, os princípios, as principais definições e a matriz operativa (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

Os conceitos centrais deste modelo vão de encontro aos metaparadigmas de enfermagem: família, saúde familiar, ambiente familiar e enfermagem de família (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

A família, vista numa perspetiva sistémica, é uma rede múltipla de relações de complexidade, caracterizada por vínculos afetivos; evolui enquanto grupo de acordo com as suas finalidades, em diversos contextos, agregando um sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço de humanização e socialização (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

A saúde familiar é um “(...) processo dinâmico de ajustamento coevolutivo dos padrões transacionais que num contexto ecossistémico são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes das transições normativas e acidentais.” (Figueiredo, 2012, p.68). O conceito de saúde familiar integra a saúde de cada membro por si só, mas também aspetos do funcionamento familiar, de forma a existir uma relação entre as práticas de saúde de cada elemento e o nível de saúde da família (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

“O ambiente familiar é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade.” (Figueiredo, 2012, p.68) O modelo de *Broffebrenner* foi a referência da construção do conceito de ambiente familiar no MDAIF, tendo sido considerados vários níveis estruturais (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d):

- o microsistema consiste no contexto no qual os membros da família interagem e desenvolvem os seus papéis familiares;
- o mesossistema envolve os contextos mais amplos, que integram a rede social da família, como a família de origem, a vizinhança, os grupos de amigos, o trabalho e a comunidade;
- o exossistema que envolve os elementos, que embora não tenham contacto direto com a família, têm influência nas tomadas de decisão e na sua necessidade de mudança (alterações ao nível das instituições de saúde e da educação, são exemplo disso);
- o macrossistema, que corresponde ao nível mais amplo do ambiente, integrando a cultura, o sistema de crenças e ideologias, veiculados através dos restantes subsistemas, tendo influência direta nas políticas sociais;
- o cronossistema, que traduz as mudanças, baseadas nas transições normativas e acidentais, que vão ocorrendo ao longo do tempo na família e no ambiente.

O conceito de cuidados de enfermagem à família advém da junção destas três conceções anteriores: família, ambiente familiar e saúde familiar. Os cuidados de enfermagem à família implicam uma interação entre o enfermeiro e família, estabelecendo uma relação terapêutica e dinâmica, num processo coevolutivo, com a finalidade da capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser parte integrante na obtenção dos seus objetivos de saúde estruturais. Podem ser prestados cuidados à família em todas as fases do ciclo vital, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

Os pressupostos do MDAIF surgiram dos conceitos metaparadigmáticos e são os elementos que conferem estrutura ao modelo, assumindo um papel primordial na tomada de decisão (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

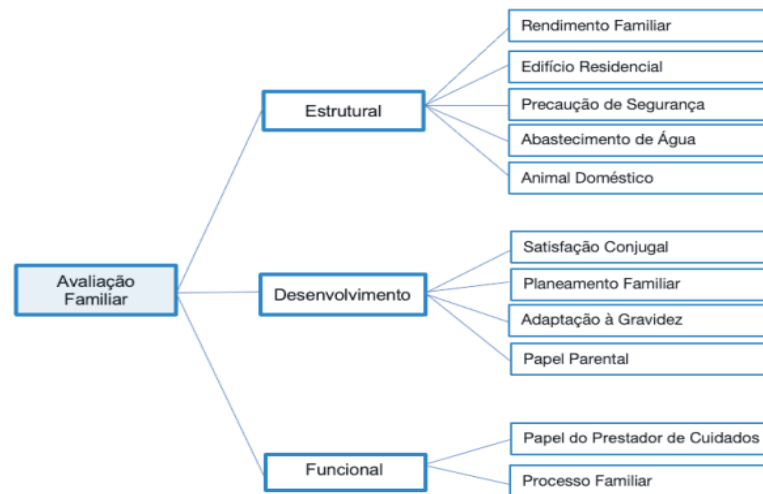
Os postulados integram os princípios e as definições, norteados o processo de enfermagem e encarando os CSP como contexto de excelência para os cuidados de enfermagem à família, considerando-a uma unidade e o alvo principal de cuidados (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d). Os pressupostos e os postulados não vão ser aqui exaustivamente apresentados, pois ultrapassam o âmbito deste trabalho.

As definições do MDAIF constituem áreas de atuação familiares e centram-se em três dimensões fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Estas definições constituem também a matriz operativa e as dimensões compõem categorias avaliativas, com objetivo de direcionar os cuidados de enfermagem à família, quer no eixo sincrónico, quer no eixo diacrónico, identificando recursos internos e externos que podem ser mobilizados para o sucesso dos cuidados (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

O diagrama da matriz operativa apresenta as áreas de atuação que são transversais a todas as etapas do processo de enfermagem (figura 5) (Figueiredo, 2023d).

Figura 5

Diagrama da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Nota. Copyright: Figueiredo et al. (2022)⁴

Avaliação Estrutural

A avaliação estrutural incide sobre a estrutura da família, com objetivo de identificar a composição da família, assim como os vínculos, os subsistemas existentes na família, os sistemas amplos e aspetos específicos do contexto ambiental (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023d).

Na dimensão estrutural fazem parte as seguintes definições: composição da família; tipo de família; família extensa; sistemas mais amplos; classe social; edifício residencial; sistema de abastecimento e ambiente biológico (Figueiredo, 2012).

Avaliação do Desenvolvimento

A dimensão relativa à avaliação do desenvolvimento, permite a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, implicando um conhecimento das etapas do ciclo vital semelhantes em todas as famílias, mas também a identificação de processos de evolução transacional relacionados com o crescimento específico e exclusivo de cada família (Figueiredo, 2012).

As etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2000) foram as adotadas pelo MDAIF. A compreensão desta trajetória permite o planeamento de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família, preparando-a também para as transições seguintes (Figueiredo, 2012).

As definições relacionadas com a avaliação do desenvolvimento são: Satisfação Conjugal; Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez e Papel Parental (Figueiredo, 2012).

Avaliação Funcional

Os padrões de interação familiar, que permitem o desempenho de funções e tarefas familiares, dando sustentabilidade ao sistema, são as áreas em que a avaliação funcional incide. A avaliação funcional engloba

⁴ Disponível em:

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=4211&id_revista=81&id_edicao=269

ainda as dimensões instrumental e expressiva. A primeira enfatiza as atividades quotidianas da família, enquanto a segunda diz respeito às interações entre os membros da família, com a perspectiva de identificar as necessidades da família nestas áreas, relacionando-as com as restantes áreas e assim entendendo a complexidade do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

A avaliação funcional abarca as seguintes definições: Papel do Prestador de Cuidados e Processo Familiar (Comunicação Familiar, *Coping* Familiar, Interação de Papéis Familiares, Relação Dinâmica e Crenças Familiares) (Figueiredo, 2012).

O MDAIF pretende ser a referência da promoção de práticas de enfermagem com as famílias, no que diz respeito à relação entre elementos que estão em constante evolução recíproca, tendo como base um paradigma sistémico e globalizante (Figueiredo, 2023d).

2.3. Modelo Circumplexo de Olson

O Modelo Circumplexo, desenvolvido por Olson e seus colaboradores, explora o funcionamento das famílias a partir de dois conceitos principais: coesão e adaptabilidade familiares. Trata-se de um modelo de avaliação familiar que conjuga os elementos da teoria e da investigação com a prática clínica. No entanto, é necessário considerar a singularidade da família e a sua etapa do ciclo vital, para a validação do funcionamento familiar (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

A coesão familiar está relacionada com a ligação emocional entre os membros da família, isto é, é o equilíbrio entre as necessidades de autonomia e independência, com as necessidades de afiliação e pertença (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

Esta dimensão pode ser avaliada através das seguintes variáveis: laços emocionais; limites familiares; coligações; tempos; espaço; amigos; decisões; interesses e lazer (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

Estes parâmetros possibilitarão determinar a classificação das famílias em relação à coesão, categorizando-as como: desmembrada, separada, ligada e muito ligada (Figueiredo, 2012).

As famílias que se encontram em níveis centrais de coesão (separada e ligada) têm um melhor funcionamento familiar, uma vez que os elementos da família, conseguem, em simultâneo, estar independentes e ligados à família. Os níveis extremos (desmembrada e muito ligada) indicam que a família poderá ser mais disfuncional; um nível de coesão muito elevado poderá indicar pouca independência, com limites muito difusos e elevado emaranhamento; uma família desmembrada poderá indicar um mínimo de relação e compromisso para com a família, indicando uma rigidez estrutural (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

A adaptabilidade familiar é definida como a capacidade do sistema familiar de se ajustar diante de situações de *stress*, sejam elas desenvolvimentais ou acidentais, resultando em possíveis mudanças na liderança, nos papéis e nas regras. (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

À adaptabilidade familiar estão associados seis conceitos do funcionamento familiar: imposição, liderança, disciplina, negociação, papéis e regras (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

A adaptabilidade familiar permite classificar as famílias em: rígida, estruturada, flexível e caótica. Os níveis centrais de adaptabilidade familiar indicam um melhor funcionamento familiar (estruturada e flexível). Os níveis mais extremos (rígida e caótica) são considerados mais problemáticos, uma vez que, as famílias

necessitam tanto de estabilidade como de mudança, num equilíbrio dinâmico entre estes dois processos (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

Da junção entre os quatro níveis de coesão e os quatro níveis de adaptabilidade gera-se uma matriz com dezasseis configurações distintas de sistemas familiares. Esses sistemas são agrupados em três categorias principais: equilibrado (caracterizado por um nível intermediário em ambas as dimensões); meio-termo (com um nível moderado em apenas uma das dimensões) e extremo (marcado por valores extremos em ambas as dimensões) (Figueiredo, 2012).

Foi integrada, mais tarde, no Modelo Circumplexo de Olson, uma terceira perspetiva, a da comunicação. Considera-se que as famílias equilibradas possuem melhores canais de comunicação, comparativamente com as famílias extremas, o que poderá facilitar a expressão de sentimentos, de necessidades e preferências (Figueiredo, 2012).

Este modelo deu origem à Escala de FACES⁵ (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), mais à frente explorada, neste trabalho.

2.4. Enfermagem Baseada nas Forças

A enfermagem, desde a sua origem, tem-se focado em privilegiar as forças, potencialidades e recursos da família e da comunidade, em vez de salientar os seus défices, problemas e fragilidades (Kraus & Silva, 2023).

As forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e da família, e os recursos que a definem como seres únicos; são necessárias para atingir objetivos, desenvolver a saúde, lidar com os desafios e com a doença, facilitar e promover a cura (Gottlieb, 2016).

O Cuidar Baseado nas Forças (SBC⁶) representa uma nova forma de pensamento em enfermagem, pois este tem em conta os aspetos positivos, as áreas que demonstram mais potencial. Não significa que este modelo ignore os problemas ou os défices existentes, mas sim que se foque nas forças como meio de resolução das adversidades (Gottlieb, 2016).

O SBC é um impulso para a mudança, em que a família é o foco do seu próprio cuidado, permitindo que a família encare um processo de reconhecimento e melhoria da sua capacidade de satisfazer as suas próprias necessidades, mobilizando os recursos necessários e tendo o controlo das suas próprias vidas (movimento de *empowerment*). Implica uma parceria colaborativa entre a família e o profissional de saúde, focando-o na personalidade e na humanidade (Gottlieb, 2016).

Para que o enfermeiro pratique o SBC é necessário que ele próprio tenha um bom nível de desenvolvimento pessoal e de autoconsciência, isto é, esteja ciente das próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Este conhecimento pessoal vai ter impacto no reconhecimento das forças do indivíduo/família, por conseguinte desenvolverá no enfermeiro a empatia e a compaixão e, conseqüentemente, fará com que este se desenvolva profissionalmente (Gottlieb, 2016).

Gottlieb (2016) afirma ainda que o enfermeiro deverá ser possuidor das seguintes qualidades essenciais: forças de mentalidade, que incluem humildade, abertura de espírito e atitude não julgar; forças de

⁵ *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*

⁶ Strengths-Based Care

conhecimento e de saber, que darão origem a novas ideias como a curiosidade e a autorreflexão; forças de relação, tais como o respeito, a confiança e a compaixão; e forças de defesa, como a coragem e a autoeficácia.

O processo em espiral é um modelo, incluído no SBC, que orienta a prática de enfermagem, dividindo-se o processo de estabelecimento de uma relação enfermeiro-pessoa, em quatro fases, com objetivo de descobrir e desocultar forças: “Explorar e Ficar a Conhecer”, “Aproximação do Alvo”, “Pôr em Prática” e “Rever”. Estas fases estão relacionadas e interligadas, envolvendo-se umas nas outras, não tendo um início nem um término específico, daí ser denominado “em espiral”. Cada fase caracteriza-se por uma atividade principal, funções específicas e a sua implementação implica que o enfermeiro esteja permanentemente a descobrir e desocultar as forças da pessoa/família sendo, para isso, necessário relacionar as fases do processo em espiral com as características das forças (Gottlieb, 2016).

A primeira fase, “Explorar e Ficar a Conhecer”, tem como objetivo conhecer as preocupações da pessoa e da família. Na fase “Aproximação do Alvo”, o enfermeiro em conjunto com o indivíduo/família, definem as prioridades no que diz respeito às contrariedades principais a resolver. A terceira fase, “Pôr em Prática”, consiste em aplicar as estratégias que definiram para enfrentar os problemas. A última fase, “Rever”, consiste em avaliar as estratégias e intervenções implementadas, com objetivo de fazer um balanço (Gottlieb, 2016).

“A forma como um enfermeiro interage com as pessoas pode ser tão, se não mais, poderosa e duradoura do que outras formas de intervenção.” (Gottlieb, 2016, p.413).

Para se criar ambientes para SBC, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre a pessoa/família e o enfermeiro. O enfermeiro deverá ter a capacidade de criar ambientes solidários e seguros, criar um ambiente facilitador e criar ambientes geradores de uma boa capacidade de adaptação (Gottlieb, 2016).

Os enfermeiros deverão saber capitalizar as forças que já existem, orientar para desenvolver novas forças e usar as forças para equilibrar os défices e fraquezas (Gottlieb, 2016).

Existem várias técnicas que os enfermeiros devem usar para se trabalhar com as forças existentes da pessoa e família. Conhecer as características de como uma qualidade se converte numa força, é a base dessas técnicas específicas (Gottlieb, 2016).

Quando o enfermeiro pretende desenvolver novas forças na pessoa/família, poderá fazê-lo de três formas: identificar potenciais forças e, de seguida, transformá-la numa força útil; converter défices/fraquezas em forças e minimizar os défices/fraquezas, fazendo com que a força se evidencie (Gottlieb, 2016).

Gottlieb (2016) refere ainda que o enfermeiro, antes de colaborar com a família a transformar uma força potencial numa força efetiva, poderá identificar potenciais forças através de 3 passos: usar um genograma e um ecomapa; observar como a pessoa lida com a doença, lesões e tratamentos e pedir à pessoa/família para monitorizar os seus pensamentos, sentimentos e respostas, usando por exemplo uma agenda ou um diário. Após usar estas estratégias, o enfermeiro, em parceria com a família, já estará em condições para desenvolver potenciais em forças.

Outra abordagem para o SBC é converter os défices em forças. Para isso, o enfermeiro tem de compreender o défice e o porquê de ele existir, para o converter numa força. Manter-se-ão, no entanto, algumas fraquezas que não se conseguem tornar em forças. Neste caso, o papel do enfermeiro é minimizar esses défices para maximizar as forças (Gottlieb, 2016).

3. Instrumentos de Avaliação Familiar

Os instrumentos de avaliação familiar têm como principal objetivo serem úteis para a compreensão da família e para elaborar hipóteses, sobre quais as áreas da família merecem avaliação mais aprofundada, de modo a adequar as intervenções do EEESCESF (Figueiredo, 2023e). Estes instrumentos favorecem a comunicação terapêutica e possibilitam a compreensão da funcionalidade familiar, contudo, por si só, não têm valor de diagnóstico e devem ser integrados numa avaliação mais aprofundada, por exemplo, num modelo de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Selecionaram-se os instrumentos de avaliação familiar que se consideraram ter mais relevância, ao longo da formação enquanto EEESCESF e para o estudo à família abordada no apêndice II, nomeadamente: genograma e ecomapa, escala de Graffar, Escala de FACES II, escala de APGAR⁷ familiar de Smilkstein e escala de readaptação social de Holmes & Rahe.

3.1. Genograma e Ecomapa

O genograma e o ecomapa são importantes instrumentos de avaliação estrutural da família, “(...) descritos como instrumentos de avaliação familiar muito úteis para a compreensão de processos familiares, além de contribuírem para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa.” (Figueiredo, 2012, p.17).

O genograma é utilizado na colheita de dados familiares e dos seus problemas; surgiu a partir da teoria dos sistemas familiares, enquanto técnica ativa da terapia familiar (Figueiredo, 2012). É um instrumento de avaliação familiar que apresenta informação gráfica sobre o sistema familiar, permitindo uma rápida visualização sobre a sua composição e sobre outros aspetos da sua complexidade, tais como relações, problemas de saúde e problemas psicossociais. Este também permite a identificação das forças e dos recursos familiares e poderá oferecer dados sobre relacionamento, saúde, religião, etnia e migrações (Figueiredo *et al.*, 2023d; Wright & Leahey, 2005).

Enquanto diagrama visual da árvore familiar, o genograma, evidencia uma perspetiva transgeracional (pelo menos 3 gerações) e os principais acontecimentos biográficos. Tem uma simbologia específica que lhe confere clareza e funcionalidade. Deverá integrar as seguintes áreas: estrutura familiar que inclui a composição, o tipo de família, divórcios ou separações ocorridas; subsistema fraternal, tal como, a ordem de nascimento, diferença e idade dos filhos; padrões de repetição de comportamento, por exemplo padrões relacionais; problemas de saúde familiar e acontecimentos de vida significativos. Deve ser construído com o indivíduo, o casal ou a família, inicialmente através de questões simples e só posteriormente aprofundadas. Trata-se do instrumento de avaliação mais utilizado pelos profissionais de saúde (Figueiredo, 2012).

O ecomapa, que também pode ser designado mapa ecológico, explora as relações sociais e familiares, assim como as ligações com o contexto externo, isto é, com os sistemas mais amplos. Este retrata a falta de recursos e as privações, assim como possíveis fontes a serem mobilizadas para resolver o conflito (Figueiredo, 2023b; Wright & Leahey, 2005).

O ecomapa mostra as relações, sociais e familiares, com o contexto externo, permitindo melhorar a compreensão sobre as experiências dos membros da família e das suas redes sociais, e assim ordenar as informações (Figueiredo, 2012).

⁷ APGAR – Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

Assim como o genograma, o ecomapa recorre também a uma apresentação gráfica, com um código simbólico particular, para que seja traduzível de igual forma, pelos diferentes profissionais de saúde (Figueiredo, 2023b). Estes instrumentos foram aplicados na família estudada, apresentada no apêndice II.

3.2. Escala de Graffar

A escala de Graffar permite avaliar as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social, com objetivo de identificar os recursos, os fatores de *stress* familiar e assim prever condições de risco, nomeadamente alterações a nível do comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2012; Figueiredo *et al.*, 2023c).

A escala de Graffar contém vários itens, nomeadamente a profissão; a instrução; a fonte principal de rendimento; tipo de habitação e local de residência. Poderemos ter dados dos 5 itens ou apenas ter dados de 3 ou 4 itens. A cada um dos critérios é atribuída pontuação de 1 a 5 e o somatório final permite incluir a família numa classe indicativa do nível socioeconómico (Figueiredo, 2012; Figueiredo, *et al.*, 2023c):

- I Classe Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9 (5 itens); 4 a 7 (4 itens); 3 (3 itens);
- II Classe Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13 (5 itens); 8 a 10 (4 itens); 4 a 6 (3 itens);
- III Classe Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17 (5 itens); 11 a 13 (4 itens); 7 a 9 (3 itens);
- IV Classe Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 (5 itens); 14 a 16 (4 itens); 10 a 12 (3 itens);
- V Classe Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25 (5 itens); 17 a 20 (4 itens); 13 a 15 (3 itens).

A escala de Graffar foi aplicada à família que foi objeto de estudo (apêndice II).

3.3. Escala de Faces II

A Escala de FACES é um questionário individual, de autoavaliação do funcionamento familiar (ou do casal), do qual existem quatro versões desenvolvidas pelos mesmos autores do Modelo Circumplexo de Olson (Figueiredo *et al.*, 2023b; Figueiredo, 2012).

A escala de FACES foi desenvolvida em 1978, existindo atualmente 4 versões: FACES I (versão original com 111 itens, muito exaustivo, tendo sido abandonada); FACES II (30 itens – versão utilizada neste relatório); FACES III (com 20 itens) e FACES IV (constituída por 62 itens) (Figueiredo *et al.*, 2023b). A FACES IV ainda não se encontra traduzida e validada para a população portuguesa (Figueiredo, 2012).

A escala de FACES II foi a escolhida (para a família estudada, no apêndice II) porque está traduzida e validada por Fernandes (1995) (Fernandes, 1995 *as cited in* Figueiredo, *et al.*, 2023b) e tem sido utilizada em muitos trabalhos de investigação em Portugal nas diversas áreas do conhecimento (Figueiredo, 2012). É de autopreenchimento, individualmente ou em grupo, em que as opções de resposta são de 1 a 5, correspondendo, respetivamente: 1) quase nunca; 2) de vez em quando; 3) às vezes; 4) muitas vezes; 5) quase sempre. Dos itens, 16 pertencem à dimensão da coesão e 14 pertencem à dimensão da adaptabilidade (Figueiredo *et al.*, 2023b).

Os resultados obtidos com a utilização da escala FACES II podem ser divididos em (Figueiredo *et al.*, 2023b):

- Coesão – desmembrada, separada, ligada e muito ligada;
- Adaptabilidade – rígida, estruturada, flexível e caótica.

Após este resultado, as famílias poderão ser classificadas num resultado linear, em 4 tipos: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas. (Figueiredo *et al.*, 2023b).

3.4. Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

A escala de APGAR Familiar foi criada por Gabriel Smilkstein. A sigla APGAR deriva de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão. Tem como fundamento a crença de que os elementos da família percebem o funcionamento familiar e são capazes de mostrar o seu grau de satisfação com o cumprimento das principais funções familiares, avaliando a família como funcional ou disfuncional, na tentativa posterior de responder às necessidades de melhoria do seu funcionamento (Figueiredo *et al.*, 2023a; Figueiredo, 2012).

A escala é constituída por 5 itens, à qual se responde quase sempre (2 pontos), algumas vezes (1 ponto) ou quase nunca (0 pontos). Se o total de pontos for entre 7-10 é uma família altamente funcional; se o total de pontos for entre 4-6 é uma família com moderada disfunção e se o total for entre 0-3, é uma família com uma disfunção acentuada (Figueiredo *et al.*, 2023a). A aplicação da escala, no ensino clínico, foi aplicado à família estudada, como evidenciado no apêndice II.

Smilkstein (1984) *as cited in* Figueiredo (2012) identifica quatro circunstâncias prioritárias de aplicação desta escala: primeiro contacto com o núcleo familiar; existência de um problema familiar identificado pela família; cuidados em contexto domiciliar quando existe uma doença crónica ou terminal; quando existem problemas psicossociais por parte de um indivíduo da família (Figueiredo, 2012).

3.5. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe

A Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe é representada por um questionário autoministrado, com uma lista de 43 eventos significativos, relacionado com as mudanças ocorridas num passado recente (último ano), tais como eventos da vida, o *stress* e doença. A cada uma das situações da lista está atribuída uma pontuação numa escala de 11 a 100, que representam situações normativas ou acidentais do desenvolvimento familiar e individual. Para se fazer a avaliação da escala somam-se todas as pontuações atribuídas aos acontecimentos assinalados na lista. Se o valor somado for acima de 150 pontos, há a probabilidade de 50% de surgir um problema de saúde físico ou mental num futuro próximo, num ou em vários elementos da família; se o total ultrapassar os 300 a probabilidade sobe para os 80% (Figueiredo *et al.*, 2023e; Figueiredo, 2012).

Holmes & Rahe (1967) *as cited in* Figueiredo (2012) identificaram relação relevante entre momentos de crise e o eventual desenvolvimento de doenças psicossomáticas, influenciada pelo tipo, pela frequência e pela intensidade dos eventos vivenciados. Esta escala foi aplicada no trabalho apresentado no apêndice II.

4. Atitudes dos Enfermeiros Face ao Acolhimento às Famílias

A relevância da família nos cuidados de enfermagem tem sido destacada tanto na evolução da literatura de enfermagem quanto na formulação de políticas de saúde (Silva *et al.*, 2013).

Wright & Leahey (2005, p.1) referem que os enfermeiros têm “(...) o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde”. O cuidado centrado na família, demonstrado pela evidência científica, teórica e prática, exige profundas avaliações, intervenções e práticas relacionais com a família que exigem determinadas atitudes por parte dos enfermeiros (Wright & Leahey, 2005).

Os Planos Nacionais de Saúde (PNS), que têm vindo a ser criados em Portugal desde 2004, definiram como estratégias prioritárias de saúde, a aquisição de um modelo focado na família, a criação do enfermeiro de família, como parte integrante da reorganização dos CSP (2012-2016) e, mais recentemente (PNS 2021-2030), a manutenção do bem-estar da população, ao longo de todo o seu ciclo de vida e dos seus descendentes (Direção Geral da Saúde [DGS] 2004; Decreto-lei n.º 118/2014, 2014; DGS, 2015; DGS, 2022).

Hanson (2005, p.294) refere que “Prestar cuidados a toda a unidade familiar, bem como, cuidar de doentes dentro do contexto das suas famílias é fundamental, independentemente do local onde os cuidados são prestados”. A enfermagem de família, anteriormente associada à saúde pública, mental ou materno-infantil, é atualmente reconhecida como um elemento essencial por grande parte dos enfermeiros, não só nos CSP, mas também a nível hospitalar.

O destaque para o cuidado da família está presente nos documentos que regem a profissão de enfermagem emitidos pela OE, tal como refere o documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.10).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar também fazem referência ao facto dos enfermeiros especialistas terem como principal missão, o acolhimento das famílias, na prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 367/2015 da OE, 2015).

A colaboração entre a equipa de saúde e a família reflete a valorização da qualidade nos cuidados de enfermagem, um aspeto fundamental do cuidado humanizado. As intervenções de enfermagem devem-se focar em proporcionar segurança, estreitar os laços entre o utente e seus familiares ou pessoas significativas, fornecer informações claras, garantir conforto e fortalecer o apoio emocional (Hanson, 2005).

Perante tantos documentos que evidenciam a importância da família nos cuidados de enfermagem, será importante perceber quais as atitudes dos enfermeiros na prática clínica diária.

Para melhor compreender, é necessário entender o significado de atitude, pois este tem sido conceptualizado por diversos autores. De acordo com Neto (1998), uma atitude é uma propensão para responder de forma positiva ou negativa perante determinado objetivo. Estas têm um papel determinante no que diz respeito à integração e acolhimento em grupos sociais e no desenvolvimento da identidade, pois a socialização condiciona o desenvolvimento de determinadas atitudes. A vivência do quotidiano, por parte do indivíduo, poderá levar à mudança de atitudes; não se poderá falar de atitudes sem se ter em conta as experiências individuais.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2019) caracteriza atitude como um processo psicológico com as seguintes características específicas: modelos mentais e opiniões.

A definição de atitude (do latim *aptitudine*, do francês *attitude*) também pode ser entendida como um intermediário entre a forma de pensar e a forma de agir. Tal, vai definir os pensamentos e sentimentos que antecedem a ação e vai concretizar-se no modo/postura que o indivíduo vai adotar. As experiências que os indivíduos/famílias vão adotando tornam-se únicas e particulares, interiorizando-se de tal forma que as tornam, para o indivíduo, verdades indiscutíveis. Este aspeto justifica a demora e a complexidade da modificação de atitudes, por parte da uma pessoa/família (Oliveira *et al.*, 2011; Alves, 2011).

Oliveira *et al.* (2011) e Neto (1998) referem que as atitudes são reações organizadas segundo três componentes: afetiva, cognitiva e comportamental (modelo tripartido das atitudes).

A componente afetiva refere-se aos sentimentos inerentes às respostas fisiológicas que acompanham a atitude, estando relacionada com os valores de carácter emocional, provocando sentimentos positivos ou negativos relativamente ao fundamento da atitude. A componente cognitiva, nem sempre consciente, diz respeito a crenças e opiniões através das quais a atitude é expressa. Por último, a componente comportamental, refere-se ao processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinado modo, traduzindo-se num conjunto de respostas do indivíduo relativamente ao objeto da atitude (Oliveira *et al.*, 2011; Alves, 2011; Pires, 2016).

Quanto maior for a consistência e a coesão das três dimensões, mais estáveis serão as atitudes (Sousa, 2011). Apesar das atitudes apresentarem três dimensões, nem sempre estas são expressas diretamente por ações. Por exemplo, uma atitude poderá refletir apenas uma avaliação positiva ou negativa sobre algo, sem considerar outros elementos ou perspetivas (Neto, 1998).

As atitudes possuem um início e um término, no entanto apresentam uma oscilação de intensidade entre o início e o fim. Esta variação pode ser caracterizada de quatro formas, que indica um *continuum* psíquico: direção, que se explica pelo sentimento de atração, repulsa ou indiferença perante determinado objeto; intensidade que identifica diferentes posições dos indivíduos num *continuum* favorável ou desfavorável, com um ponto mediano; dimensão que permite perceber a multiplicidade do objeto e o seu significado, podendo ser considerada unidimensional ou multidimensional, num ou em vários domínios e acessibilidade que permite entender a conexão entre um objeto e a emoção que ele desperta, conseqüentemente à medida que essa conexão se fortalece, a avaliação emocional intensifica-se, tornando essa associação mais fácil e automática (Neto, 1998).

As atitudes ajudam o enfermeiro na atuação e na resolução dos problemas existentes, sem fazer juízos de valor, uma vez que são um constituinte simplificador da compreensão e da identificação das necessidades do utente e da família (Pires, 2016).

Katz (1960) *as cited in* Neto (1998) atribuiu quatro funções às atitudes: *conhecimento*, *instrumentalidade*, *defesa do eu* e *expressão de valores*. O *conhecimento* ajuda o indivíduo a estruturar o mundo e dar-lhe um sentido, tendo uma perspetiva psicológica cognitiva. Já a *instrumentalidade* ajuda o indivíduo a obter recompensas e a ganhar a aprovação dos outros, com uma perspetiva behaviorista. A *defesa do eu*, tem como objetivo proteger-se de reconhecer as verdades básicas sobre si, com uma perspetiva psicológica psicanalítica. Por fim, a *expressão de valores* pretende ajudar a pessoa a expressar aspetos importantes do autoconceito, com uma perspetiva humanística (Neto, 1998).

Todos os indivíduos adotam determinadas posições quando confrontados com determinados acontecimentos. Essas posições, correspondem a respostas afetivas, cognitivas e comportamentais em

relação a um objeto social, as quais estão impregnadas de significados associados a sentimentos, emoções, pensamentos, ideias e decisões (Neto, 1998).

Para avaliar o conceito de atitude existem vários métodos, nomeadamente a observação direta do comportamento ou das respostas fisiológicas das pessoas. No entanto, a forma mais utilizada é através do recurso a um inquérito de atitudes, solicitando-se aos indivíduos indagados, o seu grau de concordância/discordância relativamente a um alvo atitudinal, sendo utilizada, para tal, normalmente uma escala de *likert*. A técnica conhecida como "escala das atitudes" baseia-se na ideia de que é possível quantificar as atitudes por meio das crenças, opiniões e perceções que uma pessoa tem sobre um determinado tema ou objeto (Fernandes *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2011).

Na Enfermagem de Família, Benzein *et al.*, (2008a) desenvolveram um instrumento, o *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA) para avaliar as atitudes de acolhimento das famílias nos cuidados de enfermagem. Os itens deste instrumento integram as três dimensões das atitudes: cognitiva "Eu penso...", afetiva " Eu sinto..." e comportamental "No meu trabalho...". Este, foi posteriormente traduzido e validado em Portugal, por Oliveira *et al.* (2009; 2011), denominando-se a escala "Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros" (IFCE-AE), o qual, por ser um instrumento fidedigno e capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros face às famílias, foi utilizado neste estudo.

Enquanto alguns profissionais não percebem a importância de incluir a família nos cuidados, outros demonstram habilidade em oferecer assistência de forma criativa, profissional e inovadora, mesmo em um contexto de alta exigência tecnológica e complexidade assistencial (Hanson, 2005).

Para os enfermeiros poderá ser difícil lidar com os familiares, pois as famílias, por estarem preocupadas com os seus membros, poderão ser críticas e observadoras em relação ao trabalho de enfermagem (Corrêa *et al.*, 2002).

Envolver e interagir com os familiares poderá constituir um obstáculo, segundo Corrêa *et al.* (2002), uma vez que os enfermeiros sabem que a situação de doença é potencialmente geradora de *stress* e ansiedade na família, o que pode gerar uma crise familiar. Para gerir essa crise, é necessário ter tempo, que é considerado o principal entrave à interação enfermeiro/família, segundo os mesmos autores.

Os enfermeiros que adotam uma visão negativa em relação à participação da família, tendem a enfrentar um maior número de conflitos (Galinha, 2009). Adotar uma postura positiva em relação à família, envolve identificar os seus conhecimentos, crenças e o seu papel decisivo em todo o processo terapêutico, mesmo quando há divergências de opinião (Sousa, 2011).

Alguns enfermeiros relatam dificuldades na relação com os familiares, que podem estar relacionadas com o encontro de famílias de culturas estrangeiras, ou, com lidar com parentes mais desafiadores (Benzein *et al.*, 2008b).

A presença da família, junto ao utente, durante a prestação de cuidados do enfermeiro, pode ser causadora de algum incómodo para este, uma vez que o enfermeiro pode-se sentir "avaliado" (Fisher *et al.*, 2008).

Outras condicionantes para a relação enfermeiro/família, estão relacionadas com o espaço físico dos serviços, a organização de trabalho e a falta de formação específica nesta área, nomeadamente como saber lidar com os familiares e quais as suas necessidades. Há evidência científica de que os enfermeiros com formação em enfermagem de família, acolhem com mais facilidade a família como um parceiro no cuidar (Corrêa *et al.*, 2002; Hallgrimsdottir, 2000; Oliveira *et al.*, 2009).

Os fatores que afetam os comportamentos e as atitudes dos enfermeiros, em relação ao acolhimento dos familiares, estão relacionados com características pessoais dos enfermeiros, a sua formação, a política da instituição e do serviço, e a equipa que o compõe (Fisher *et al.*, 2008). Apostar em formação profissional revela-se determinante para melhorar a prática avançada de enfermagem de família, segundo o IFNA (2017), o que corrobora a ideia anterior.

Segundo Fisher *et al.* (2008), existe alguma disparidade entre aquilo que os enfermeiros acham que é a atitude correta a ser aplicada, aquilo que eles recomendam e aquilo que são os cuidados com as famílias na sua prática clínica efetiva. Embora os enfermeiros vejam a presença da família como podendo ser capaz de controlar a apreensão do doente e ser revitalizante, as suas atitudes nem sempre o demonstram (Fisher *et al.*, 2008).

Estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias comprovam a dicotomia entre os seus discursos. Por um lado, é destacada a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, mas na verificação das práticas conclui-se que estas se mantêm centradas nos indivíduos (Benzein *et al.*, 2008b).

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

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em Enfermagem. O reconhecimento do título de enfermeiro especialista pressupõe a aquisição, para além das competências específicas de cada especialidade, as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE).

O PNS de 2004-2010 definiu, como uma das estratégias e *settings* prioritários, uma abordagem centrada na família. Posteriormente, o PNS 2012-2016, com extensão a 2020, focou a reorganização dos CSP, evidenciando a melhoria no seu acesso e na qualidade da prestação de cuidados. Em consonância com este PNS, surgiu o Decreto-lei n.º 118/2014, referente à criação do enfermeiro de família, à semelhança de outros países na União Europeia e de acordo com as orientações da OMS. Determinou os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito dos CSP, nomeadamente nas USF e nas UCSP. Também o PNS 2021-2030, em linha com a estratégia com o resto da Europa, focou na saúde sustentável, através da melhoria da saúde e do bem-estar da população em todo o seu ciclo de vida, preservando o planeta e mantendo a saúde das gerações futuras (DGS, 2004; Decreto-lei n.º 118/2014, 2014; DGS, 2015; DGS, 2022).

Todo este processo, levou à criação do Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, que regulamentava as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF (revogado) e, posteriormente, o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, que veio legislar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEESCESF, serão abordadas seguidamente.

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais dá origem às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas de cada especialidade. As competências comuns promovem um enquadramento regulador para a certificação de aptidões e permitem transmitir aos cidadãos o que esperar dos cuidados especializados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por qualquer enfermeiro especialista, independentemente da sua área. Este deverá ter uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, assim como um exercício profissional especializado na área da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são quatro: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro especialista deverá desenvolver uma prática profissional ética, deontológica e legal, devendo demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, tomando decisões cumprindo as normas inerentes (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Decreto-lei n.º 161/96, 1996).

Ao longo do ensino clínico, na USF C, foi demonstrada uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, através da criação de estratégias de resolução de problemas com o utente e da tomada de decisão em equipa, com base na deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Lideraram-se os processos de tomada de decisão ética na área de especialidade correspondente, durante o estágio, desempenhando um papel de consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência na área de especialidade, em consonância com o presente no código deontológico dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Lei n.º 156/2015, 2015).

O enfermeiro especialista “garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4746), condição respeitada durante o ensino clínico. A promoção dos direitos humanos e a gestão, em equipa, das práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente, através do respeito pelos Direitos Humanos e pela deontologia profissional, são também competências do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE).

1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista deverá ter um papel impulsionador no desenvolvimento de estratégias institucionais na área da governação clínica (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Os enfermeiros, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, deverão contribuir para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, mobilizando conhecimentos avançados na melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Decreto-lei n.º 161/96, 1996).

Nas unidades onde se prestam cuidados, os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade de orientar projetos institucionais na área da qualidade, participando na designação de metas e na realização de protocolos para a melhoria da qualidade de cuidados organizacionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de

fevereiro da OE). Na orientação do estágio, pelo facto da enfermeira fazer parte do grupo da coordenação da vacinação da ULS-RL, como elo de ligação, e integrar o corpo editorial do *Info Saúde* (Jornal Periódico da ULS-RL), houve oportunidade de acompanhamento dessas responsabilidades.

Como futura enfermeira especialista houve oportunidade, durante o ensino clínico, de criar um ambiente terapêutico e seguro, condição essencial para o sucesso terapêutico, evitando ocorrências indesejadas e gerindo o risco, contribuindo tudo isto para o bem-estar do utente (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE).

1.3. Gestão dos Cuidados

O domínio da Gestão dos Cuidados, nas competências comuns do enfermeiro especialista, refere-se à capacidade de organizar, coordenar e supervisionar os cuidados de saúde, garantindo qualidade, eficiência e segurança na prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Em colaboração com a enfermeira mestre e especialista orientadora do estágio, houve capacidade de colaboração na tomada de decisão, reconhecendo a necessidade e requerendo serviços de outros prestadores de cuidados de saúde. Houve também capacidade de delegação de tarefas, supervisionando-as e avaliando-as (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Esta competência é comum ao enfermeiro de cuidados gerais, e trata-se de uma preocupação presente no quotidiano, pois de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, a prestação de cuidados deverá “Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro.” (OE, 1996).

A otimização e coordenação do trabalho da equipa e a adoção de um papel de liderança são também competências essenciais do enfermeiro especialista, utilizando e adequando os recursos de forma eficaz, mantendo a qualidade e introduzindo processos de mudança e inovação (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais está relacionado com a capacidade de promover o crescimento contínuo, tanto pessoal como profissional (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento progressivo interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, assim como a gestão de sentimentos e emoções em situações de pressão e a utilização de técnicas de resolução de conflitos. Todas as referidas são competências que deverão fazer parte da aptidão de um enfermeiro especialista, que foi desenvolvido ao longo dos estágios e se continua a desenvolver no dia-a-dia, como enfermeira (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Por fim, a prática clínica baseada na evidência deverá fazer parte do quotidiano da prática de qualquer enfermeiro, no entanto, um enfermeiro especialista deverá ser veículo da aprendizagem, em contexto de trabalho, atuando como formador oportuno, dinamizador e gestor da interiorização de novo conhecimento, revelando instrução que contribui para a prática especializada (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Os CSP têm assinalado um crescimento ao nível do tratamento da doença, mas principalmente na sua prevenção. O enfermeiro de família tem um papel estrutural e insubstituível no acesso e prestação de cuidados nos CSP (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O Estatuto da OE, a partir de 2015, passou a identificar o título de EEESCESF, diferenciando as necessidades de cuidados de enfermagem especializadas em áreas emergentes, mas distintas (Lei n.º 156/2015, 2015; Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Foram definidas competências especializadas para todas as especialidades na área de enfermagem, incluindo para o EEESCESF. As competências específicas do EEESCESF subdividem-se em duas grandes áreas: cuida da família enquanto unidade de cuidados e lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Os estágios desenvolvidos na USF C, acompanhados pela enfermeira orientadora, mestre e especialista em ESF, contribuíram para a reflexão sobre o cumprimento das competências do EEESCESF, tendo em conta o Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018), relacionando as expectativas teóricas com as práticas observadas durante o estágio na USF.

2.1. Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados

O EEESCESF deverá cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros individualmente, promovendo a sua capacitação, ao longo do ciclo vital e considerando as suas transições (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O EEESCESF desempenha um papel muito importante na promoção e proteção da saúde e controlo de situações complexas, assim como na prevenção de doenças no contexto familiar e na comunidade, através da abordagem e estimulação da família, em todas as fases do ciclo vital, na concretização dos seus objetivos e na validação dos seus pontos fortes (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

Na USF C, mais especificamente no polo 2, colhem-se dados importantes para o estado de saúde da família, nomeadamente, percebendo o seu historial, a estrutura familiar, os fatores de risco ambientais que possam afetar o seu estado de equilíbrio, assim como as crenças e a cultura familiar (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

A prática do EEESCESF deverá ser desenvolvida num ambiente seguro e com base na evidência científica, intervindo de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

Em situações de transição complexa, o EEESCESF deverá facilitar a resposta da família, promovendo o processo de consciencialização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e mudança, dando feedback à família do seu progresso, relativamente aos seus objetivos de saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017; Gottlieb, 2016).

Durante o estágio na USF C, conseguiram-se identificar dinâmicas familiares através do estabelecimento de um diálogo com a família, identificando os seus pontos fortes, com objetivo de reforçar a saúde da mesma (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017). Ainda assim, a perceção que fica é que o EEESCESF

deveria ter mais tempo para estar com as famílias. O desafio que foi sentido no estágio e mantido na prática diária, foi a pressão para atender muitos utentes e falta tempo para avaliações mais profundas, comum em muitas unidades do nosso país (Gonçalves *et al.*, 2018) e comum também internacionalmente (Stacciarini & Bartholomeu, 2001), o que poderá ter como consequência uma fragmentação de cuidados, que é exatamente o inverso do que se pretende na ESF.

O enfermeiro de família, preferencialmente EEESCESF, através do estabelecimento de uma relação com a família (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), da educação para a saúde, acompanhamento contínuo das famílias, promoção da consciencialização de estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças crónicas, como diabetes ou hipertensão, consegue ter uma ação concreta na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Faz parte das competências do EEESCESF avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na concretização dos objetivos familiares e avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família, ajustando os cuidados, se necessário (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

Para que se consigam planear e prestar cuidados especializados à família, fazendo-a alcançar os resultados que a mesma desejar, é necessário organizar um plano de cuidados (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O plano de cuidados inclui a realização de diagnósticos, estruturando intervenções para a família e utilizando os instrumentos de avaliação familiar mais apropriados. Criar um plano de cuidados para a família permite, não só registar o que é realizado, mas também avaliar o resultado das intervenções implementadas, no sentido da melhoria da prática (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Muitas famílias não têm muita adesão ao plano de cuidados, sobretudo em populações vulneráveis. O EEESCESF deverá ter, para além das competências clínicas, instrumentos de comunicação e empatia, para ajustar as suas abordagens às necessidades e contextos familiares e socioeconómicos (Rocha, 2024). No âmbito da realização da visita domiciliária, foi possível identificar alguma resistência, por parte de certos utentes, no seguimento das orientações transmitidas durante a educação para a saúde, comprometendo o benefício terapêutico tanto do próprio utente como da sua família. Nestas situações, torna-se desafiante estabelecer uma ligação efetiva com os utentes, sendo, por isso, fundamental fomentar o diálogo com a família, recorrer a estratégias motivacionais, identificar crenças e recursos disponíveis, bem como compreender a cultura familiar, de forma a perceber a sua influência nas decisões relacionadas com a saúde.

No contexto da prática especializada da ESF, tentou-se manter uma visão integradora, promovendo a continuidade e a articulação dos cuidados de forma a garantir um acompanhamento eficaz e personalizado. Utilizaram-se ferramentas de avaliação familiar como por exemplo, a escala de Graffar e APGAR Familiar de Smilkstein, tendo sido conseguido com sucesso nalgumas famílias, por estar disponível no sistema informático utilizado, o SClínico®. Foram igualmente aplicados outros instrumentos, nomeadamente o genograma e o ecomapa, fundamentais para a avaliação e compreensão aprofundada da dinâmica familiar, contribuindo significativamente para a elaboração do plano de cuidados. Contudo, tratam-se de ferramentas que não estão integradas nos sistemas de informação em uso. Embora seja possível recorrer ao seu registo manual, tal estratégia revela-se pouco prática no que respeita à continuidade dos cuidados e à integração no processo clínico, cada vez mais orientado para a digitalização.

No decurso da aprendizagem, tentou-se aumentar a visibilidade dos cuidados prestados à família e melhorar a qualidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, principalmente no que diz respeito à

EESF, embora este seja um caminho desafiador e extenso, que se pretende continuar a trilhar, durante o percurso profissional.

2.2. Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção Familiar

O EEESCESF deverá saber gerir, articular com outras equipas, se necessário, e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família, sempre com a permissão e conhecimento da mesma (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

A colaboração interdisciplinar deverá ser utilizada, se aplicável, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde à família, orientando para outras instituições ou equipas de saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

O enfermeiro de família, ou o EEESCESF, ao estar na linha da frente dos CSP, é muitas vezes o primeiro ponto de contacto para as famílias, o que exige uma grande dose de autonomia na tomada de decisões clínicas e na gestão de casos. No trabalho de um EEESCESF, a referenciação para outros profissionais de saúde é crucial, pois resulta no sucesso da intervenção à família, que beneficia de uma abordagem integrada e da interdisciplinaridade (Benito *et al.*, 2003). Durante o ensino clínico, foi possível estabelecer articulação com outros profissionais de saúde e com outras unidades de saúde, como médicos, serviço social, serviços hospitalares e UCC. Essa colaboração evidenciou autonomia dentro dos limites das competências, sempre com o objetivo de promover o bem-estar familiar (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

A enfermeira orientadora do ensino clínico distinguiu-se como o elemento que faz a diferença no âmbito da intervenção familiar, na USF C. É a única enfermeira capaz de articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, uma vez que é a única EEESCESF na unidade (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O EEESCESF está incumbido de liderar o sistema de cuidados de saúde à família, nos diferentes níveis de prevenção. Este é responsável pelo planeamento, desenvolvimento e implementação de programas de saúde relacionados com a família, utilizando sistemas de informação e tecnologias que estejam à disposição, contribuindo, desta forma, para destacar a importância da EESF e para o crescimento do enfermeiro, como profissional de saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017). A cooperação interprofissional poderá causar sobrecarga de trabalho, acompanhados de receios de perder privilégios (Gasparian, 2010), no entanto, o EEESCESF deverá reconhecer o limite das suas competências e não entender isto como uma barreira limitadora do reconhecimento do EEESCESF como referência.

O desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a família e os seus direitos, tem a obrigação de envolver o EEESCESF, assim como EEESCESF deve encetar esforços para se envolver. Todas estas práticas deverão ser baseadas na melhor evidência clínica e na investigação científica (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018; IFNA, 2017).

Transversal à maior parte das unidades no país é a falta de tempo e os recursos limitados (Lima, 2006), realidades que não favorecem a investigação e atualização contínua. As USF, no geral e a USF C, em particular, são habitualmente unidades que têm organizadas reuniões semanais, muitas delas destinadas à formação, quer em contexto multiprofissional quer em contexto setorial, o que se pode considerar uma mais-valia, no desenvolvimento profissional constante.

O EEESCESF tem o compromisso de se manter atualizado e de partilhar conhecimento com a equipa. Tendo em conta este aspeto, foi apresentado, à equipa de enfermagem, como já foi anteriormente referido, uma comunicação oral sobre a importância, para a família, da visita domiciliária de enfermagem à puérpera e ao

recém-nascido (comprovativo em anexo I). O objetivo é a melhoria de práticas pois esta visita domiciliária é um procedimento não realizado na USF C. Ainda sobre este tema foi publicado, em conjunto com a enfermeira orientadora, no jornal digital periódico da ULS-RL, denominado *Infosaúde*, na edição n.º10, um artigo relacionado com o mesmo tema (apêndice I). Considera-se também que a enfermeira orientadora, promove uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), uma vez que faz parte do corpo editorial do *Infosaúde*, apoiado pela Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Foi ainda formadora no Webinar “Intervenções de Enfermagem nas Famílias de Hoje...”, numa colaboração do Instituto Politécnico de Santarém com o Instituto Politécnico de Viseu, durante o ano de 2024.

O EEESCESF deverá ter uma postura proativa na defesa dos interesses da família e da comunidade, com objetivo da promoção da visibilidade e da continuidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Tendo em conta que a EESF é recente, ainda pouco conhecida e pouco valorizada, considera-se que seria importante a criação de indicadores específicos a ela associados. Esta questão incentivaria uma maior documentação das intervenções à família, conduzida a cuidados à família mais estruturados, pois entende-se que, apesar de se intervir junto da família, se documenta insuficientemente nos sistemas de informação disponíveis, o que dificulta a visibilidade da EESF e a continuidade de cuidados. A EESF tem ainda um grande percurso a percorrer, até ser reconhecida pelas famílias, pela comunidade e até pelos enfermeiros de cuidados gerais e das outras especialidades.

No percurso formativo da EESF, evidencia-se um compromisso contínuo com a melhoria do desempenho na prestação de cuidados à família. A experiência prévia numa USF facilitou a integração e adaptação à dinâmica do estágio, uma vez que já existia um conhecimento aprofundado sobre o trabalho do enfermeiro de família. O trabalho nos cuidados à família tem sido desenvolvido de forma contínua, com oportunidades diárias de reflexão e aperfeiçoamento na sua abordagem como um todo, sustentado tanto na teoria assimilada quanto na experiência adquirida durante o estágio.

Em suma, a prática durante os estágios permitiu observar que o EEESCESF é um pilar essencial no sistema de saúde, desempenhando um papel abrangente que vai desde a prestação direta de cuidados até à gestão de equipas e recursos. No entanto, o exercício pleno destas competências enfrenta desafios práticos, como a sobrecarga de trabalho, as limitações estruturais e a dificuldade em alcançar uma verdadeira interdisciplinaridade.

IV – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. Introdução à Prática Baseada na Evidência

A prática baseada na evidência é uma tomada de decisão clínica, baseada numa estratégia de resolução de problemas tendo em conta evidência científica atualizada, avaliação e experiência profissional, mantendo sempre as necessidades e desejos do utente, no âmbito dos cuidados de enfermagem. Para que se desenvolva uma prática baseada na evidência é necessário que se desenvolva uma investigação em enfermagem, com objetivo da melhoria da qualidade de cuidados (OE, 2012).

A investigação científica é uma “(...) atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis.” (Vilelas, 2022, p.41).

Os enfermeiros, de todos os níveis de formação, têm a obrigação de participar no desenvolvimento do conhecimento das ciências da enfermagem (Fortin, 1999).

2. Metodologia

2.1. Conceptualização do Estudo e Objetivos

As posturas assumidas pelos enfermeiros em relação à família influenciam diretamente o processo de prestação de cuidados. Nesse sentido, as atitudes dos enfermeiros, nos momentos de interação terapêutica com as famílias, refletem a sua compreensão sobre a relevância de as incluir no cuidado. Essa dinâmica resulta em práticas que podem, em maior ou menor grau, contribuir para o fortalecimento e a funcionalidade das famílias no contexto do cuidado em enfermagem (Oliveira *et al.*, 2011).

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias mostram que, embora as declarações dos profissionais sublinhem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas adotadas não correspondem a essas representações. (Oliveira *et al.*, 2011).

O acolhimento das famílias, por parte dos enfermeiros nos contextos clínicos, favorece práticas que promovem o seu fortalecimento e a sua autonomia funcional (Oliveira *et al.*, 2011; Wright & Leahey, 2005).

Entender a visão dos enfermeiros sobre a inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem, possibilitará identificar os desafios e avanços necessários na ciência de enfermagem. Dessa forma, procura-se garantir que a participação ativa das famílias nos cuidados seja uma prática efetiva em todas as áreas de atuação do enfermeiro, independentemente da sua área de especialidade (Frade, *et al.*, 2021).

O estudo de investigação aqui apresentado inclui-se na fase II do Projeto: ‘*CuidarFam*’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, do Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (*ciTechCare*).

Assim, é pertinente a enunciação dos objetivos desta investigação. Estes determinam o que “(...) o investigador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa.” (Vilelas, 2022, p. 87). O mesmo autor refere ainda que definir objetivos implica determinar uma meta a atingir, evidenciando as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação.

Os objetivos gerais são os seguintes:

- Compreender as atitudes dos enfermeiros de CSP, no acolhimento familiar nos cuidados de enfermagem;
- Entender a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e as atitudes que estes demonstram no acolhimento da família nos cuidados de enfermagem.

Dos objetivos gerais emergiram os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar as atitudes de acolhimento familiar dos enfermeiros nos CSP;
- ✓ Associar as atitudes de acolhimento familiar dos enfermeiros, com o género, a idade, o estado civil, o grau académico, o tempo de exercício profissional e o contexto de prestação de cuidados;
- ✓ Confrontar as atitudes de acolhimento familiar dos enfermeiros, com as habilitações académicas que possuem, a formação especializada em enfermagem e a formação em enfermagem de família.

2.2. Questões De Investigação

Fortin (1999, p.101) refere que uma questão de investigação é “(...) um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” As questões de investigação são referentes a áreas que se devem explorar com vista a obter novas informações, delimitam as variáveis e as relações entre elas. Definem ainda a população-alvo e sugerem investigação empírica.

As questões de investigação deste estudo são:

- 1 - “As atitudes dos enfermeiros demonstram um acolhimento da família nos cuidados de enfermagem?”
- 2 - “Existe relação entre as atitudes demonstradas pelos enfermeiros no acolhimento da família e as suas características sociodemográficas e profissionais?”

2.3. Hipóteses

Uma hipótese de investigação (H) é uma solução provisória, que o pesquisador sugere perante uma investigação executada, tendo em conta o problema de investigação (Vilelas, 2022).

Fortin (1999) refere que as hipóteses decorrem das questões de investigação e são axiomas formais de relações previstas entre duas ou mais variáveis. Podem ser entendidas também como uma antevisão baseada numa teoria. Na formulação de hipóteses identificam-se as relações entre variáveis e o seu papel na investigação (Vilelas, 2022).

Vilelas (2022) refere ainda que na hipótese nula de associação (H_0) não há relação entre as variáveis, isto é, não há efeito da variável independente sobre a variável dependente. A rejeição da hipótese nula (H_0) permite aceitar a hipótese de investigação (H_x), do ponto de vista estatístico.

Para cada característica a testar, definiram-se duas hipóteses: uma chamada hipótese nula (H_0), que é uma suposição de que o fenómeno experimental não influencia as características da amostra; e a hipótese alternativa (H_1), que é uma previsão das mudanças esperadas nas características da amostra de acordo com o fenómeno experimental observado (Vilelas, 2022).

Assim, a rejeição ou não-rejeição de uma hipótese depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância - p) (Vilelas, 2022):

- se $p = 0,1$, não existe evidência contra H_0 e não é possível rejeitar a hipótese nula;
- se $p < 0,1$, existe menor evidência contra H_0 ;
- se $p < 0,05$, há uma evidência significativa contra H_0 , e é possível rejeitar a hipótese nula;
- se $p < 0,01$ ou $p < 0,001$, há uma evidência muito significativa contra H_0 , e é possível rejeitar a hipótese nula.

Formulam-se as seguintes hipóteses, tendo em conta o tema do estudo, para responder às questões em análise, e determinar uma relação entre a atitude dos enfermeiros no acolhimento da família na prestação de cuidados nos CSP, e as variáveis sociodemográficas e profissionais:

H₁: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o género;

H₂: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a idade;

H₃: Há relação entre atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o estado civil;

H₄: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o grau académico;

H₅: Há relação entre atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a formação académica adicional;

H₆: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a área de especialização;

H₇: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a categoria profissional;

H₈: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o tempo de exercício profissional;

H₉: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de prestação de cuidados (UCC, USF ou UCSP);

H₁₀: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a existência de formação em enfermagem de família;

H₁₁: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de formação em enfermagem de família.

Para verificar as hipóteses é necessário recorrer a testes estatísticos apropriados para cada tipo experimental. Existem essencialmente dois tipos de testes estatísticos, os paramétricos ou não paramétricos. A diferença principal entre eles é a refinação das medidas utilizadas para calcular a variabilidade dos resultados (Vilelas, 2022).

Os testes paramétricos podem ser usados desde que a variável dependente possua distribuição normal, ou sigam a curva de *Gauss*, e que as variâncias populacionais sejam homogéneas, caso se estejam a comparar duas ou mais populações. Para determinar a normalidade da amostra, o teste de *Kolmogorov-Smirnov* é o mais utilizado, enquanto o mais potente para determinar a homogeneidade da amostra é o teste de *Levene* (Marôco, 2021). Vilelas (2022) refere que o teste de *Kolmogorov-Smirnov* é utilizado quando a amostra tem mais de 50 elementos e que em alternativa deverá ser usado o teste de *Shapiro-Wilk*.

2.4. Operacionalização das Variáveis

Uma variável é qualquer atributo que é passível de assumir valores distintos e tem de estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e com a fundamentação teórica. A variável, como o próprio nome indica, “varia”, isto é, na investigação é importante perceber de que modo é que uma variável pode influenciar outra (Vilelas, 2022; Fortin, 1999).

As variáveis operacionalizam-se numa série de alternativas. Estas séries podem ser contínuas, quando entre um e outro valor existem possibilidades infinitas intermédias, e discretas, quando a variável se altera de uma forma não-contínua, isto é, as posições intermédias necessitam de sentido. No caso de serem discretas, e existirem somente duas hipóteses, a variável designa-se dicotómica (Vilelas, 2022).

Existem características que distinguem as variáveis tais como: utilidade (adequada à natureza da população em estudo); homogeneidade (pertencer ao mesmo setor); inclusividade (todas as variações devem ter a possibilidade de serem estudadas); mútua exclusividade (cada tipo deve apenas ter uma classe); pertinência (só devem ser integradas no estudo se servirem para medir o facto da investigação); dimensões (organizadas por categorias, e a cada uma dessas categorias podem corresponder múltiplos indicadores) (Vilelas, 2022).

Vilelas (2022, p.174) refere que “Definir operacionalmente uma variável é torná-la passível de observação e mensuração. Isto faz-se através das dimensões da variável e dos seus indicadores.”. As dimensões dizem respeito aos aspetos que permitem medir a variável e os indicadores, às características a serem verificados em cada dimensão (Vilelas, 2022).

Durante este estudo foram identificadas variáveis dependentes e independentes que se apresentam seguidamente.

2.4.1. Variável independente

Uma variável independente é aquela em que, perante o estabelecimento de uma relação, não depende de nenhuma outra variável (Vilelas, 2022). Num estudo, a variável independente (ou experimental) é aquela que é ajustada intencionalmente para medir o seu impacto na variável dependente (Fortin, 1999).

As variáveis independentes são aquelas que caracterizam o perfil sociodemográfico e profissional do enfermeiro, tal como é apresentado no quadro 2.

Quadro 2

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: Masculino; Feminino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável: entre 0 e + ∞ anos
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Solteiro; União de facto/casado; separado/divorciado; viúvo
Profissional	Grau académico	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
	Formação Académica adicional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Pós-graduação; Especialização; Outra; Não possuo
	Área de Especialização	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 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
	Categoria Profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Enfermeiro; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Gestor
	ULS onde trabalha	Variável qualitativa nominal	Contínua	Resposta aberta variável (posteriormente transformada numa resposta múltipla com as opções de ULS respondidas)
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável: entre 0 e + ∞ anos
	Contexto de prestação de cuidados	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: USF; UCSP; UCC

Quadro 2
Operacionalização das variáveis independentes (continuação)

PERFIL	VARIÁVEL	ESCALA DE MEDIDA	CONTINUIDADE DAS VARIÁVEIS	OPÇÕES DE RESPOSTA
Profissional	Formação de enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: Sim; Não
	Contexto da formação no âmbito da enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Múltipla: Contexto académico; Formação contínua; Instituição; Outro

2.4.2. Variável dependente

A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente (Fortin, 1999). Nesta investigação a variável dependente é “atitude dos enfermeiros no acolhimento da família nos cuidados de saúde primários” e para a operacionalização da mesma foi utilizada a escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009; 2011), encontrando-se operacionalizada no quadro 3.

Quadro 3
Operacionalização da variável dependente

VARIÁVEL	ESCALA DE MEDIDA	CONTINUIDADE DAS VARIÁVEIS	OPÇÕES DE RESPOSTA
Atitude dos enfermeiros no acolhimento da família nos cuidados de saúde primários	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, pode variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104 pontos

2.5. População e Amostra

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. No entanto, é impossível, por variadas razões, estudar toda a população, pelo que é necessário definir uma parte da população para estudar, isto é, uma amostra (Vilelas, 2022).

A amostra, segundo Vilelas (2022), pode ou não ser probabilística ou não-probabilística. A primeira, ocorre quando cada um dos elementos da população tem a mesma probabilidade de ser selecionado, e a segunda, é um método intuitivo, mais rápido e com menores custos, em que os elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

As amostras por conveniência, acidentais ou convenientes constituem uma subclasse das amostras não-probabilísticas. “Neste tipo de amostra os elementos são selecionados pela sua conveniência (por exemplo, os colegas de turma), por voluntariado, ou ainda acidentalmente. (...)” (Marôco, 2021, p.11).

A população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros que trabalham em CSP, nas ULS da região sul (ULS de Amadora/Sintra, ULS de Almada/Seixal, ULS do Estuário do Tejo, ULS de Loures/Odivelas, ULS de Santa Maria, ULS de São José, ULS do Oeste, ULS do Médio Tejo, ULS da Arrábida, ULS de Lisboa Ocidental, ULS do Arco Ribeirinho, ULS do Alto Alentejo, ULS do Alentejo Central, ULS do Baixo Alentejo, ULS do Algarve) e da região centro, exceto a ULS-RL (ULS do Baixo Mondego; ULS da Cova da Beira; ULS de Viseu Dão-Lafões; ULS da Guarda; ULS de Castelo Branco; ULS de Coimbra; ULS da Região de Aveiro e ULS da Lezíria).

Construíram-se os seguintes critérios de inclusão da amostra: todos os enfermeiros da população alvo, que se disponibilizem para participar no estudo, que estejam incluídos nas ULS acima descritas e que trabalhem em unidades de CSP tais como UCSP, USF e UCC (amostra não-probabilística, por conveniência).

Não foram incluídos enfermeiros que, embora trabalhassem em CSP, integrassem unidades de saúde pública, devido ao facto de não prestarem cuidados diretos a famílias (critério de exclusão).

2.6. Tipo de Estudo

O estudo é “(...) 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, 2022, p.195).

Este estudo tem como objetivo compreender e antecipar um fenómeno através da medição das variáveis e da análise dos dados numéricos, caracterizando-se, assim, como um estudo quantitativo, quanto ao modo de abordagem. Vilelas (2022) refere que os estudos quantitativos incluem tudo o que pode ser quantificável, isto é, tudo o que pode ser quantificado numericamente, para posteriormente ser analisado e classificado, recorrendo a programas e/ou técnicas estatísticas. As características de um tipo de estudo quantitativo consistem em: colher os dados para comprovar teorias ou hipóteses, ter presentes medidas numéricas e análises estatísticas para testar essas mesmas hipóteses, lidar com informações objetivas, através da sua sistematização e investigações de abordagem positivista orientadas para confirmação de hipótese (Vilelas, 2022).

Quanto ao objetivo geral, este estudo considera-se do tipo descritivo e correlacional. “Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa” (Vilelas, 2022, p.214). Um estudo correlacional procura determinar as relações entre as variáveis, o seu grau de dependência, isto é, como se comporta uma variável conhecendo o comportamento da outra, através de formulação de hipóteses e utilizando provas estatísticas (Vilelas, 2022).

Em termos temporais, classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados sucede num único momento para cada participante, isto é, é analisado um ponto específico num determinado instante (Fortin, 1999; Vilelas, 2022).

Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de um estudo por inquéritos, que são exclusivos das ciências sociais e são utilizados quando queremos conhecer o comportamento das pessoas, perguntando-lhes diretamente (Vilelas, 2022).

Em suma, será utilizado um método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, correlacional, transversal, por inquéritos.

2.7. Instrumento para Colheita de Dados

Depois de desenvolver os elementos teóricos e determinar o tipo de estudo, torna-se essencial selecionar as técnicas apropriadas para a recolha de dados da realidade (Vilelas, 2022). Embora os dados possam ser recolhidos de formas diferentes, o investigador é o principal decisor em relação ao instrumento de colheita de dados (Fortin, 1999). Um instrumento de colheita de dados é, segundo Vilelas (2022), um meio que o investigador pode usar para conhecer os fenómenos e retirar deles informação, destacando dois aspetos importantes: a forma e o conteúdo (Vilelas, 2022). O instrumento de colheita de dados é aquele que vai dar respostas às questões de investigação e às hipóteses, ou seja, a sua fiabilidade e validade são muito importantes (Fortin, 1999).

“O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.” (Fortin, 1999, p.249). Vilelas (2022) refere ainda que o objetivo da aplicação de um questionário é obter, de maneira metódica e organizada, dados referentes ao grupo populacional e às variáveis em análise, com a finalidade de generalizar.

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi um questionário (apêndice III) composto por duas partes: a caracterização da amostra (dados sociodemográficos e profissionais: género; idade; estado civil; grau académico; formação académica adicional; área de especialização, se aplicável; categoria profissional; local de trabalho; tempo de exercício profissional; formação no âmbito da enfermagem de família e contexto dessa mesma formação) e a escala IFCE-AE (Oliveira *et al.*, 2009; 2011) adaptada para a realidade portuguesa. Esta foi validada através de testes de confiabilidade, que revelaram uma boa consistência interna para o total dos itens, tendo-se considerado a escala fidedigna e válida. A escala original (FINC-NA) foi desenvolvida na Suécia, a partir da revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiros e investigadores (Benzein *et al.*, 2008a).

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

Trata-se de uma escala de autopreenchimento, composta por 26 itens, que incorporam afirmações sobre as atitudes dos enfermeiros face ao acolhimento da família nos cuidados de enfermagem. As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *likert*, dimensionada para quatro opções: “Discordo Completamente” (1 ponto), “Discordo” (2 pontos), “Concordo” (3 pontos) e “Concordo Completamente” (4 pontos). A pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 a 4, num total de 26 a 104 pontos sendo que quanto maior o score obtido, melhores são as atitudes de suporte à família demonstradas pelos enfermeiros (Oliveira *et al.*, 2011; Frade *et al.*, 2021).

Os itens da escala IFCE-AE são classificados em: cognitivo (eu penso...), afetivo (eu sinto...) e comportamental (eu faço no meu trabalho...) (Oliveira *et al.*, 2011; Silva, *et al.*, 2013), propondo-se estes avaliar três dimensões: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; Família: recurso nos cuidados de enfermagem – 10 itens; Família: fardo – 4 itens. A versão portuguesa sofreu algumas alterações em relação à versão original que contemplava quatro dimensões (Oliveira *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2013).

No quadro 4 está apresentada a divisão de itens da escala IFCE-AE pelas três dimensões acima descritas.

Quadro 4
Itens da Escala IFCE-AE divididos por dimensões

Dimensões	Itens	Pontuação
Família: parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens)	<p>4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18. Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>	Entre 12 a 48 pontos
Família: Recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens)	<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>	Entre 10 a 40 pontos
Família: fardo (4 itens)	<p>2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26. A presença de membros da família deixa-me em stresse.</p>	Entre 4 a 16 pontos

Nota. Adaptado de Oliveira *et al.* (2011)

Martins & Lomba (2021) definiram 3 categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros consoante o valor total do score encontrado: de 26 a 52 pontos – atitude negativa; de 52 a 78 pontos – atitude positiva e de 78 a 104 pontos – atitude muito positiva.

Também Sampaio *et al.* (2021) definiu três categorias de atitudes de apoio: baixo apoio, apoio e excelente apoio, tendo-as relacionado com os quartis (Q). Assim, as categorias: baixo apoio, apoio e excelente apoio estão relacionadas, respetivamente, com os níveis: abaixo do Q_1 , entre o Q_1 e o Q_3 , e acima do Q_3 . A atitude de apoio e, em especial, o apoio excelente, refletem a perceção do enfermeiro quanto ao valor da família enquanto recurso essencial no processo de cuidar. Esta postura fundamenta-se em princípios de colaboração, que evidenciam a importância de estabelecer uma relação positiva e cooperante com a família. Por outro lado, a atitude de baixo apoio manifesta-se através de comportamentos que limitam o envolvimento da família nos cuidados prestados, traduzindo-se, por exemplo, na restrição da sua presença durante determinadas intervenções.

2.8. Procedimentos de Colheita de Dados e Considerações Éticas

“A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas.” (Vilelas, 2022, p. 467).

Este estudo inclui-se no projeto *CuidarFam*, que já se encontra aprovado pela Comissão de Ética em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para aplicação em todas as escolas superiores do país, datada de 09/11/2021, com o número de parecer P808-10-2021 (Anexo II).

O questionário foi elaborado na aplicação *Google forms* e divulgado através das redes sociais (em grupos de enfermeiros) e através de divulgação partilhada entre particulares, não tendo sido usados quaisquer meios institucionais. O questionário foi colocado à disposição entre 5 e 21 de novembro de 2024.

Durante a recolha de dados, foram seguidas as diretrizes éticas e deontológicas da investigação, assegurando que a sua participação fosse voluntária, baseada no consentimento informado e garantindo a confidencialidade dos envolvidos. A fim de respeitar estes princípios, a utilização da escala foi antecedida pelo consentimento informado aos participantes (Apêndice III).

2.9. Tratamento e Análise dos Dados

Para a análise dos dados, estes foram introduzidos e analisados no *software Statistics Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.1.0, pelo investigador principal.

Marôco (2021) refere que o SPSS é, certamente, o *software* mais utilizado nas ciências humanas e sociais, na biomedicina, ciências empresariais e engenharia.

Tendo em conta os moldes deste estudo e as características das variáveis utilizaram-se as seguintes técnicas de estatística descritivas, apresentadas em tabelas, gráficos de barras e gráficos circulares:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central: média aritmética, mediana e moda;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

Para avaliar se as variáveis dependentes influenciam a variável independente “Atitude dos enfermeiros no acolhimento da família nos CSP” utilizaram-se os seguintes testes de estatística inferencial:

- Alfa de *Cronbach*, estatística muito utilizada para avaliar a consistência interna, isto é, para validar um instrumento psicométrico. O alfa de *Cronbach* deverá ser entre 0 e 1, tendo as seguintes interpretações (Vilelas, 2022):

- ✓ Superior a 0,9: consistência muito boa;
 - ✓ Entre 0,8 e 0,9: consistência boa;
 - ✓ Entre 0,7 e 0,8: consistência razoável;
 - ✓ Entre 0,6 e 0,7: consistência fraca;
 - ✓ Inferior a 0,6: consistência inadmissível.
- Testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* e o teste de *Levene*; os dois primeiros são testes de normalidade de distribuição da amostra e o último é um teste de homogeneidade das variâncias populacionais. Vilelas (2022) refere que quando há menos de 5 possibilidades em cada 100 ($p = 0,05$) de se obter determinado resultado, considera-se que são estatisticamente significativas. Se p for maior ou igual que 0,05, considera-se que a variável dependente tem distribuição normal ou há homogeneidade da amostra, se p for inferior a 0,05, a variável dependente tem distribuição não normal (não segue a curva de *Gauss*) ou não há homogeneidade das variâncias populacionais.
 - Coeficiente de correlação de Pearson (r), com objetivo de determinar a intensidade e a direção da associação linear entre as variáveis quantitativas. Este varia entre -1 e 1 e indica a intensidade da relação, sendo que se $r > 0$ as variáveis seguem no mesmo sentido e se $r < 0$ variam em sentidos opostos. Nas ciências humanas, habitualmente classificam-se as correlações como (Vilelas, 2022):
 - ✓ $|r| = -1$: Correlação negativa perfeita;
 - ✓ $-1 < |r| \leq -0,8$: Correlação forte negativa;
 - ✓ $-0,8 < |r| \leq -0,5$: Correlação moderada negativa;
 - ✓ $-0,5 < |r| \leq -0,1$: Correlação fraca negativa;
 - ✓ $-0,1 < |r| < 0$: Correlação ínfima negativa;
 - ✓ $|r| = 0$: Correlação nula;
 - ✓ $0 < |r| < 0,1$: Correlação ínfima positiva;
 - ✓ $0,1 \leq |r| < 0,5$: Correlação fraca positiva;
 - ✓ $0,5 \leq |r| < 0,8$: Correlação moderada positiva;
 - ✓ $0,8 \leq |r| < 1$: Correlação forte positiva;
 - ✓ $|r| = 1$: Correlação perfeita positiva.
 - Teste *t-Student* e *ANOVA*⁸ (Análise da Variância), para testar as diferenças entre as médias das variáveis em estudo, utilizando o mesmo nível de significância que foi explicado no tópico das Hipóteses.

⁸ *Analysis of Variance*

3. Apresentação e Análise dos Resultados

Tendo em conta a população apresentada, a amostra foi de 30 questionários, com enfermeiros pertencentes às ULS da região centro (exceto a ULS-RL) e da região sul.

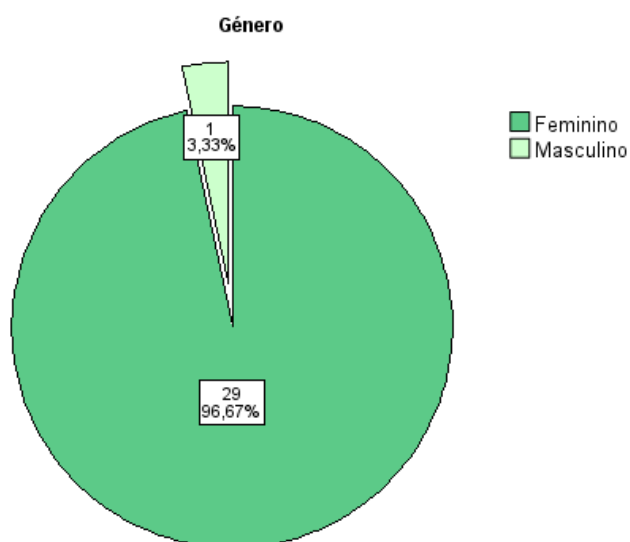
3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros

Para apresentar as características sociodemográficas e profissionais dos participantes na pesquisa, apresentam-se, de seguida gráficos e tabelas resumo.

Relativamente ao género, como representado no gráfico 2, 96,67% ($n=29$) dos enfermeiros inquiridos são do sexo feminino (moda), enquanto 3,33% ($n=1$) são do género masculino.

Gráfico 2

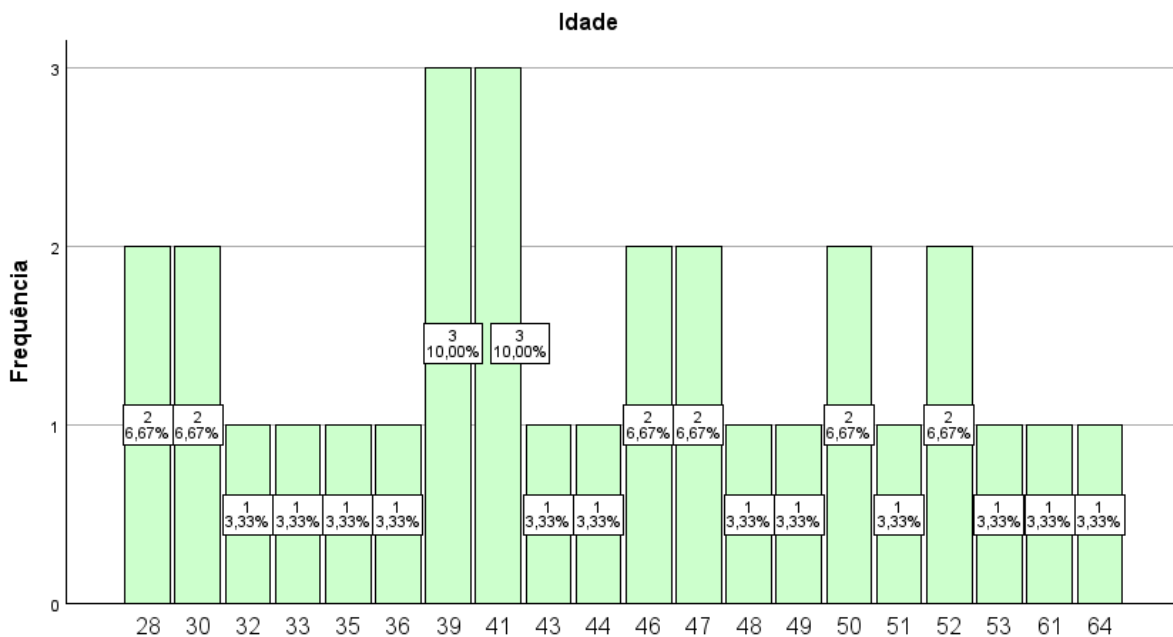
Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao género



No que diz respeito à idade dos inquiridos (gráfico 3), 13,34% estão entre os 28 e os 30 anos ($n=4$), 23,32% estão entre os 31 e os 40 anos ($n=7$); 43,33% entre os 41 e os 50 anos ($n=13$, faixa etária com mais percentagem de respostas), 13,33% entre os 51 e os 60 anos ($n=4$) e 6,66% entre os 61 anos e os 64 anos ($n=2$).

Gráfico 3

Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à idade



A média de idade dos enfermeiros da amostra foi de 43,17 anos, a mediana de 43,5 anos e a moda é de 39 anos. O desvio padrão é de 9,25; a idade mínima é de 28 e a máxima é de 64 anos (tabela 1).

Tabela 1

Medidas de tendência central e de dispersão da variável idade

Idade		
N	Válido	30
	Omisso	0
	Média	43,17
	Mediana	43,50
	Moda	39
	Desvio padrão	9,25
	Mínimo	28
	Máximo	64

Quanto à última variável sociodemográfica, o estado civil da amostra, 16,7% são enfermeiros solteiros, 76,7% estão em união de facto ou são casados, 6,7% são separados ou divorciados, não havendo quaisquer viúvos na amostra (tabela 2).

Tabela 2

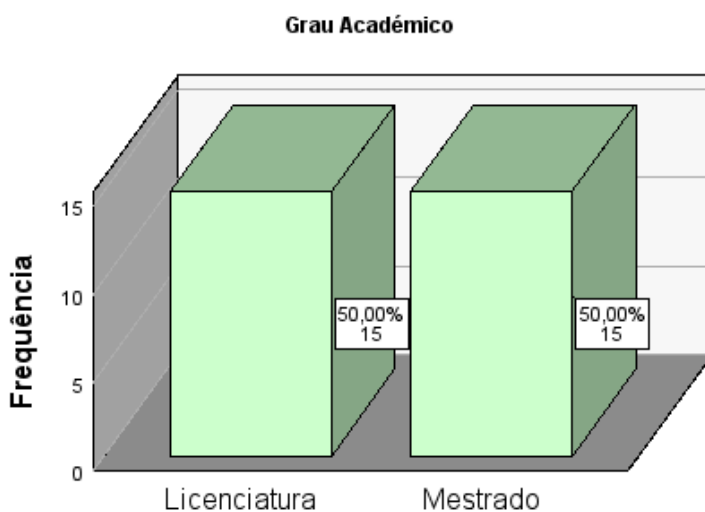
Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto ao estado civil

Estado Civil		
	<i>n</i>	%
Solteiro	5	16,7
União de Facto/Casado	23	76,7
Separado/Divorciado	2	6,7
Viúvo	0	0,0
Total	30	100,0

Iniciando a análise dos dados profissionais, no que diz respeito ao grau académico (gráfico 4), 50% ($n=15$) dos enfermeiros da amostra têm o grau de licenciados e 50% ($n=15$) têm o grau de mestrado. Não existiram enfermeiros na amostra com o grau de bacharelato ou doutoramento.

Gráfico 4

Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao grau académico



Os enfermeiros, quando inquiridos acerca da formação académica adicional, 6,7% ($n=2$) referiram possuir uma pós-graduação, 66,7% ($n=20$) disseram possuir uma especialização e 26,7% ($n=8$) indicaram que não possuíam qualquer formação académica adicional, tal como representado na tabela 3. A moda da formação académica adicional é a especialização.

Tabela 3

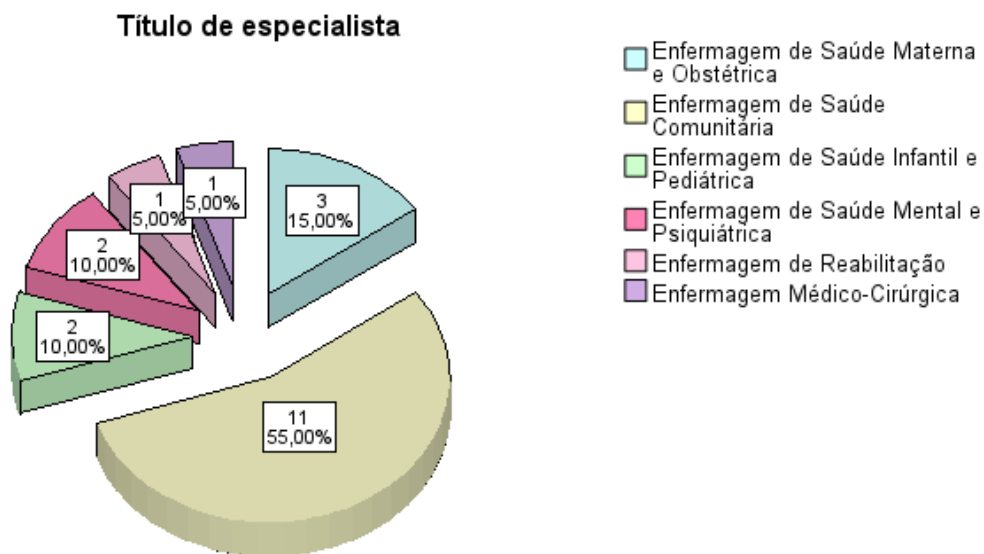
Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto à formação académica adicional

Formação Académica Adicional		
	<i>n</i>	%
Pós-graduação	2	6,7%
Especialização	20	66,7%
Não possui	8	26,7%

Quando questionados acerca do título de especialista reconhecido pela ordem dos enfermeiros, 20 enfermeiros responderam a esta questão (gráfico 5). A especialidade mais representada (moda) é a de Enfermagem de Saúde Comunitária (55%; *n*=11), seguindo-se com 15% a Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (*n*=3), com 10% a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (*n*=2, cada área de especialização) e com 1% a Enfermagem de Reabilitação e a Enfermagem Médico-Cirúrgica (*n*=1, cada área de especialização).

Gráfico 5

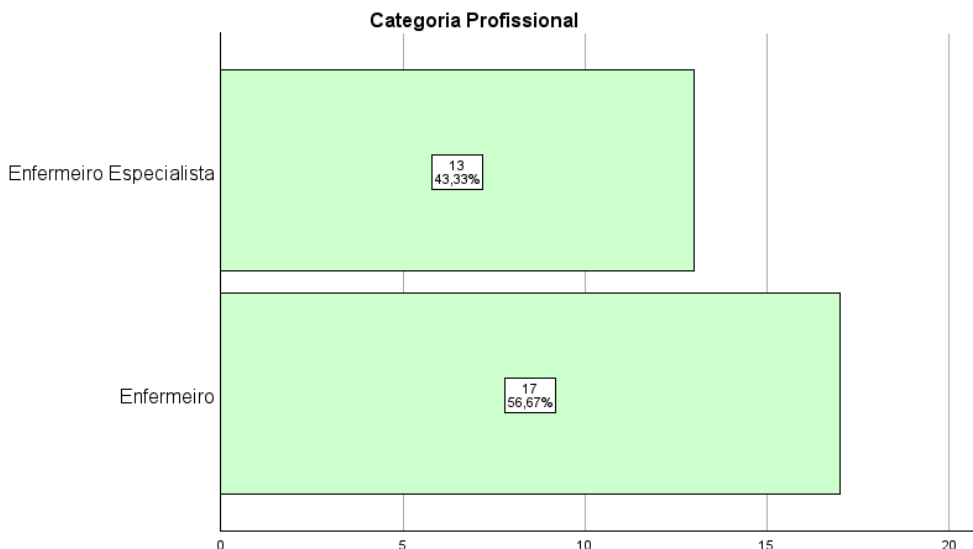
Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao título de especialista



A questão relativa à categoria profissional, representada no gráfico 6, a opção de enfermeiro gestor não foi selecionada por nenhum enfermeiro (0%). A categoria de enfermeiro especialista foi respondida por 43,33% dos enfermeiros (*n*=13) e a categoria de enfermeiro por 56,67% dos enfermeiros (*n*=17), que representa a moda da categoria profissional.

Gráfico 6

Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à categoria profissional



Na questão onde era pedido que indicasse a ULS a que o enfermeiro pertencia (tabela 4), a ULS mais bem representada é a ULS de Coimbra (20%, $n=6$, moda da amostra), seguida das ULS Amadora/Sintra e ULS do Médio Tejo (16,7% cada uma, $n= 5$). As restantes respostas representam percentagens iguais ou inferiores a 10%. Embora fizessem parte da população, não houve respostas de 11 ULS, 4 da Região Centro (ULS do Baixo Mondego, ULS Viseu Dão-Lafões, ULS de Castelo Branco, ULS da Região de Aveiro) e 7 da Região Sul (ULS de Santa Maria, ULS do Oeste, ULS da Arrábida, ULS do Arco Ribeirinho, ULS do Alto Alentejo, ULS do Alentejo Central e ULS do Baixo Alentejo).

Tabela 4

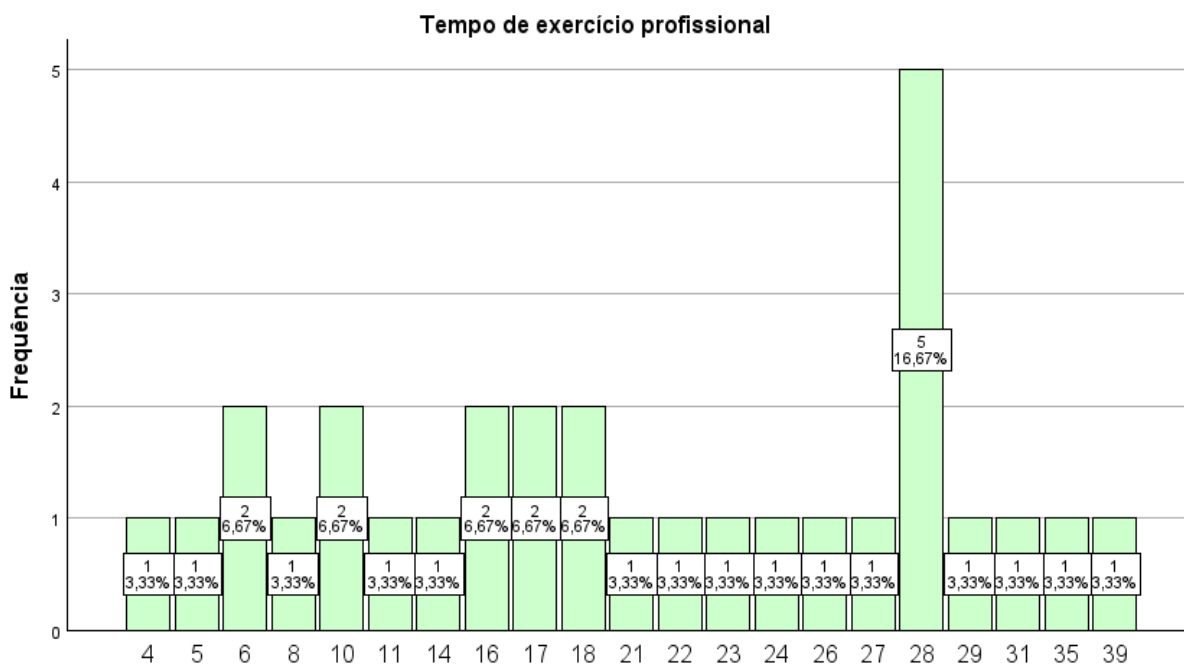
Frequências absolutas e relativas da distribuição da amostra quanto à ULS onde exerce funções

ULS onde exerce funções		
	<i>n</i>	%
ULS da Cova da Beira	2	6,7%
ULS da Guarda	1	3,3%
ULS de Coimbra	6	20,0%
ULS da Lezíria	1	3,3%
ULS de Amadora/Sintra	5	16,7%
ULS de Almada/Seixal	3	10,0%
ULS do Estuário do Tejo	1	3,3%
ULS de Loures/Odivelas	1	3,3%
ULS de São José	2	6,7%
ULS do Médio Tejo	5	16,7%
ULS de Lisboa Ocidental	1	3,3%
ULS do Algarve	2	6,7%

Quanto ao tempo de exercício profissional, 23,33% ($n=7$) dos enfermeiros têm 10 ou menos anos de experiência profissional; 26,7% ($n=8$) têm entre 11 e 20 anos de experiência; 39,98% ($n=12$) têm entre 21 e 30 anos de experiência e 9,99% ($n=3$) têm entre 31 e 39 anos de experiência (gráfico 7).

Gráfico 7

Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao tempo de exercício profissional



O mínimo de “Tempo de exercício profissional” da amostra é 4 anos e o máximo é 39 anos de experiência. A moda desta variável é 28 anos de experiência, a média é 19,77, a mediana é de 19,5 anos e o desvio padrão é de 9,49, conforme representa a tabela 5.

Tabela 5

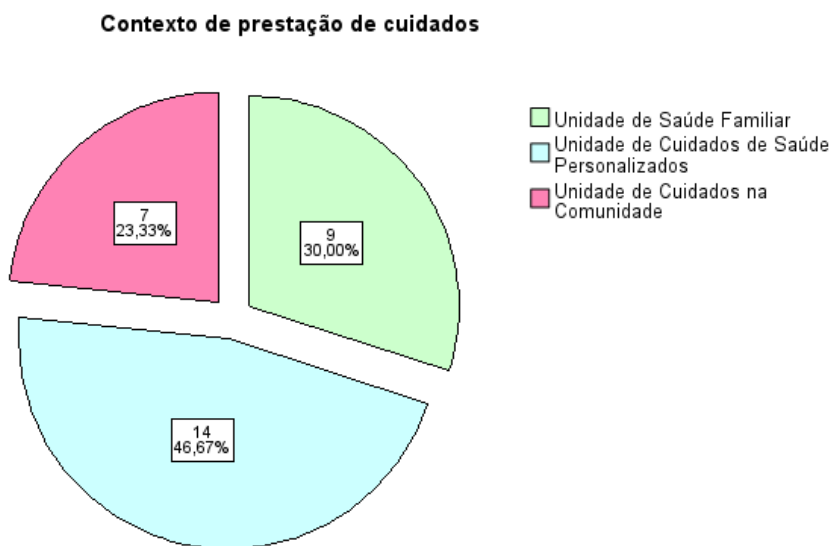
Medidas de tendência central e de dispersão da variável “Tempo de exercício profissional”

Tempo de exercício profissional		
<i>n</i>	Válido	30
	Omisso	0
Média		19,77
Mediana		19,50
Moda		28
Desvio Padrão		9,49
Mínimo		4
Máximo		39

No que confere ao contexto de prestação de cuidados de enfermagem (gráfico 8), 46,67% dos enfermeiros ($n=14$) trabalham em UCSP, 30% em USF ($n=9$) e 23,33% em UCC ($n=7$). A moda do contexto de prestação de cuidados é a UCSP.

Gráfico 8

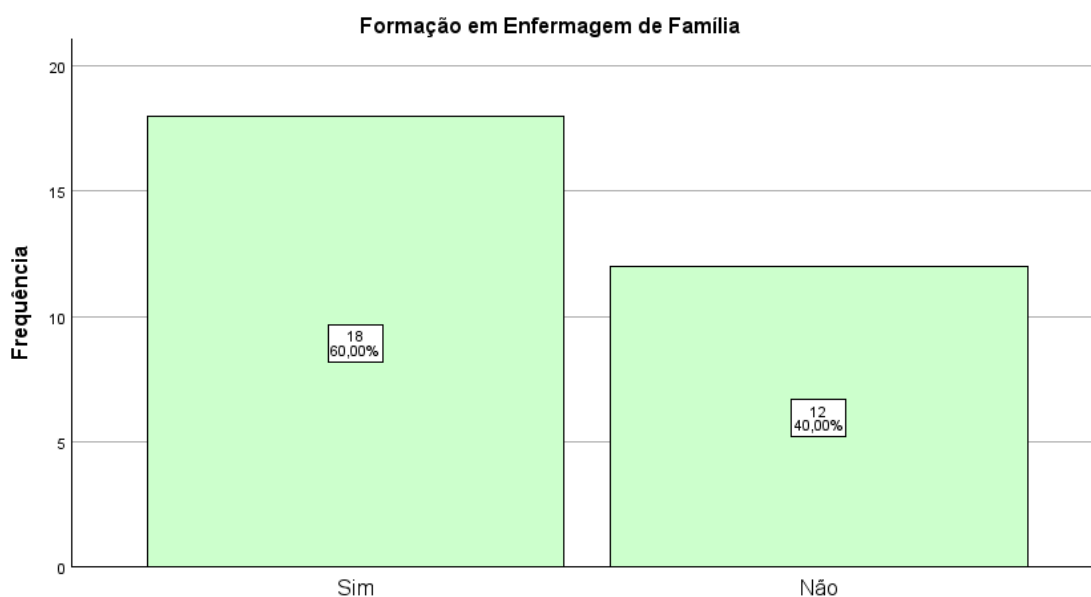
Gráfico circular representativo da classificação da amostra quanto ao contexto de prestação de cuidados



Conforme representado no gráfico 9, na questão referente à existência de formação em Enfermagem de Família, 60% dos enfermeiros inquiridos responderam “sim” ($n=18$) e 40% responderam “não” ($n=12$). A moda é existir formação em Enfermagem de Família.

Gráfico 9

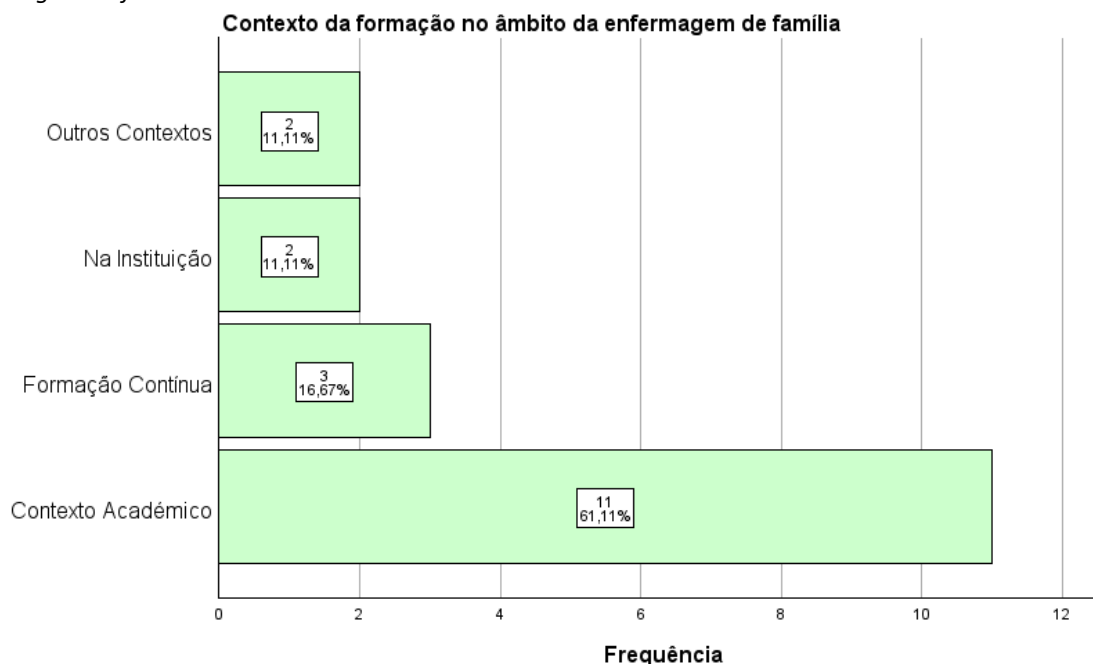
Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto à existência de formação em enfermagem de família



Na sequência da questão anterior, à pergunta em que contexto foi desenvolvida a formação em enfermagem de família, apenas houve 18 respostas (gráfico 10). Desses, 11 referiram que o contexto de prestação de cuidados foi em contexto académico (61,11%, moda), 3 referiram que foi no contexto da formação contínua (16,67%), 2 enfermeiros responderam que foi na instituição onde trabalham (11,11%) e a mesma percentagem selecionou a opção outros contextos.

Gráfico 10

Gráfico de barras representativo da classificação da amostra quanto ao contexto da formação no âmbito da enfermagem de família



3.2. Atitudes dos Enfermeiros Face à Família

Para caracterizar as atitudes dos enfermeiros face à família, como já foi referido anteriormente, aplicou-se a escala IFCE-AE validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009; 2011).

Começou-se por avaliar a fiabilidade da amostra para as 3 dimensões e para o total da escala. Neste estudo, o alfa de *Cronbach* da escala total foi de 0,73, o que permite referir que há consistência interna razoável. Na tabela 6 apresentam-se os dados referidos e comparam-se com a escala traduzida no estudo de Oliveira *et al.* (2011).

Para a dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, o alfa de *Cronbach* encontrado foi de 0,77 (considerado razoável); para a dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem foi de 0,61 (consistência fraca, menos fiabilidade que a amostra do estudo Oliveira *et al.*, 2011) e para a dimensão Família: fardo foi de 0,59 (consistência inadmissível, mas maior fiabilidade que a amostra utilizada no estudo acima referido). Nesta última dimensão a consistência interna é considerada aceitável tendo em conta que esta subescala apresenta um número reduzido de itens (Oliveira *et al.*, 2011).

Tabela 6
Cálculo da fiabilidade da amostra para as dimensões e para o total da escala IFCE-AE

Estatísticas de confiabilidade			
	N.º de itens	Alfa de Cronbach – estudo atual	Alfa de Cronbach – Oliveira <i>et al.</i> (2011)
Dimensão 1: Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	12	0,77	0,9
Dimensão 2: Família: recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,61	0,84
Dimensão 3: Família: fardo	4	0,59	0,49
Total	26	0,73	0,87

Para decidir o tipo de testes a utilizar, calculou-se, de seguida, a normalidade da amostra. O teste mais adequado, tendo em conta que a amostra tem 30 elementos, segundo Vilelas (2022), é o *Shapiro-Wilk*, uma vez que o *Kolmorov-Smirnov* é mais adequado para amostras superiores a 50 elementos. No entanto, na tabela 7 apresentam-se os 2 testes.

Tabela 7
Cálculo da normalidade da amostra para o total da escala IFCE-AE

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig. (<i>p</i>)	Estatística	gl	Sig. (<i>p</i>)
Escala Total IFCE-AE	0,08	30	0,20	0,99	30	0,97

Neste caso podemos considerar a amostra com distribuição normal, corroborado pelos 2 testes. Tanto no teste *Shapiro-Wilk* (mais adequado), como no teste *Kolmorov-Smirnov*, $p > 0,05$, sendo respetivamente 0,97 e 0,2.

De seguida, na tabela 8, é testada a homogeneidade da variância, isto é, a comparação de médias populacionais a partir de amostras representativas, através do teste de *Levene* (Marôco, 2021).

Tabela 8
Cálculo da homogeneidade da amostra para o total da escala IFCE-AE

Teste de Homogeneidade de Variância				
	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. (<i>p</i>)
Escala Total IFCE-AE (com base na média)	1,39	1	28	0,25

Para o mesmo nível de significância anteriormente referido, tendo em conta que $p > 0,05$, pode-se considerar que há homogeneidade das variâncias populacionais na amostra.

Tendo em conta estes pressupostos, homogeneidade e normalidade da amostra, podem-se utilizar testes paramétricos para o teste de hipóteses, abordado no ponto seguinte.

Analisando a escala IFCE-AE sob o ponto de vista das medidas de localização e dispersão (tabela 9), para o total da escala, o mínimo de pontuação foi de 68 pontos e o máximo foi de 95 pontos (num intervalo que poderia variar entre os 26 e os 104 pontos). A média foi de 80,67 e a mediana de 80, com um desvio padrão de 6,11, como evidenciado na tabela 8.

Tendo em conta cada uma das dimensões, a dimensão 1, Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, o mínimo é de 34 e o máximo é de 47 (numa amplitude de 12 a 48 pontos); a média é de 39,53 pontos, a mediana de 39 pontos e o desvio padrão de 3,73. No que diz respeito à dimensão 2, Família: recurso nos cuidados de enfermagem, o mínimo foi de 28 pontos e o máximo de 38 (numa margem de variação de 10 a 40 pontos), a média de 33,43, mediana de 34 pontos e o desvio padrão de 2,94. Por último, no que concerne à dimensão 3, Família: fardo, o mínimo foi de 4 e o máximo foi de 12 (poderia variar entre 4 a 16 pontos), com uma média de 7,7, uma mediana de 8 e um desvio padrão de 2,44.

Tabela 9

Apresentação de medidas de tendência central, localização e dispersão para as dimensões e para o total da escala IFCE-AE

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Dimensão 1: Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	30	34	47	39,53	39,00	3,73
Dimensão 2: Família: recurso nos cuidados de enfermagem	30	28	38	33,43	34,00	2,94
Dimensão 3: Família: fardo	30	4	12	7,70	8,00	2,44
Score total da Escala IFCE-AE	30	68	95	80,67	80,00	6,11

De acordo com Martins & Lomba (2021), pode-se considerar que na amostra não há enfermeiros com atitudes negativas perante a família, uma vez que o mínimo do score-total da escala IFCE-AE não foi abaixo dos 52 pontos. Tendo em conta a média do score total (80,67), pode-se referir que os enfermeiros participantes deste estudo possuem uma atitude muito positiva relativamente à família.

Os percentis (P) são considerados medidas de localização, pois dividem a amostra ordenada por ordem crescente em múltiplos de ordem 100%. O percentil 25 (P₂₅) é também conhecido como primeiro quartil (Q₁), assim como o percentil 50 (P₅₀) conhecido como o segundo quartil (Q₂) e o percentil 75 (P₇₅) conhecido como terceiro quartil (Q₃) (Marôco, 2021).

Assim, perante a tabela 10 e o gráfico 11, a seguir demonstrados, pode-se concluir que o percentil 25 da amostra é de 77 pontos na escala IFCE-AE (Q₁), o percentil 50 da amostra (mediana) é de 80 pontos (Q₂) e o percentil 75 da amostra (Q₃) é de 84,25 pontos. O percentil 95 da amostra é de 93,35.

Os percentis também permitem concluir que 50% das respostas da amostra (entre o Q_1 e o Q_3) apresentam entre 77 a 84,25 pontos, situando a média das respostas na opção 3, “concordo”, certificando a atitude muito positiva dos enfermeiros perante a família, já acima descritiva (Martins & Lomba, 2021).

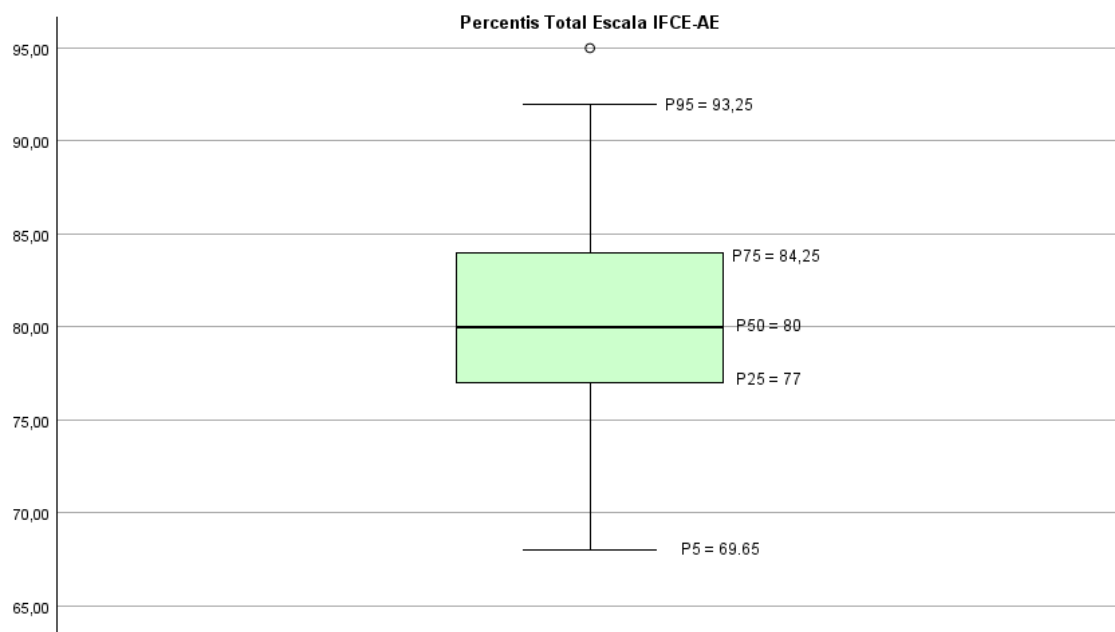
Tabela 10

Apresentação de percentis e quartis para as respostas à escala IFCE-AE (dimensões e score total)

Percentis e Quartis							
	P ₅	P ₁₀	P ₂₅ (Q ₁)	P ₅₀ (Q ₂)	P ₇₅ (Q ₃)	P ₉₀	P ₉₅
Dimensão 1: Família: parceiro dialogante e recurso de <i> coping </i>	34,55	36,00	36,00	39,00	42,25	45,90	46,45
Dimensão 2: Família: recurso nos cuidados de enfermagem	28,55	29,00	30,75	34,00	36,00	37,90	38,00
Dimensão 3: Família: fardo	4,00	4,00	6,00	8,00	9,25	11,90	12,00
Score Total Escala IFCE-AE	69,65	73,00	77,00	80,00	84,25	89,80	93,35

Gráfico 11

Bloxplot para representação de percentis para as respostas à escala IFCE-AE (score total)



Tendo em conta a divisão realizada no estudo de Sampaio *et al.* (2021), em três níveis de apoio de acordo com intervalos entre quartis, foi adaptado de forma idêntica para este estudo, como apresentado na tabela 11.

Tabela 11
Classificação das dimensões e do score total da escala IFCE-AE de acordo com o intervalo entre quartis

	Inferior a Q ₁ <u>Baixo Apoio</u>	Entre Q ₁ e Q ₃ <u>Apoio</u>	Acima de Q ₃ <u>Apoio Excelente</u>
Dimensão 1: Família: parceiro dialogante e recurso de coping	34,00-36,00	36,10-42,25	42,26-47,00
Dimensão 2: Família: recurso nos cuidados de enfermagem	28,00-30,75	30,76-36,00	36,10-38,00
Dimensão 3: Família: fardo	4,00-6,00	6,10-9,25	9,26-12,00
Score Total Escala IFCE-AE	68,00-77,00	77,10-84,25	84,26-95,00

Nota. Adaptado de Sampaio *et al.* (2021) para o estudo atual

3.3. Análise inferencial das hipóteses

Para a análise das hipóteses acima referidas, foram selecionados os respetivos testes adequados para cada *design* experimental (Vilelas, 2022). Tendo em conta que se tratava de uma amostra com distribuição normal e variâncias populacionais homogéneas, selecionaram-se testes paramétricos (Marôco, 2021).

Procedeu-se à avaliação dos resultados da escala IFCE-AE, com o objetivo de identificar possíveis relações entre a variável dependente e um conjunto de variáveis independentes. Para tal, foram analisadas as pontuações médias obtidas em função de diferentes características sociodemográficas e profissionais, nomeadamente: género, idade, estado civil, grau académico, formação académica adicional, título de especialista, categoria profissional, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, existência de formação em ESF e contexto dessa formação.

A tabela 12 apresenta o teste selecionado para a verificação de cada hipótese formulada.

Tabela 12
Apresentação dos testes paramétricos utilizados para a verificação de cada hipótese formulada (continua)

HIPÓTESES	TESTE UTILIZADO	JUSTIFICAÇÃO
H ₁	Teste <i>t-Student</i>	Variável dicotómica (Vilelas, 2022)
H ₂	Teste de correlação de Pearson	Variáveis quantitativas (Marôco, 2021)
H ₃	ANOVA	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022)
H ₄	Teste <i>t-Student</i>	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022) (No entanto, só houve resposta em 2 opções, o que a tornou dicotómica)
H ₅	ANOVA	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022)

Tabela 12

Apresentação dos testes paramétricos utilizados para a verificação de cada hipótese formulada (continuação)

HIPÓTESES	TESTE UTILIZADO	JUSTIFICAÇÃO
H ₆	ANOVA	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022)
H ₇	Teste <i>t-Student</i>	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022) (No entanto, só houve resposta em 2 opções, o que a tornou dicotómica)
H ₈	Teste de correlação de Pearson	Variáveis quantitativas (Marôco, 2021)
H ₉	ANOVA	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022)
H ₁₀	Teste <i>t-Student</i>	Variável independente dicotómica (Vilelas, 2022)
H ₁₁	ANOVA	Variável de resposta múltipla (Vilelas, 2022)

Seguidamente, passa-se a analisar cada hipótese formulada:

H₁: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o género.

Tal como referido no quadro acima, foi utilizado o teste *t-Student* para testar esta hipótese. A média do género feminino é de 80,66 pontos, com um desvio padrão de 6,22 e a média do género masculino é de 81 pontos (não valorizável, apenas 1 elemento), tal como representado na tabela 13. Como há apenas 1 participante masculino, não é estatisticamente adequado realizar uma comparação com o grupo feminino (n=29). Isso compromete a validade do teste *t*, já que ele assume que ambos os grupos têm tamanhos minimamente razoáveis para comparação.

O valor de significância de $p (= 0,96)$, considerando o nível de significância acima definido, permite concluir que não há evidência estatística que possibilite a rejeição da hipótese nula, isto é, não há relação entre a atitude de acolhimento familiar do enfermeiro e o género, pelo que a H₁ é rejeitada.

Tabela 13

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o género

	Género	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	Valor <i>t-student</i>	Valor <i>p</i>
Escala IFCE-AE	Feminino	29	80,66	6,22	-0,05	0,96
	Masculino	1	81,00	-----		

H₂: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a idade.

Foi utilizado o teste de Correlação de *Pearson* para testar a relação de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e a idade (tabela 14).

Considerando o valor de $p (=0,01)$, considera-se que há evidência estatisticamente significativa para rejeitar a hipótese nula, isto é, há relação entre a atitude de acolhimento familiar do enfermeiro e a idade. Tendo em

conta o valor da correlação (-0,45), pode-se afirmar que se trata de uma correlação fraca negativa, isto é, à medida que a idade aumenta, diminui levemente a atitude de envolvimento familiar do enfermeiro.

Tabela 14

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a idade

		Idade
Escala IFCE-AE	Correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	-0,45*
	Valor <i>p</i>	0,01
		<i>n</i>
		30

H₃: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o estado civil.

Para testar a relação entre o estado civil e a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro (tabela 15), foi utilizado o teste de ANOVA a um fator. De acordo com o valor de *p* (=0,61), tendo em conta que é maior que 0,05, não é possível rejeitar a hipótese nula, logo não há evidência estatística de relação entre a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e o estado civil. O valor de *f* (= 0,5, valor baixo) indica que há pouca variação entre as médias entre os estados civis e as médias dentro de cada estado civil.

Tabela 15

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o estado civil

		Estado civil	<i>n</i>	Média	ANOVA
Escala IFCE-AE	Solteiro		5	82,6	<i>p</i> =0,61
	União de facto/casado		23	80,04	
	Separado/divorciado		2	83	<i>f</i> =0,5

H₄: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o grau académico.

Ao testar esta hipótese, apesar de ela configurar 4 opções, apenas foram respondidas 2 delas, o fez que com que se seleccionasse o teste *t-Student* (como evidenciado na tabela 16). O valor *t* (= - 0,59) indica que a diferença entre as médias dos dois grupos (Licenciatura e Mestrado) é muito baixa comparada com a variação dentro dos grupos, sendo que o valor negativo indica a direção da diferença (média da licenciatura inferior à do mestrado). Este valor está diretamente relacionado com o valor *p* (neste caso valores próximos).

O valor *p* (=0,56), como se encontra muito acima de 0,05, indica que não se pode rejeitar a hipótese nula, ou seja, a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa, o que leva a concluir que se rejeita a H₄, não havendo evidência estatística de relação entre a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e o grau académico.

Tabela 16

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o grau académico

	Grau Académico	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	Valor <i>t-Student</i>	Valor <i>p</i>
Escala IFCE-AE	Licenciatura	15	80,00	6,63	- 0,59	0,56
	Mestrado	15	81,33	5,70		

H₅: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a formação académica adicional.

De acordo com a tabela 17, analisando a relação entre a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e a formação académica adicional, foi *escolhido* o teste *ANOVA a um fator*. O valor *f* (=1,31) é um valor baixo e indica que a média dentro das opções de formação académica adicional não é muito diferente da média entre essas mesmas opções. Este está diretamente relacionado com o valor *p* (são valores próximos) que neste caso é superior a 0,05 (=0,29), isto é, não podemos rejeitar a *H₀*, o que significa que não há evidência estatística que nos permita relacionar a atitude de envolvimento familiar por parte do enfermeiro com a formação académica adicional (*H₅* é rejeitada).

Tabela 17

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a formação académica adicional

	Formação académica adicional	<i>n</i>	Média	<i>ANOVA</i>
Escala IFCE-AE	Pós-Graduação	3	82,33	<i>p</i> = 0,29
	Especialização	19	79,32	
	Não possui	8	83,25	<i>f</i> = 1,31

H₆: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a área de especialização.

Na tabela 18, apresentada a seguir, é utilizado o teste *ANOVA a um fator*, que foi usado para estabelecer a relação entre a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e a área de especialização para o total da escala IFCE-AE. Dos 20 enfermeiros que responderam a esta questão, 79,2 foi a média de pontos. Analisando o valor *f*, como se trata de um valor próximo de 1, significa que a variabilidade dentro dos grupos é aproximadamente igual à variância entre grupos. Este valor está relacionado com o valor de *p*. Neste caso, *p* é muito superior a 0,05 (=0,64) o que significa que não há evidência estatística contra a hipótese nula, isto é, não se poderá rejeitar essa hipótese, logo não se poderá aceitar a *H₆*. Neste caso, como os valores *p* e *f* são valores muito próximos, há a indicação de que não há evidência estatística de relação entre a atitude de inclusão da família nos cuidados de enfermagem e a área de especialização.

Tabela 18
Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a área de especialização

Área de Especialização		<i>n</i>	Média	ANOVA
Escala IFCE-AE	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	3	76,00	$p = 0,64$
	Enfermagem de Saúde Comunitária	11	78,73	
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	2	85,50	
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	78,50	$f = 0,68$
	Enfermagem de Reabilitação	1	78,00	
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	84,00	
Total		20	79,20	

H₇: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a categoria profissional.

Para testar esta hipótese (tabela 19) foi utilizado o teste *t-student* (embora a questão tivesse 3 opções, apenas foram respondidas 2). O enfermeiro teve uma média de 81,41, enquanto a média de pontos do enfermeiro especialista foi menor, 79,69. O valor de *t* (=0,76), valor baixo e próximo do valor de *p*, indica que a diferença entre as médias dos grupos é pequena em relação à variabilidade dos dados.

Analisando o valor de *p* (=0,45), como se verifica que é muito superior a 0,05, conclui-se que a relação entre a atitude de acolhimento familiar por parte do enfermeiro e o título profissional não é estatisticamente significativa (rejeição da hipótese H₇).

Tabela 19
Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o título profissional

Título Profissional		<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	Valor <i>t-student</i>	Valor <i>p</i>
Escala	Enfermeiro	17	81,41	6,96	0,76	0,45
IFCE-AE	Enfermeiro Especialista	13	79,69	4,91		

H₈: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o tempo de exercício profissional.

Na tabela 20, podemos verificar o teste de hipótese H₈. Utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* para verificar se existia relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o tempo

de exercício profissional. Analisando o valor r ($= - 0,46$), podemos concluir que existe uma correlação fraca negativa (inversa) entre o tempo de exercício profissional e as atitudes dos enfermeiros de valorização da família. Ou seja, quanto maior o tempo de exercício profissional, menores são as atitudes de valorização da família, embora esta correlação não seja perfeita.

Em relação ao valor p ($=0,01$) podemos concluir que, como é um valor abaixo de $0,05$, há evidência estatística contra a hipótese nula, logo há relação entre a atitude de acolhimento da família por parte do enfermeiro e o tempo de exercício profissional.

Tabela 20

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o tempo de exercício profissional

		Tempo de exercício profissional
Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson (r)	- 0,46
	Valor p	0,01
	N	30

H₉: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de prestação de cuidados (UCC, USF ou UCSP).

Para a análise desta hipótese foi utilizado o teste *ANOVA a um fator*, como representado na tabela 21. O valor f ($=1,55$) sugere que a variabilidade entre as médias dos contextos de prestação de cuidados não é grande em comparação com a variabilidade dentro dos grupos.

Analisando o valor de p ($=0,23$), como se trata de um valor superior a $0,05$, conclui-se que não há diferenças significativas entre o contexto de prestação de cuidados em relação à escala IFCE-AE. As médias das unidades de saúde são muito próximas entre si e a variabilidade observada não é suficiente para concluir que as unidades têm desempenhos diferentes (a H_9 é rejeitada).

Tabela 21

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de prestação de cuidados

Contexto de Prestação de Cuidados		n	Média	ANOVA
Escala IFCE-AE	Unidade de Saúde Familiar	9	79,33	$p = 0,23$
	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	14	79,78	
	Unidade de Cuidados na Comunidade	7	84,14	$f = 1,55$

H₁₀: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a existência de formação em enfermagem de família.

No teste da H_{10} , foi utilizado o *teste t-Student*, para analisar a relação entre a existência de formação em enfermagem de família e a escala IFCE-AE (ou seja, a atitude de parceria com a família, nos cuidados de

enfermagem). O valor t ($= -0,12$) é muito pequeno, o que indica que a diferença entre as médias dos dois grupos (com ou sem formação em Enfermagem de Família) é muito reduzida, em relação à variabilidade dos dados.

De acordo com a tabela 22, tendo em conta o valor de p ($= 0,91$), muito superior a $0,05$, não há evidência estatística suficiente para afirmar que a formação em enfermagem de família tem impacto significativo sobre as atitudes de acolhimento da família por parte dos enfermeiros, ou seja, rejeita-se esta hipótese.

Tabela 22

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e a existência de formação em enfermagem de família

Formação em Enfermagem de Família		n	Média	Desvio Padrão	Valor t -student	Valor p
Escala IFCE-AE	Sim	18	80,56	6,10	- 0,12	0,91
	Não	12	80,83	6,40		

H₁₁: Há relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de formação em enfermagem de família.

Na tabela 23, podemos verificar a utilização do teste *ANOVA a um fator* para verificar a relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto de formação em enfermagem de família (apenas daqueles que responderam “sim” na resposta anterior, $n = 18$). Constata-se que o valor f ($= 2,04$) sugere que a variabilidade entre os diferentes contextos de formação é relativamente baixa, comparada com a variabilidade dentro dos grupos.

O p ($= 0,16$) é superior a $0,05$, o que significa que não é possível rejeitar a hipótese nula, isto é, não há diferença estatisticamente significativa entre os diferentes contextos de formação em enfermagem de família, no que diz respeito às atitudes de envolvimento da família nos cuidados de enfermagem (**H₁₁** rejeitada).

Tabela 23

Relação entre a atitude de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem e o contexto da formação de enfermagem de família

Contexto da formação em enfermagem de família		n	Média	ANOVA
Escala IFCE-AE	Contexto Académico	11	81,45	$p = 0,16$
	Formação Contínua	3	79,33	
	Instituição	2	85,50	
	Outros Contextos	2	72,50	$f = 2,04$
	Total	18	80,56	

4. Discussão dos Resultados

A atitude de acolhimento do enfermeiro em relação à família, reflete a forma como este considera relevante a sua integração no processo de cuidados de enfermagem. Para isso, é necessário que o profissional adote uma postura receptiva às interações e promova a participação da família, considerando-a como parte central da prestação de cuidados de enfermagem (Sampaio *et al.*, 2021).

Os dados obtidos por esta investigação científica foram alcançados através da participação de 30 enfermeiros pertencentes às ULS da região centro (exceto ULS-RL) e sul, que voluntariamente preencheram o questionário.

Os enfermeiros deste estudo são na sua maioria do género feminino (96,67%). De acordo com o anuário estatístico da OE (2024), na secção regional do Sul e do Centro, o sexo feminino representa 83,21% e 81,23%, respetivamente, percentagens que, embora elevadas, são inferiores à observada neste estudo. Noutros estudos, a população feminina também é sempre superior à masculina, mas não com uma diferença tão expressiva como nesta investigação (82% no estudo de Oliveira *et al.*, 2011; 86,4% no estudo de Ferreira & Kraus, 2023).

A média de idade dos enfermeiros, neste estudo, foi de 43,17 anos, e a faixa etária com mais representatividade é dos 41 a 50 anos. De acordo com OE (2024), a idade mais representativa, a nível nacional, é dos 31 aos 40 anos (28,76%), que também corrobora o estudo de Oliveira *et al.* (2011), em que a média de idades se situa nos 35,8 anos.

A maioria dos enfermeiros desta amostra estão em união de facto ou casados (76,7%), tal como no estudo de Ferreira & Kraus (2023) em que 68,2% também apresentavam o mesmo estado civil.

Em relação ao grau académico, neste estudo, 50% tinham mestrado e 50% tinham licenciatura, não havendo qualquer enfermeiro com bacharelato ou doutoramento. Comparando com os dados estatísticos da OE (2024), os enfermeiros com doutoramento representam apenas 0,14% do total de enfermeiros; os enfermeiros com mestrado são 11,12%; os enfermeiros com licenciatura são 74,45% e finalmente os enfermeiros com bacharelato são 8,17% do total dos enfermeiros.

Neste trabalho de investigação, 66,7% dos enfermeiros apresentam uma pós-especialização, o que quando comparado com os dados da OE (2024), é consideravelmente superior aos dados de enfermeiros especialistas a nível nacional (30,7%). Analisando outros estudos publicados, estes certificam os valores da OE (2024), 28% dos enfermeiros eram especialistas no estudo de Fernandes *et al.* (2015) e no estudo de Ferreira & Kraus (2023) os enfermeiros especialistas correspondiam 19,2%.

Há uma discrepância nesta questão da categoria profissional, relativamente ao número de especialistas, comparativamente com a questão da formação académica adicional (na primeira, 13 enfermeiros especialistas e na segunda, 20 enfermeiros com uma pós-especialização). Esta questão prende-se com o facto de os enfermeiros demorem a ver reconhecida a sua formação profissional, do ponto de vista institucional. Os enfermeiros após investirem na sua formação profissional não vêm reconhecimento imediato em termos de título profissional/remuneração.

A especialidade mais bem representada neste estudo de investigação, com 55%, é a especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, que quando comparado com o anuário estatístico da OE não corresponde à especialidade mais bem representada (apenas 16,31% dos enfermeiros têm esta especialidade). De acordo com a OE (2024) a especialidade com maior percentagem de enfermeiros é a especialidade em Enfermagem

de Médico-Cirúrgica e a Enfermagem de Reabilitação, com 21,19% e 20,45%, respetivamente. Quando comparado a este estudo, os enfermeiros com estas especialidades representam ambas 5% da amostra. É plausível presumir que os enfermeiros detentores da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária possam ter demonstrado maior predisposição e sentido de solidariedade na participação neste questionário, por se tratar de uma iniciativa conduzida por colegas da mesma área de especialização.

Em relação ao tempo de exercício profissional, a média deste estudo foi de 19,77 anos, tempos próximos com outros estudos publicados, mas ligeiramente superiores (Frade *et al.*, 2021 – média de 18,63 anos; Silva *et al.*, 2013 – média de 16,37 anos).

No que diz respeito ao contexto de prestação de cuidados, neste estudo de investigação, 30% dos enfermeiros trabalhava em USF, enquanto 45,67% trabalha em UCSP e 23,33% em UCC. Comparando com outros estudos, a UCSP também domina o contexto de trabalho dos enfermeiros da amostra. No estudo de Silva *et al.* (2013), também a maioria dos enfermeiros trabalha em UCSP (69,2%), seguido de USF (18,3%) e em UCC (3,7%); em Oliveira *et al.* (2011), 14,1% dos enfermeiros trabalha em USF.

A existência de formação em enfermagem de família foi outra das variáveis investigada, ao nível do perfil profissional. Neste estudo, 40% (n=12) não possuía formação em enfermagem de família. Analisando outros estudos, os valores são díspares, mas parece que tendem a aumentar à medida que os artigos são mais recentes. No estudo de Oliveira *et al.* (2011), 40,4% não possuíam formação em enfermagem de família; Barberi-Figueiredo *et al.* (2012) e Silva *et al.* (2013) referiram que a maioria não possuía formação, com valores acima dos 60%; no estudo de Fernandes *et al.* (2015), 59,4% também não possuíam formação; Sampaio *et al.* (2021) tinha uma percentagem de não formandos um pouco menor, de 45,1%, e finalmente, em Frade *et al.* (2021), 20,21% também estavam nas mesmas condições.

A maior parte da formação em enfermagem de família, neste estudo, foi realizada em contexto académico (61,11%, n=11). O contexto académico foi referido no estudo de Oliveira *et al.* (2011) em 23,5% dos casos, isto é, numa percentagem muito inferior. Presume-se que este resultado possa estar relacionado com a elevada participação, neste estudo de investigação, de especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Relativamente à escala IFCE-AE, concluiu-se que há consistência interna nesta amostra, através do cálculo do alfa de Cronbach. Constatou-se ainda que há normalidade da amostra e homogeneidade das variâncias populacionais da amostra.

Neste estudo, o intervalo de pontuação respondidas pela amostra foi entre 68 e 95 pontos. A média foi de 80,67 e a mediana foi de 80. Tendo em conta a análise a outros estudos, a média total da escala IFCE-AE foi idêntica, entre 79,19 e 80,9 (Fernandes *et al.* 2015; Sampaio *et al.*, 2021; Frade *et al.*, 2021; Ferreira & Kraus, 2023). Martins & Lomba (2021), refere que quando a pontuação se situa entre 52 a 78 pontos, se considera que a atitude dos enfermeiros é positiva, e quando a pontuação se situa entre 78 e 104, a atitude é muito positiva.

Analisando cada uma das dimensões, relativamente à dimensão 1 (Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*), a média neste estudo foi de 39,53 pontos. Comparando com os estudos consultados, a média é idêntica, tendo variado entre 36,4 e 39,99 pontos (Fernandes *et al.*, 2015; Sampaio *et al.*, 2021; Frade *et al.*, 2021; Ferreira & Kraus, 2023). Na dimensão 2, a média obtida neste estudo foi de 33,43 pontos. Quando há comparação com outros estudos, a média obtida não difere muito; o intervalo situa-se entre os 31,54 e os 43,23 pontos (Fernandes *et al.*, 2015; Sampaio *et al.*, 2021; Frade *et al.*, 2021; Ferreira & Kraus, 2023). Por último, na dimensão 3, a média encontrada no estudo foi de 7,7 pontos. No confronto com os artigos indagados, as médias intervalaram os 7,8 e os 12,2 pontos, ou seja, a média obtida foi inferior à média

encontrada nos estudos (Fernandes *et al.*, 2015; Sampaio *et al.*, 2021; Frade *et al.*, 2021; Ferreira & Kraus, 2023).

Considerando as dimensões, no que diz respeito aos quartis, neste estudo 50% dos resultados (Q_1 - Q_3), no que diz respeito ao score total, situavam-se entre os 77,1 e os 84,25 pontos. Comparando o intervalo semelhante interquartis no estudo de Sampaio *et al.* (2021), este foi aproximado, mas com uma maior amplitude (75-88 pontos). Sampaio *et al.* (2021) consideraram ainda que a atitude de apoio e de apoio excelente, correspondente ao intervalo interquartil Q_1 - Q_3 , e superior ao Q_3 , respetivamente, traduzem a visão do enfermeiro sobre o papel essencial da família como aliada no cuidar, sustentada em valores de colaboração e na criação de vínculos positivos com os familiares. Por outro lado, uma atitude de baixo apoio reflete-se em comportamentos que dificultam a participação da família nos cuidados, como a limitação da sua presença durante certas intervenções (abaixo Q_1).

Analisando cada dimensão *per se*, ainda relativamente aos resultados interquartis Q_1 - Q_3 , neste estudo de investigação, na dimensão 1, família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, o intervalo foi de 36,1-42,25 pontos, que quando comparado com o artigo publicado por Sampaio *et al.* (2021), encontraram-se valores muito semelhantes (36-45 pontos). Na dimensão 2 e 3, no que diz respeito ao mesmo intervalo interquartil, no atual estudo foi entre 30,76-36 pontos e de 6,10-9,25 pontos, respetivamente. Comparando com os resultados de Sampaio *et al.* (2021), no que diz respeito à dimensão 2 o intervalo situa-se entre o 31-37, isto é, ligeiramente mais alto e assim melhores atitudes do enfermeiro no acolhimento à família (Oliveira *et al.*, 2011). No que diz respeito à dimensão 3, no mesmo estudo, apresenta 7-9 pontos, isto é, com resultados muito semelhantes.

No estudo inferencial das 11 hipóteses, nesta investigação, concluiu-se que as atitudes dos enfermeiros no acolhimento da família nos cuidados de enfermagem, tinham relação estatística com a idade e com o tempo de exercício profissional.

Constatou-se que quanto maior a idade, menor a atitude do enfermeiro de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Analisando outros estudos, como por exemplo Frade *et al.* (2021) e Sampaio *et al.* (2021), também foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a variável idade e a atitude dos enfermeiros. No estudo de Sampaio *et al.* (2021) constatou-se que as atitudes dos enfermeiros entre os 41 e os 50 anos foram estatisticamente menores que as restantes, na dimensão 1. Ferreira & Kraus, ao contrário deste estudo, comprovou que enfermeiros mais velhos apresentam atitudes mais integrativas, principalmente acima dos 45 anos. Silva *et al.* (2021), não encontrou diferenças estatísticas entre a idade e as atitudes dos enfermeiros na parceria com a família.

Em relação ao tempo de exercício profissional, chegou-se à conclusão neste estudo que, quanto maior o tempo de exercício profissional, menores são as atitudes de valorização da família. Considerando outros estudos de investigação publicados, não encontraram correlação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes dos enfermeiros no acolhimento da família (Silva *et al.*, 2021; Martins & Lomba, 2021; Fernandes *et al.*, 2015). Já Frade *et al.* (2021) encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos enfermeiros e os anos de exercício profissional, assim como Ferreira & Kraus (2023), nas dimensões 1 e 3, tendo-se verificado que os enfermeiros que exerciam funções há mais de 21 anos atribuíam mais importância à família nos cuidados de enfermagem.

Neste estudo de investigação não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as atitudes de acolhimento do enfermeiro nos cuidados de enfermagem, e entre as variáveis sociodemográficas género e estado civil, corroborado pelo estudo de Fernandes *et al.* (2015) e de Frade *et al.* (2021). No entanto,

no estudo de Sampaio *et al.* (2021), concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas no género masculino, mais concretamente consideram a família como um fardo (dimensão 3) e têm menos atitudes de acolhimento para com a família.

Nesta investigação, no que diz respeito às relações entre a escala IFCE-AE e as variáveis profissionais: grau académico, formação académica adicional, área de especialização, categoria profissional, contexto da prestação de cuidados, formação em enfermagem de família e contexto onde foi realizada essa formação, não foram encontradas diferenças entre as médias que sejam estatisticamente significativas para as considerar válidas. O estudo de Fernandes *et al.* (2015) corrobora estes resultados, pois a amostra também não estabeleceu qualquer relação entre estas variáveis.

Ainda assim, há alguns estudos que demonstram que poderá existir relação entre algumas destas variáveis. O estudo de Silva *et al.* (2013), demonstrou existirem relações entre o grau académico e a escala IFCE-AE, nomeadamente que quanto mais habilitações, por exemplo grau de mestre, maior atitude de suporte, válida para a dimensão 3 (Família: fardo). A formação académica adicional, nomeadamente enfermeiros especialistas, com pós-licenciatura e enfermeiros chefes, também foi associada a melhores atitudes de suporte à família, nos cuidados de enfermagem (Silva *et al.*, 2013; Barberi-Figueiredo *et al.* 2012; Ferreira & Kraus, 2023).

Nalguma literatura consultada, o contexto da prestação de cuidados também foi considerado com relação estatisticamente significativa com as atitudes demonstradas pelos enfermeiros na parceria com a família. Nos estudos de Oliveira *et al.* (2011) e de Silva *et al.* (2013) constatou-se que os enfermeiros que trabalhavam em USF tinham melhores atitudes de acolhimento da família na prestação de cuidados de enfermagem, que aqueles que trabalhavam em UCSP.

Embora não se verificasse nesta investigação, os enfermeiros com formação em enfermagem de família também foram considerados com tendo melhores atitudes de parceria com a família (Oliveira *et al.* 2011; Silva *et al.*, 2013; Barberi-Figueiredo *et al.*, 2021; Frade *et al.*, 2021).

Em suma, neste estudo os enfermeiros da amostra pertencem aos CSP das ULS da região centro (exceto a ULS-RL) e sul. São sobretudo do género feminino, com uma média de idade de 43,17 anos, casados ou união de facto, licenciados ou com grau de mestre, com uma especialização, com um tempo médio de exercício profissional de 19,77 anos, que trabalham maioritariamente em UCSP e possuem formação em Enfermagem de Família. Os enfermeiros apresentam atitudes positivas de acolhimento à família nos cuidados de enfermagem, avaliado através da escala IFCE-AE. Verificou-se que existe relação entre a atitude de acolhimento da família e a idade e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros.

Perante os resultados desta investigação, destacam-se as implicações significativas para a prática clínica de enfermagem, com foco na promoção de cuidados centrados na família. Várias *guidelines* internacionais, com a IFNA (2017) e a OMS (2000), reforçam a importância do acolhimento da família como elemento essencial para cuidados de saúde seguros, eficazes e humanizados.

Deverá haver uma prática de cuidados centrados na família, isto é, os enfermeiros deverão ser incentivados a reconhecer a família como uma unidade de cuidados e como um recurso de *coping* para o utente. Tal como recomendado pela IFNA (2015), a prática de enfermagem deverá ser de respeito mútuo, escuta ativa e tomada de decisões com base nos objetivos da família.

Os dados associam maior idade e tempo de serviço, a atitudes menos positivas de acolhimento da família, por parte dos enfermeiros. Estes dados podem indicar a importância de fomentar uma cultura de

aprendizagem ao longo da vida, mesmo entre profissionais mais experientes, combatendo a estagnação das práticas e incentivando a atualização constante, com base na evidência (Rodrigues *et al.*, 2012).

A formação específica em enfermagem de saúde familiar revelou ser associada a melhores atitudes de acolhimento da família nos cuidados de enfermagem. Assim, é recomendado e necessário investimento em programas formativos para aumentar a sensibilidade relacional na prestação de cuidados às famílias (Frade *et al.* 2021).

Tendo em conta que há estudos que refletem a importância da existência de uma pós-especialização para melhorar as atitudes dos enfermeiros face à família, é importante referir a discrepância entre a formação e reconhecimento das competências especializadas, como este estudo comprovou, por questões do ponto de vista organizacional. Este poderá comprometer a motivação e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Por isso, devem ser alinhadas políticas que levem à valorização formativa, para que haja uma inversão do desânimo sentido pelos enfermeiros (OE, 2011c).

As USF são ambientes organizacionais que, pelos estudos apresentados (embora o atual não o tenha comprovado), promovem mais autonomia, mais trabalho colaborativo e parecem favorecer as atitudes de inclusão da família nos cuidados de enfermagem. Assim, a gestão em saúde deverá ter em conta este aspeto e encetar esforços para se criarem mais USF (Pereira *et al.*, 2017).

Este estudo de investigação apresenta algumas limitações tais como o tamanho reduzido da amostra, uma vez que esta foi constituída por 30 enfermeiros. A exclusão, à partida da ULS-RL, e o facto de não se obterem respostas de profissionais de todas as ULS constituintes das regiões centro e sul, pode limitar a generalização dos resultados para o universo dos enfermeiros de CSP destas regiões.

Também o método de amostragem, não probabilístico e por conveniência, constitui uma limitação, uma vez que foi feito nas redes sociais e de forma pública. De acordo com Vilelas (2022, p.181), “Uma amostra por conveniência (...) é aquela que se obtém sem nenhum plano concebido. (...). É o tipo menos fiável, pois, geralmente não é representativo da população. (...) Não permitem que se façam generalizações”.

Os dados foram obtidos por questionários de autopreenchimento, o que pode levar ao viés da desejabilidade social, ou seja, os participantes podem ter dado respostas mais “aceitáveis socialmente” do que o refletido nos seus comportamentos reais (Júnior, 2022). Contudo, apesar das atitudes de apoio verificadas nos estudos citados, os quais demonstram a integração das famílias nos cuidados de enfermagem, isso nem sempre condiz com a prática quotidiana dos enfermeiros (Benzein *et al.*, 2008b).

Outra limitação relevante prende-se com o facto de a análise incidir exclusivamente sobre a perspetiva dos enfermeiros, o que impede uma abordagem mais holística e integrada do fenómeno da inclusão da família nos cuidados. Para compreender de forma mais abrangente esta realidade, seria importante integrar a voz das famílias enquanto agentes ativos no processo de cuidados (Wright & Leahey, 2005), bem como a perspetiva de outros profissionais de saúde.

Apesar das limitações que aqui foram apresentadas, pode-se afirmar que esta investigação apresenta validade interna uma vez que foi aplicado um instrumento validado (escala IFCE-AE), utilizando métodos estatísticos rigorosos, tais como testes paramétricos para uma amostra com distribuição normal e variâncias populacionais homogéneas. Relativamente à validade externa, a generalização dos resultados para a população de enfermeiros em geral deve ser realizada com cautela, atendendo às características da amostra e ao método de recolha de dados. Ainda assim, os achados revelam-se pertinentes e apresentam validade contextual, sendo especialmente relevantes para as unidades de CSP incluídas no estudo.

Conclusão

O presente trabalho representa a consolidação de um percurso académico e profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, refletindo a articulação entre a prática clínica, o conhecimento científico e a investigação em enfermagem.

A contextualização da unidade onde foi desenvolvida a prática clínica, ao longo dos estágios, permitiu compreender o ambiente real de cuidados, identificando as especificidades da intervenção em ESF naquele serviço de saúde. A apresentação de teorias, modelos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar sustentou teoricamente a prática profissional, reforçando a importância de uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados e foco de intervenção.

De igual modo, foram mobilizados referenciais teóricos que sustentaram os cuidados prestados às famílias, evidenciando um conhecimento avançado e reflexivo, essencial à prática autónoma e diferenciada do enfermeiro especialista. A articulação entre teoria, prática e investigação permitiu não só a análise crítica da prestação de cuidados em contexto real, como também a produção de conhecimento relevante para a melhoria da qualidade dos mesmos. A investigação desenvolvida revelou-se, por isso, uma ferramenta essencial de suporte à tomada de decisão clínica e à evolução da prática profissional, em linha com os objetivos específicos propostos no início deste trabalho.

A experiência demonstrou que a EESF tem um papel essencial na transformação do paradigma de cuidados, promovendo uma visão mais abrangente, que ultrapassa a simples abordagem da doença, para se focar na saúde da família como um todo. A prática clínica desenvolvida ao longo dos ensinamentos clínicos consolidou o reconhecimento da importância da família como unidade de cuidados e sublinhou a necessidade de continuar a investir na formação e investigação nesta área.

A investigação desenvolvida, centrada nas atitudes dos enfermeiros de CSP face ao acolhimento familiar nos cuidados de enfermagem, possibilitou a identificação de perceções e desafios ainda presentes na prática clínica. A aplicação da IFCE-AE revelou-se um instrumento útil e pertinente para a análise crítica destas atitudes, destacando-se a importância de promover uma prática colaborativa e integradora da família como parceira ativa nos cuidados.

Este percurso permitiu alcançar os objetivos inicialmente delineados. Desenvolveram-se competências próprias da enfermagem especializada, tanto nos domínios comuns do enfermeiro especialista como nas competências específicas da área de saúde familiar. A prática baseada na evidência esteve presente ao longo de todo o processo, através da aplicação crítica e rigorosa do método científico, nomeadamente na realização do estudo centrado nas atitudes dos enfermeiros face à família.

Os enfermeiros da amostra pertencem aos cuidados de saúde primários das ULS da região centro (exceto a ULS-RL) e sul. São maioritariamente do género feminino, com uma média de idade de 43,17 anos, casados ou união de facto, licenciados ou com grau de mestre, com uma especialização, com um tempo médio de exercício profissional de 19,77 anos, trabalham sobretudo em UCSP e a maioria possuem formação em Enfermagem de Família.

Constatou-se que os enfermeiros apresentam atitudes positivas de acolhimento à família nos cuidados de enfermagem, avaliado através da escala IFCE-AE. Verificou-se que existe relação estatisticamente significativa

entre a idade e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a atitude de acolhimento da família, nos cuidados de enfermagem.

Os resultados obtidos, ainda que circunscritos a uma amostra reduzida, contribuíram para a reflexão sobre a necessidade de reforçar a formação dos enfermeiros nesta área, incentivando mudanças na cultura organizacional e na valorização do papel da família na prestação de cuidados.

A associação entre maior idade e tempo de serviço e atitudes menos positivas face à parceria com a família sugere a importância de promover uma cultura de aprendizagem contínua, incentivando a atualização dos profissionais mais experientes e prevenindo a estagnação das práticas.

As principais dificuldades sentidas ao longo desta trajetória formativa estiveram relacionadas com a gestão do tempo, em particular com a necessidade de conciliar as exigências do percurso académico com as responsabilidades profissionais e pessoais.

A limitação relacionada com a reduzida experiência prévia em investigação, traduziu-se em desafios adicionais no planeamento e execução do estudo, que exigiram um maior investimento em aprendizagem autónoma, esforço, rigor, consulta de literatura especializada e supervisão académica contínua.

Uma sugestão de estudo posterior, seria um estudo longitudinal, que permitisse acompanhar a evolução das atitudes dos enfermeiros ao longo do tempo e compreender melhor os fatores que influenciam a inclusão da família nos cuidados de enfermagem.

O sistema de informação utilizado para os registos clínicos de enfermagem, ainda apresenta algumas lacunas e limitações. Caso fosse aprimorado, permitindo, por exemplo, a criação de ferramentas que permitissem a utilização dos instrumentos de avaliação familiar, poderia tornar-se um recurso ainda mais valioso e útil na intervenção familiar. Além disso, seria desejável que, no futuro, fossem desenvolvidos indicadores específicos para o EEESCESF, a fim de conferir maior visibilidade à prática desta especialidade.

Este relatório de estágio, reforça a importância da integração efetiva da família nos cuidados de enfermagem, promovendo um cuidar mais humanizado, participativo e orientado para os ganhos em saúde da pessoa e da comunidade. Reitera-se, ainda, a relevância da investigação em enfermagem como meio para sustentar práticas baseadas na evidência e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Para que os enfermeiros possam valorizar de forma plena o papel da família nos cuidados de enfermagem, é fundamental promover o aumento da literacia em saúde entre os profissionais de saúde. Este tema, além de ser de grande relevância para a melhoria da prática, é também uma área de particular interesse, pois acredita-se que a capacitação contínua dos enfermeiros é um fator essencial para o fortalecimento da intervenção familiar e para a promoção de cuidados mais integrados e personalizados.

Durante esta formação, procurou-se valorizar e tornar mais visíveis os cuidados prestados à família, bem como promover a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem, com especial foco na área da ESF. Apesar de ser um percurso exigente e ainda em desenvolvimento, existe o firme compromisso de o continuar a trilhar ao longo da vida profissional.

Em suma, este processo de formação permitiu um crescimento pessoal e profissional significativo, expressando também o enriquecimento da prática de enfermagem com uma visão mais centrada na família, que será fundamental na prestação de cuidados de saúde de enfermagem de qualidade num futuro próximo, enquanto EEESCESF.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. & Amaral, M. (2023). Famílias e trabalho. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp.190-193). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares*. 2ª edição. Coimbra. Quarteto Editora.
- Alves, C. (2011). Atitudes dos Enfermeiros Face à Família: stress e gestão do conflito [Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto]. Repositórios Científicos e Acesso Aberto de Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Barberi-Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., Vilar, A., Martinho, M. & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In. Carvalho, J. *et al.* (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família. pp. 36-43. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Benito, G., Silva, L., Meirelles, S. & Felippetto, S. (2003). *Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde*. Revista Fam. Saúde Desenv., Curitiba, jan./abr. 2003 v.5 (n.º1), p.66-72, Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/viewFile/5075/3838>
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., Saveman, B. (2008a). *Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Development*. Journal of Family Nursing. Vol. 14, n.º1, p. 97-117
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., Saveman, B. (2008b). *Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses*. Journal of Family Nursing. Vol. 14, n.º2, pp. 162-180.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). (2017). Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 2. pp. 5-12. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101321/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20vol%20tematico2a01%20-%20p5-12.pdf>

- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. [Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade Católica Portuguesa]. Repositórios Científicos e Acesso Aberto de Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/fd6e50e6-9b1d-44a0-be24-26de565478bb/download>
- Corrêa, A., Sales, C. & Soares, L. (2002). *A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro*. Acta Scientiarum. Vol. 24, nº3, p.811-818. Disponível em : <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/2543/1681/>
- Correia, T. (2020, fevereiro, 12). *Literacia e comportamentos em saúde no masculino: o género importa!* [Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa]. Disponível em: <https://www.ihmt.unl.pt/literacia-e-comportamentos-em-saude-no-masculino-o-genero-importa/>
- Costa, L., Costa, A., Saraiva, M. & Barroso, M. (2007). *Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família*. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, vol. 11 (n.º 3), pp. 515 - 519.
- Cotrim, H. (2023). Transição saúde/doença. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 222-224). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cotrim, H. & Figueiredo, M. (2023). Gestão da doença crónica e ciclo de vida familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp.227-228). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde*. (1996). Diário da República: I série – A, n.º 205. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde*. (2014). Diário da República: I série – A, n.º 149. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto lei n.º 102/2023 de 7 de novembro do Ministério da Saúde*. (2023). Diário da República: I série; n.º 215. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto lei n.º 103/2023 de 7 de novembro do Ministério da Saúde*. (2023). Diário da República: I série; n.º 215. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde 2004/2010*. Volume II – Orientações Estratégicas. Disponível em:

https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional da Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional da Saúde 2030 – Saúde Sustentável: de todos para todos*. Disponível em:

<https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.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, série IV (n.º7), pp. 21-30. Disponível em:

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2547&id_revista=24&id_edicao=88

Ferré-Grau, C. (2023). Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 80-83). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda

Ferreira, M. & Kraus, T. (2023). *Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. Série VI (n.º2). pp. 1-10. Disponível em:

<https://scielo.pt/pdf/ref/vserVIIn2/2182-2883-ref-serVI-02-e22058.pdf>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Almargem do Bispo. Sabooks, Lusodidacta, Lusociência.

Figueiredo, M. (2023a). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. (2023b). Ecomapa. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 350-352). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. (2023c). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 68-76). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Figueiredo, M. (2023d). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 383-391). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. (2023e). Instrumentos de avaliação familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 344). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. & Fonseca, I. (2023). Conceito de cuidados de enfermagem à família. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 140-143). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. & Murteiro, A. (2023). Teorias da Terapia Familiar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 84-88). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Rego, R. & Dantas, M. (2023a). Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 359-360). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Rego, R. & Dantas, M. (2023b). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 361-368). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Rego, R. & Vítor, C. (2023c). Escala de Graffar. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 353-356). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Rego, R. & Vítor, C. (2023d). Genograma e Psicofigura de Mitchell. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 344-346). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Rego, R. & Vítor, C. (2023e). Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 357-358). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Madeira, A., Reis, A., Santos, M., Santiago, M., Ferreira, M. & Dias, H. (2022). *Aprendizagem do cuidar a família na comunidade: Usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Revista de Enfermagem Referência, vol. 6 (n.º1). pp. 1-8. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=4211&id_revista=81&id_edicao=269

- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D.J., Paulin, D. & Scott, D. (2008) - *Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting*. Journal of Advanced Nursing, v.64, pp.616-624
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Frade, J., Henriques, C. & Frade, M. (2021). *A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, vol. V (n.º7). Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388269408003/388269408003.pdf>
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente: Contributos das técnicas de mediação familiar. In Barberi, M.C., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, I., Oliveira, P. Fernandes, H., Vilar, A., Carvalho, J. & Santos, M. (Eds.) *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 49-57. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=s_cbu8rcTnOC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gasparian, M. (2010). *A interdisciplinaridade como metodologia de trabalho nas questões de aprendizagem e a construção do conhecimento da escola e da família*. Revista Construção Psicopedagógica, São Paulo, Vol. 18 (n.º16), pp. 129-150. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n16/v18n16a11.pdf>
- Gonçalves, A. R., Galvão, A., Escanciano, S., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2018). *Stress e engagement na profissão de enfermagem: Análise de dois contextos internacionais*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (v. 6 especial), 59-64. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a09.pdf>
- Gottlieb, M. (2016). *O Cuidar de Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures. Lusodidacta.
- Hallgrimsdottir, E. (2000). *Accident and emergency nurse`s perceptions and experiences of caring for families*. Journal of clinical nursing. V.9, pp. 611-619
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. 2ª edição. Loures. Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas da População*. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115

International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. Disponível em: <https://internationalfamilynursing.org/position-statement/generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>

International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *IFNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. Disponível em: <https://internationalfamilynursing.org/position-statement/advanced-practice-competencies-for-family-nursing/>

International Council of Nurses. (2019). *CIPE/ICNP 2019*. Disponível em: <https://www.icn.ch/>

Júnior, J. (2022). *Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde*. Revista de Saúde Pública, vol. n.º56, pp. 1-9. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/vies-de-desejabilidade-social-na-pesquisa-qualitativa-em-saude/>

Kraus, T & Silva, M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 392-397). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. pp. 8059- 8105. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Lima, C. (2006). *Vulnerabilidade e Serviço Nacional de Saúde*. Revista Acta Médica portuguesa, v. 19, pp. 49-54. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/906/579/1466>

Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics 27*, v.18. 8ª edição. Pêro Pinheiro. Report Number.

Martins, C., Lomba, M. (2021). *Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: dos enfermeiros em Cabo Verde*. Revista Enfermeria, Innovación y Ciencia. Unidad Académica de Enfermería. Vol.2 (n.º1). Disponível em: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/download/1109/1055/4512>

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook. Nov./Dez. de 1994, pp. 255-259.

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários – Guia de Decisão Clínica*. Lisboa. Lidel.

Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Volume I. Lisboa: Universidade Aberta.

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., & Martins, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da Escala IFCE-AE. In Barberi, M.C., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, I., Oliveira, P. Fernandes, H., Vilar, A., Carvalho, J. & Santos, M. (Eds.) *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. (pp.34-48). Disponível em: https://books.google.pt/books?id=s_cbu8rcTn0C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M. Martinho, M., Figueiredo, M., Andrade, L., Carvalho, J. & Martins, M. (2011) *Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*. Rev. Esc. Enferm. USP. Vol.45, n.96, pp. 1331-1337

Oliveiras, P., Gesteira, E., Silveira, E., Amaral, L., Moreira, M., Rodrigues, A. (2016). *Avaliação de famílias com mais de uma mulher mastectomizada: estudo de caso*. Online Brazilian Journal of nursing. vol.15 (n.91) Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5231/html_2

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Disponível em : https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Parecer n.º 12/2011 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Parecer n.º 08/2011 – Fundamentação para a formulação dos programas formativos*.

Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerCE_%208_2011_18_01_2011_Fundamentacao_formulacao_programas%20formativos_VFinal.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Conselho Internacional dos Enfermeiros – Combater a desigualdade: da evidência à ação*.

Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de*

Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Disponível em:

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 (2024). *Estatística de Enfermeiros - Anuário Estatístico 2024*. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na*

Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *The Family Health Nurse Context - Conceptual Framework and Curriculum*.

Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107930/9289011716-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pereira, I., Veloso, A., Silva, I., Costa, P. (2017). *Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas*. Cadernos de Saúde Pública, vol n.º 33 (n.º4). pp. 1-12. Disponível em:

https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51211/1/Pereira%20et%20al%2c%202017_Compromisso%20organizacional%20e%20satisfa%2c%20a%207%2c%20a%203o%20laboral.pdf

Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família. [Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Repositórios Científicos e Acesso Aberto de Portugal. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/6d97b009-4550-4742-a8c3-f10dd89ed339>

Pires, A. (2023). Teorias de Enfermagem. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 89-90). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Pordata (2024). *Estatísticas*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas>

Reis, L., Mendes, A., Vilar, A., Marques & E. Figueiredo, M. (2022). Família Neves. In M. Figueiredo (Coord.), *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar – Estudos de Caso*, (pp. 91-114). Sabooks – Editora.

Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: 2.ª série, N.º 35. [Revogado]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: 2ª série, N.º 124. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-dos-padr%C3%B5es-de-qualidade-em-enfermagem-de-sa%C3%BAdade-familiar-publicado-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica/>

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de

Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: 2ª série, N.º 135. Disponível em:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série, N.º 184. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª série, N.º 26. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Rocha, P. (2024). *O uso terapêutico da comunicação.* Açoriano Oriental – Ordem dos Enfermeiros Açores, 25 de agosto de 2024. p.19. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34686/25_08_2024-22363-p%C3%A1gina-19-geral.pdf

Rodrigues, S., Vieira, M., Charepe, Z. & Capelas, M. (2012). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da Escala de Jefferson.* Cadernos de Saúde, vol n.º5 (n.º 1 e 2). pp. 71-77.

Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V. & Lise, F. (2021). *As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde.* Revista de Enfermagem Referência. Vol. 5 (n.º8). pp.1-8. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=4121&codigo=

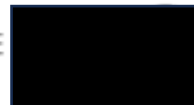
Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). *O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®.* Millenium, 49 (jun/dez), pp. 153-171. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>

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). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.



- Serviço Nacional de Saúde (2024). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*, EPE. Disponível em:
<https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-da-regiao-de-leiria/>
- Silva, M., Costa, M. & Silva, M. (2013). *A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência. III Série (n.º11), pp.19-28. Disponível em:
https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832013000300003?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300003
- Silva, M. (2023). *Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v.39, n.º4 (2023), pp. 355-359. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13904/11874>
- Silva, M., Kraus, T. & Figueiredo, M. (2023). Ciclo Vital da Família. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 152-158). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, E. (2011). *A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Disponível em:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf
- Spínola, A. & Figueiredo, M. (2023). Família – conceito de família. In M. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 92-95). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Stacciarini, J. & Bartholomeu, T. (2001). *O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.9 (n.º2), pp. 17-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JpjG6CRLN9fbHXdkBLBfjzB/>
- USF C (2023). *Regulamento Interno da USF C*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2100491/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20Interno%20USF%20Condest%203%20A1vel%202023%20validado.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. 3ª edição. Lisboa. Edições Sílabo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo: Roca.

Anexos

Anexo I – Comprovativo de Comunicação Oral na USF “Visita Domiciliária de Enfermagem à Puérpera e ao Recém-Nascido”



Declaração

Para os devidos efeitos, declaro que **Filipa Vieira Neto Pereira** apresentou a comunicação oral “**Visita domiciliária de enfermagem à puérpera e ao recém nascido**” na reunião de serviço , realizada no dia 9 de agosto de 2024 

 08 / 10 / 2024

Coordenadora da Unidade

Assinado por: **IRACEMA FILOMENA DIOGO PINA GOMES**

Num. de Identificação: BI146280458

Data: 2024.10.08 17:11:39+01'00'



CARTÃO DE CIDADÃO

(Iracema Diogo)

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética - Projeto *Cuidarfam*

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João 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 descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Návia Flomera Bokello

Apêndices

Apêndice I - Artigo Publicado no Jornal Digital *Info Saúde* n.º10 - “Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e à Puérpera até aos vinte e oito dias de vida – Benefícios para a Família”

Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e à Puérpera até aos vinte e oito dias de vida - Benefícios para a Família

**TÂNIA JORDÃO**

Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Enfermeira na USF Condestável

Introdução

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos. Segundo Hanson (2009), a família caracteriza-se por dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico e os membros da mesma são autodefinidos. Já segundo Figueiredo (2009), a família é um sistema social que integra uma diversidade de valores, crenças, práticas que a tornam singular e única, sendo impensável descrever as famílias apenas com base nos indivíduos que a constituem, uma vez que estas se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais (Pires, 2016). A partir da necessidade de se intervir na integridade da família, cabe ao enfermeiro de família implementar intervenções com o objetivo de lhes prestar apoio, uma vez que, para existir uma família saudável, é preciso assistir o indivíduo, a família e a comunidade (Machado, Uej, Pinheiro & Matin, 2006). Assim, a visita domiciliária integra uma parte importante das funções do enfermeiro de família e tendo como principal objetivo a promoção a qualidade de vida, colocando a família como o centro de cuidado e permitindo ao enfermeiro adotar intervenções mais eficazes para a promoção da saúde no agregado familiar (Carvalhais & Sousa, 2013), considera-se de extrema importância a sua aplicação na transição de ciclo vital, isto é, no nascimento do primeiro filho (Alarcão, 2006).

A visita domiciliária de enfermagem

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 dos cuidados

**FILIPA PEREIRA**

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Enfermeira na USF Felizina

se iniciou desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2020, s.p.). Desde o início dos primeiros cuidados de Enfermagem que se evidencia a integração da família como foco dos cuidados, da sua necessidade e valorização enquanto papel importante. A investigação sobre a família tem gerado conhecimento e mudança no paradigma centrado na doença e no indivíduo, para a família e saúde. Com esta evolução do conceito dos cuidados de enfermagem, é possível dar evidência e visibilidade aos cuidados autónomos dos enfermeiros, avaliando a família e tomando decisões com base nas suas necessidades, seguindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001).

O nascimento de um bebé é um fator desencadeante de stress, podendo alterar as relações familiares, gerando uma crise na adaptação da família ao bebé. O comportamento de cada um dos elementos da família é indissociável do comportamento dos restantes, tendo estas repercussões ao nível de todos os elementos familiares, pois a família é mais do que a soma de vidas individuais ou dos seus componentes. Para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF) promova a capacitação da família enfrentar as transições com que se depara ao longo do ciclo vital, são necessárias aprendizagens significativas, sustentadas em treino e reflexão, permitindo assim a concretização do seu mandato social. Tendo em conta todos estes conhecimentos, o papel do enfermeiro de família é facilitar o processo de adaptação à nova situação (Fernandes, 2022; Figueiredo, 2022; Alarcão, 2006).

(continua na página seguinte)

Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e à Puérpera até aos vinte e oito dias de vida -

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, “ [...] é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco.” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 3), baseada no conceito da Organização Mundial de Saúde, refere o EESF “[...] como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos de comunidade.” Tendo o EESF as competências específicas de cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, assim como de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar podemos considerá-lo de extrema importância na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido e respetiva família (OE, 2018).

A visita domiciliária de enfermagem permite diminuir a procura dos serviços de saúde e os re-internamentos hospitalares através de medidas de prevenção e intervenção precoce, com evidentes ganhos em saúde para o recém-nascido e para os restantes elementos da família (Henriques, 2022). Internacionalmente, nomeadamente em Inglaterra, no Sistema de Saúde Inglês (NHS, s.d.) a visita domiciliária está bem implementada. Não se resume apenas a uma visita domiciliária ao recém-nascido. Denominam-se “health visitors” e são enfermeiros especialmente treinados para o efeito. O chamado “serviço universal”, a que todos os utentes têm direito, integra 5 visitas domiciliárias à família: no período pré-natal, à família com recém-nascido até aos 14 dias de vida, entre as 6 e as 8 semanas de vida do bebé, aos 12 meses e a última entre os 2 anos e os 2 anos e meio de vida. Estas equipas podem ainda oferecer mais serviços, consoante a família necessita, se se tratar por exemplo de uma criança com deficiência ou de uma família que necessita de apoio ao luto.

Perante a evidência destes benefícios, parece importante perceber o que está a acontecer nos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS-

RL). A visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido está evidenciada no indicador 298, que expressa a proporção de agregados familiares constituído por, pelo menos uma puérpera e um recém-nascido até aos 28 dias de vida, com visita domiciliária de enfermagem realizada (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), 2017). Analisando os dados deste indicador, referentes a maio de 2024, observa-se que, das 35 unidades (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiares (USF)) que constituem a ULS-RL, apenas 11 unidades têm prática da realização desta visita domiciliária e nenhuma do total das unidades atinge o mínimo esperado no indicador (45%).

As causas da fraca adesão a esta prática, por parte dos enfermeiros, deverão ser refletidas. Este facto, deve-se a fatores que dizem respeito não só aos enfermeiros, mas também às famílias, que não entendem a verdadeira importância da visita domiciliária em contexto de nascimento de um bebé e no período puerperal.

Nalguns contextos, a visita domiciliária é feita de forma mecanizada e sem se entender verdadeiramente a importância desta avaliação, neste local, no processo de promoção da saúde e prevenção da doença, nos cuidados de saúde primários (Santos & Morais, 2011).

A visita domiciliária apresenta algumas limitações, tais como a deslocação e duração da mesma (Teixeira et al, 2009). Também Borges (2017) refere que, os profissionais têm alguma dificuldade em entrar em casa das famílias por sentirem que estão a invadir um espaço privado. As famílias, apesar de valorizarem a visita domiciliária, demonstram alguma resistência, com conseqüente recusa. A visita domiciliária é importante, segundo alguns entrevistados, mas não para a sua família. Consideram que é uma intromissão dos serviços de saúde nas suas casas e nas suas vidas. Referem ainda que, a visita domiciliária não vem resolver os problemas das famílias e que não é uma prática positiva (Cruz & Bourget, 2010). Os enfermeiros têm sobrecarga de trabalho nas USF (Kebian & Acioli, 2014) e não têm muitos recursos. E existem ainda limitações à visita domiciliária, que estão relacionadas com a escassez de tempo disponível dos enfermeiros (Oliveira et al, 2021).

Alguns utentes não entendem o motivo da visita domiciliária pois ainda a associam aos necessitados, aos fracos e aos mais isolados (Duarte, 2007).

(continua no página seguinte)

Apêndice II – Processo de Enfermagem da Família C. com base no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

1. Escolha da Família C. para aplicar o Modelo de Intervenção Familiar

A família C., escolhida para aplicar o modelo de intervenção familiar, é uma família nuclear, constituída por 2 adultos (mãe e pai) e 2 crianças de 10 e 8 anos (género masculino). Doravante irei denominar a mãe de A., o pai de B., o filho mais velho de D. e o mais novo de E.. Houve oportunidade de conhecer esta família num contexto da consulta de saúde infantil aos 10 anos do filho D., em final de junho de 2024. Posteriormente, houve contacto com esta família mais 2 vezes, uma delas em contexto de visita domiciliária.

A escolha desta família deve-se ao facto de apresentarem uma história diferente, com uma situação de transição saúde/doença altamente desafiadora. Em 2022, altura em que D. e E. tinham 8 e 6 anos, respetivamente, tratava-se de uma família com uma história comum, igual a tantas outras. As crianças eram saudáveis, estavam na escola e os pais trabalhavam. No entanto, em abril de 2022, após três idas à urgência com dor na região abdominal e dorsal, o filho D. teve um diagnóstico de Linfoma de *Burkitt*. Foi intervencionado cirurgicamente ainda nesse dia e iniciou quimioterapia no dia seguinte. Após alguns ciclos de quimioterapia intravenosa e intratecal, D. começou, inicialmente, com dificuldades em andar, e posteriormente deixou de conseguir andar totalmente, apresentando comprometimento também a nível cervical e dos membros superiores. No início, esta dificuldade foi atribuída a uma neuropatia periférica, como efeito secundário da quimioterapia. No entanto, pelo agravamento dos sintomas, nomeadamente, comprometimento dos membros superiores e rigidez cervical, obteve, no final de maio desse mesmo ano, o diagnóstico de mielite transversa ao nível da D8, consequência de toxicidade à medicação metotrexato, que lhe foi administrado por punção lombar.

O filho D., após este diagnóstico, fez terapêutica com corticosteróides em alta dosagem, plasmoforese e administração de imunoglobulina A, o que lhe permitiu recuperar totalmente a rigidez cervical e o movimento dos membros superiores. No entanto, ficou com sequelas de paraplegia flácida e ausência de controlo de esfíncteres (retenção urinária).

2. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção da Família C.

2.1. Avaliação Estrutural

Estrutura interna

A família C. é constituída por 4 elementos, os pais e os filhos, como representado no quadro 1. A mãe A. é do **género** feminino, enquanto o pai B. e os filhos D. e E. são do género masculino; constituindo assim um casal heterossexual. O pai B. é o elemento mais velho, enquanto o filho E. é o elemento mais novo. Os elementos da família A. e B. são licenciados. A mãe A. é enfermeira, esteve de licença especial para apoio ao filho, tendo regressado ao ativo no início de setembro de 2024. O pai B. é engenheiro civil e trabalha por conta de outrem, numa empresa multinacional de construção e indústria. O principal *hobbie* do pai B. é a caça, principalmente de javalis. O filho D. encontra-se numa situação de excesso de peso, com um índice de massa corporal de 19,8, no percentil entre 85 a 97 para a idade.

Quadro 1

Composição da família C.

Nome	Papel familiar	Género	Idade	Escolaridade	Profissão
A.	Mãe	Feminino	37	Licenciatura	Enfermeira
B.	Pai	Masculino	39	Licenciatura	Engenheiro Civil
D.	Filho mais velho	Masculino	10	-----	-----
E.	Filho mais novo	Masculino	8	-----	-----

Os **subsistemas** individuais são 4, constituído por cada um dos elementos. Existe ainda o subsistema conjugal, constituído por A. e B. O subsistema parental é constituído pelos elementos A. e B. para com os 2 filhos D. e E.; o subsistema filial entre os filhos D. e E. e os pais A. e B. e o subsistema fraternal entre os filhos D. e E. Os subsistemas são definidos e permeáveis, caracterizando-se pela definição clara dos papéis a desempenhar por cada elemento da família.

No que diz respeito aos **limites**, os mesmos são claros e definidos, isto é, há delimitação do espaço e das funções de cada membro e de cada subsistema.

Estrutura externa

No que diz respeito à família C., a **família extensa** é próxima, quer geograficamente, quer no que diz respeito à frequência do contacto. O contacto com a família de origem materna é praticamente diário e representa um apoio significativo à família C., nomeadamente a avó R., que colabora nas saídas e entradas na escola e nas atividades extracurriculares do D. e E..

A família de origem paterna também reside próxima, há contacto e proximidade duas a três vezes por semana, no entanto, não colaboram tanto nas rotinas do dia-a-dia das crianças. Por vezes, há alguns conflitos/discordância com a família extensa paterna. Relativamente aos elementos L. e J., irmãos dos pais A. e B., estes também são próximos, com uma convivência e colaboração pelo menos semanal.

A família C. tem como **sistemas amplos** significativos o trabalho do pai B., que deu, desde o início da doença, um grande apoio à situação de doença do D., nomeadamente no facto de ter facilitado com as faltas necessárias ao apoio à família naquela época; o hospital pediátrico, que representa, segundo os dados colhidos, a instituição de saúde em que a família mais confia para o acompanhamento do D. e os amigos, que representam um grande apoio para a família C., com os quais convivem com muita frequência e que inclusivamente conseguiram organizar vários eventos para angariar dinheiro para os tratamentos do filho D.. As escolas do D. e E. têm uma relação razoável com a família. Na escola do E. os profissionais que lá trabalham já têm uma boa relação com a família, pois o filho D. também a frequentou, existindo uma relação já estabelecida há alguns anos. A escola do D. é recente, uma vez que ele entrou agora para o 5º ano, no entanto a família sentiu uma boa receção e os primeiros dias decorreram com grande satisfação por parte de D. Pode-se considerar uma ligação moderada com ambas as escolas.

Contexto

A família C. é de origem europeia (**etnia**) e **raça** caucasiana.

Apresenta-se, na figura 1, a avaliação da escala de Graffar com a avaliação da classe social da família C. A **classe social**, após o preenchimento, é Média Alta (10 pontos).

Figura 1

Escala de Graffar da família C.

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
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA ALTA

Nota. Fonte: *SClínico*®

Quando a família C. foi questionada acerca das suas **convicções religiosas**, esta referiu ser católica. Na altura da doença do D., o facto das pessoas da localidade de onde são naturais, terem organizado várias sessões onde se rezava o terço e se realizavam caminhadas até ao Santuário de Fátima, foi um apoio significativo para enfrentar a doença. A mãe A. refere ainda que, o Santuário é um local onde “se sente bem” e ainda recentemente fez uma caminhada a pé para este local, acompanhada de uma prima, porque “sentia que tinha de ir”. O pai B. é menos crente, no entanto, também reconhece que estes rituais foram um apoio muito importante. Os filhos D. e E. frequentam a catequese e, juntamente com a mãe, cerca de duas vezes por mês, após a catequese, vão à celebração eucarística.

Relativamente ao **ambiente**, pode-se referir que o edifício residencial, que houve oportunidade de conhecer, é todo térreo, sem barreiras arquitetónicas e de construção moderna. A limpeza da habitação era muito boa e havia uma boa organização e arrumação. Os pais D. referiram que é necessário fazer obras numa das casas de banho para que o filho D. tenha mais independência nos cuidados de higiene. É uma habitação própria. Os filhos D. e E. frequentam a escola (3º e 5º ano), que têm boas condições, segundo informação da

família. A sala do filho D. é no primeiro andar, mas possui elevador. As ruas adjacentes estão pouco preparadas para a circulação numa cadeira de rodas. Não há rampas de acesso aos passeios em todos os locais do percurso que é necessário fazer, segundo informação colhidas pela família.

Instrumentos de avaliação estrutural

Uma vez que os instrumentos mais úteis para avaliar a estrutura interna e externa da família são o genograma e o ecomapa, apresentam-se, de seguida, o genograma e o ecomapa da família C. (figura 2 e figura 3).

Figura 2

Genograma da família C.

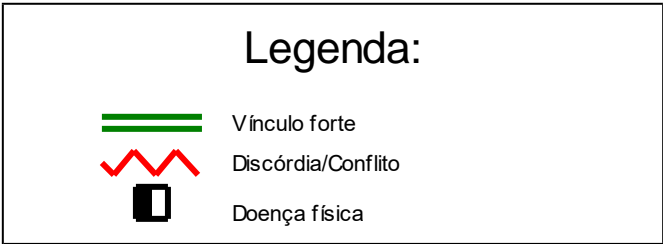
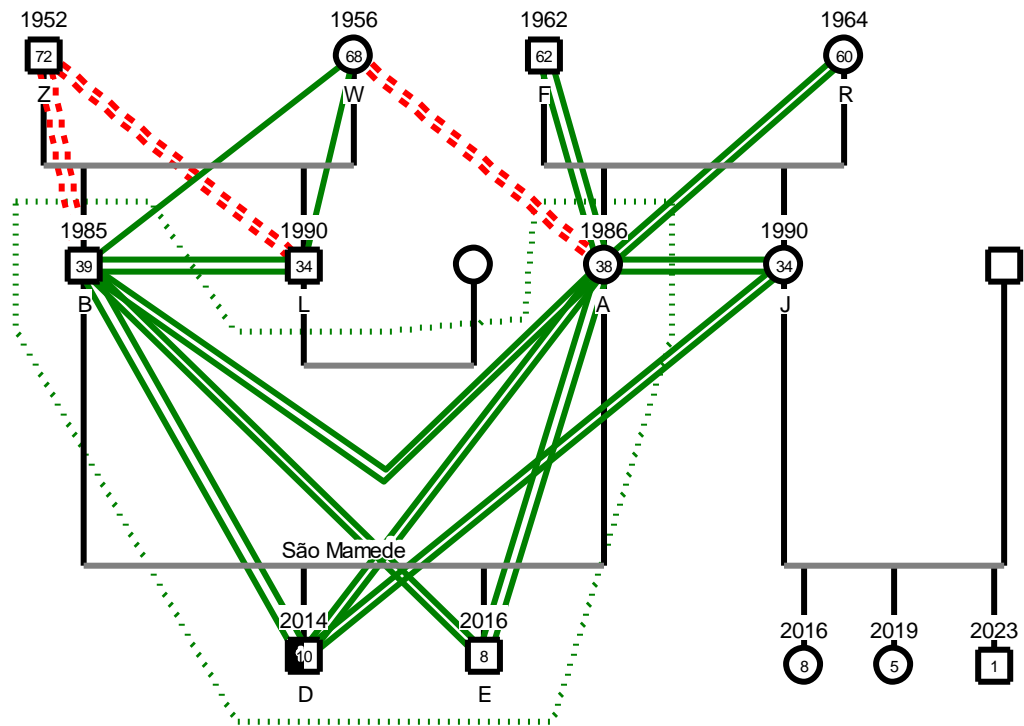
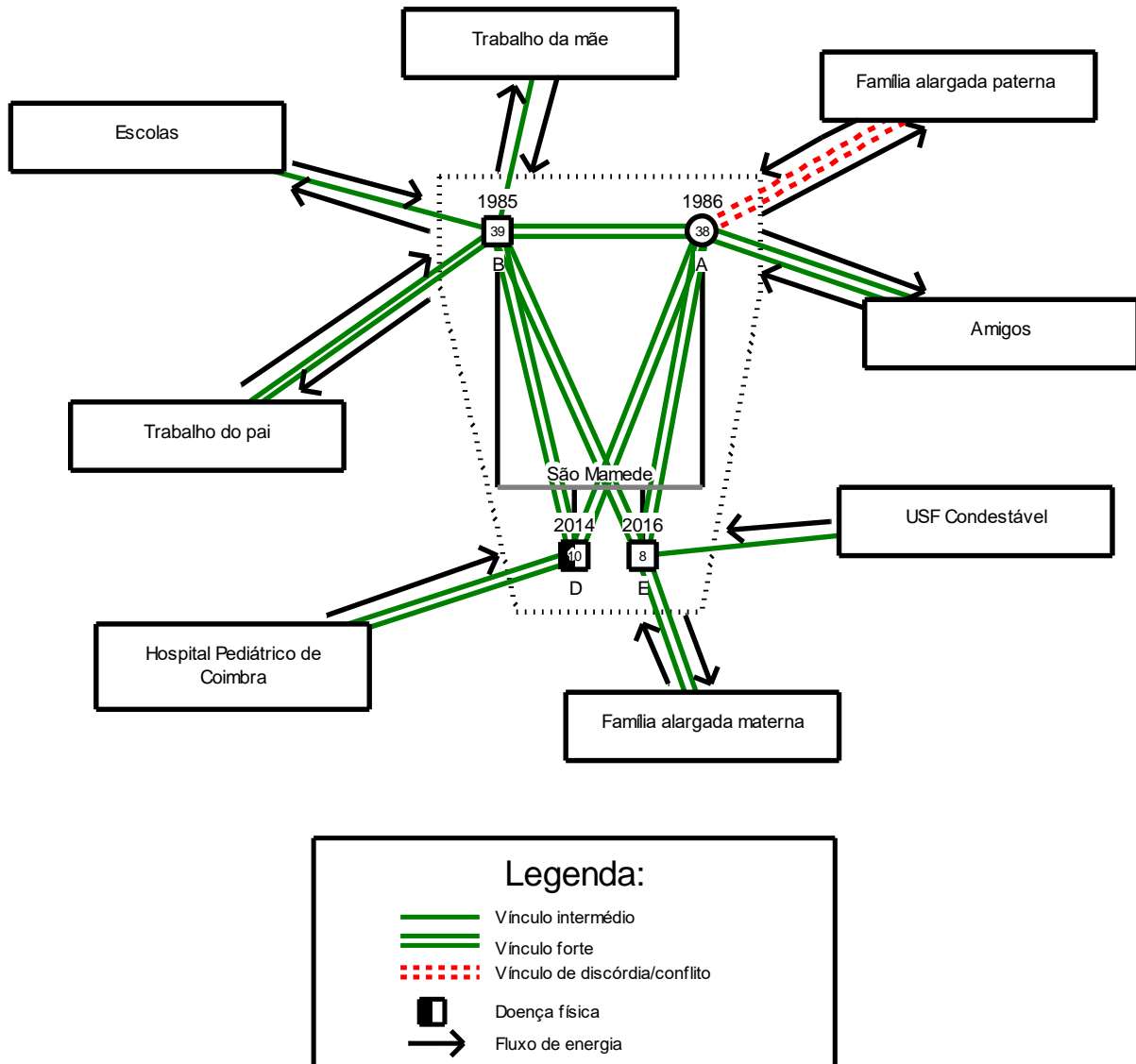


Figura 3

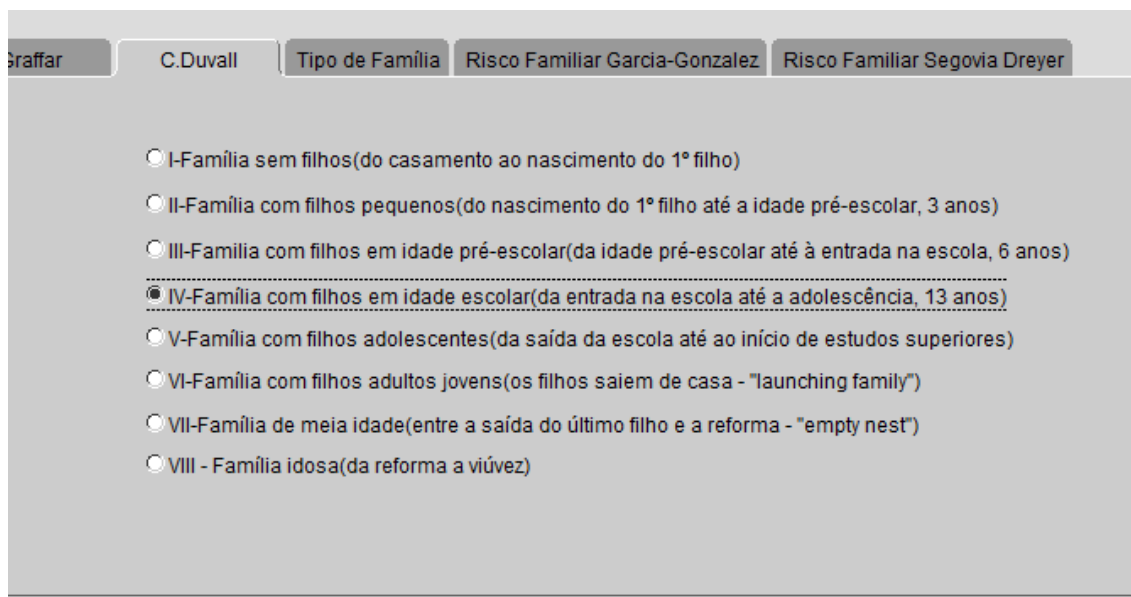
Ecomapa da família C.



2.2. Avaliação do Desenvolvimento

Estágios e Tarefas

A família C. encontra-se na quarta **etapa do ciclo vital** de Duvall (figura 4), família com filhos em idade escolar, pois o filho mais velho D. tem 10 anos e frequenta o 5º ano de escolaridade. Pelos dados que foram colhidos, considera-se que a família C. cumpre as tarefas próprias desta etapa do ciclo vital. Por exemplo, está organizada para dar espaço ao filho D. para já ter alguma independência, pois recentemente o filho entrou para o 5º ano de escolaridade e este passou a ter a rotina de sair, sem os pais, da escola, e deslocar-se para o centro de estudos. Vai acompanhado com outros amigos.

Figura 4*Ciclo Vital da Família de Duvall – Família C.*

Gravar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Nota. Fonte: SClínico®

Vínculos

Relativamente aos **vínculos** na família C., pode-se referir que os vínculos conjugais entre A. e B. estão mantidos. Eles referem que passam algum tempo juntos, que os filhos D. e E. esporadicamente dormem em casa dos avós maternos, no entanto, sentiam necessidade que isto ocorresse com maior frequência para que pudessem ter mais tempo a dois e maior privacidade.

Os laços no subsistema fraternal estão mantidos, há espaço para que os irmãos D. e E. brinquem e passem tempo juntos, mais ao fim-de-semana.

Os filhos D. e E. parecem sentir segurança e ligação próxima com os pais A. e B., o que leva a concluir que os vínculos do subsistema filial são fortes.

2.3. Avaliação Funcional

Funcionamento Instrumental

As **atividades de vida diária** podem ser subdivididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) e em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e estão descritas a seguir no quadro 2, com a respetiva avaliação na família C.

Quadro 2

ABVD, segundo OE (2011b) e alteração na família C.

ABVD	Alteração
Higiene Pessoal	Elementos da família independentes nesta AVBD, exceto elemento D., que necessita de ajuda parcial.
Controlo da Eliminação Vesical e Intestinal e Uso dos Sanitários	Elementos da família independentes nesta AVBD, exceto elemento D., que necessita de ajuda parcial.
Vestuário	Elementos da família independentes nesta AVBD, exceto elemento D., que necessita de ajuda parcial.
Alimentação	Elementos da família independentes nesta AVBD.
Locomoção	Elementos da família independentes nesta AVBD, exceto elemento D., que necessita de ajuda total.
Transferência	Elementos da família independentes nesta AVBD, exceto elemento D., que necessita de ajuda parcial.

Pode-se referir que a família C., relativamente às AIVD, isto é, gerir o ambiente, nomeadamente preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar a medicação adequada, fazer compras e utilizar os meios de transporte, não tem alteração nas AIVD, ou seja, é independente.

Funcionamento Expressivo

Na **comunicação emocional**, primeira subcategoria do funcionamento expressivo, pode-se referir que alguns elementos da família C. têm alguma facilidade em expressar sentimentos. No entanto, o filho E. não o faz com muita frequência; o filho D. por vezes parece não conseguir falar sobre alguns sentimentos, nomeadamente, por exemplo, o não aceitar que o irmão faça algumas atividades semelhantes a ele (tocar guitarra).

Tendo em conta a **comunicação verbal**, a família C. no geral, é capaz de comunicar verbalmente entre elementos, dizendo claramente o que pretende. Ainda assim, A. refere que quando B. vai para a caça, que é o seu *hobbie*, por vezes sente que ele deveria passar mais tempo em casa. Pela informação que foi colhida, pode-se dizer que a mãe A. por vezes envia uma mensagem deslocada pois fala para os filhos, quando o marido B. está a ouvir, e verbalmente diz mensagens para os filhos, mas o objetivo é que o marido B. ouça, pois na realidade a mensagem seria para ele.

Ao conversar com a família C., observa-se que a **comunicação não-verbal**, terceira subcategoria do funcionamento expressivo, é baseada em sorrisos, quer da parte do pai B., quer da parte do filho D. Também se consegue observar que há uns olhares cúmplices, entre uma família que, apesar das dificuldades, se adaptou à condição do filho D. Analisando os sorrisos, conclui-se que eles são uma forma de “fuga” aos assuntos sérios e profundos, quer da parte do pai, quer da parte do filho mais velho D.

A família C. conseguiu ultrapassar uma doença oncológica de D., com meses de internamento. Nesse internamento quem acompanhou foi a mãe A., grande parte do tempo. Mas a família C. soube adaptar-se e solucionar os problemas que esse processo acarretou e manteve-se unida. Também a posterior sequela que foi diagnosticada ao filho D., a paraplegia, desafiou a capacidade da família C. de se adaptar, tendo sido

conseguida, grande parte das vezes com sucesso. Posso considerar que esta família, de uma forma geral, tem conseguido **solucionar os seus problemas**.

Na família C., B. está ocorrente de todos os cuidados que o filho D. necessita e também está apto para substituir a mãe A. se necessário. No entanto, a mãe A. tem o **papel** principal de cuidadora da família, com particular atenção para o filho D.

Em relação ao **poder**, na família C., a mãe A. é mais dominadora, embora o pai B. seja envolvido em todas as decisões relativamente à família. A mãe A. é dinâmica e tem mais iniciativa, em relação às decisões relativamente à família, mas também relativamente à situação de saúde do filho mais velho.

Em termos de **crenças**, família C. tem noção que as limitações/sequelas do filho D. são definitivas. Têm muita esperança e a maior luta é que o filho D. atinja a maior independência possível, apesar da sua paraplegia. Como já foi referido, família é católica e, durante a situação aguda oncológica, os rituais católicos estiveram muito presentes quer na família nuclear, quer na família extensa.

A família C. está satisfeita com a forma como se manifesta a **união** entre os seus membros. Quando é necessário tomar decisões, a díade sistema conjugal alia-se para as tomar, embora ambos os elementos do subsistema conjugal refiram que passam pouco tempo juntos. Pode-se referir ainda que, a família extensa materna tem, em algumas ocasiões, uma “palavra” a dizer nas decisões a tomar.

2.4. Outros Instrumentos de Avaliação da Família

APGAR Familiar de Smilkstein

A avaliação da escala de APGAR familiar da família C., com base no SClínico[®], está descrita na figura 5.

Figura 5

APGAR Familiar da família C.

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

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

Score total: 8

Nota.

Fonte: SClínico[®]

A família C. apresenta um score de 8 nesta escala, o que significa que é uma família altamente funcional.

Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe

A figura 6 representa a avaliação da escala de readaptação social de Holmes & Rahe da família C.

Figura 6

Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe – Avaliação da família C.

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	Acontecimento	Valor médio	N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	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 da 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/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	30	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades 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 no nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um empréstimo	30	43	Pequenas transgressões	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Nota. Adaptado de: <https://pt.scribd.com/document/678519262/Escala-de-Readaptacao-Social-de-Holmes-e-Rahe>

Nesta escala a soma das pontuações da família C. dá 161 pontos, o que significa que a família tem 50% de ter um problema de saúde mental ou físico em um ou vários elementos da família.

Escala de FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) II

A figura 7 representa a avaliação da escala de FACES II pela família C.

Figura 7

Escala de FACES II – Avaliação da família C.

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

Nota. Adaptado de: <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/7b07fc30-7bb6-4a97-8cf2-627489920bca/content>

Foram realizados os cálculos para a escala de FACES II e enquadrados no quadro 3.

Quadro 3
Score e Interpretação linear da escala FACES II

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

Nota. Fonte: Adaptado de Figueiredo *et al.* (2023)

Concluiu-se que os resultados para a coesão são de 50 e os resultados para a adaptabilidade são de 49. Centrando os cálculos no quadro acima pode-se concluir que se trata de uma família desmembrada do ponto de vista da coesão e flexível, do ponto de vista da adaptabilidade.

Conclui-se que se trata de um tipo de família intermédia (pontuação de 3,5).

2.5. Plano de Cuidados

O primeiro contacto com a família C. foi no âmbito de uma consulta de saúde infantil do filho D., em junho de 2024, na USF C. Foi o dia em que foi pedido consentimento à família C. para fazer parte deste estudo, da qual se obteve autorização. Posteriormente, houve algumas semanas de interregno e a primeira entrevista e intervenção ocorreu no dia 16/9/2024. Só foi possível nova intervenção a 30/9/2024, altura em que se realizou uma visita domiciliária.

Cada quadro apresentado a seguir (quadro 4, 5, 6, 7, 8 e 9) representa um diagnóstico de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem implementadas, com posterior avaliação. Pode-se referir que, ao nível da dimensão estrutural não há alterações, isto é, não foram identificados diagnósticos de enfermagem nesta área. Os diagnósticos apresentados dizem respeito à dimensão do desenvolvimento e funcional.

Quadro 4
Diagnóstico de enfermagem n.º1 da família C.

Foco de atenção	Satisfação Conjugal
Intervenção Diagnóstico	Avaliar a relação dinâmica relacionada com a satisfação conjugal com a divisão/partilha de tarefas domésticas e satisfação do casal com o tempo que passam juntos
Diagnóstico	17/9/2024: Satisfação conjugal não mantida, relacionada com relação dinâmica disfuncional 30/9/2024: Satisfação conjugal mantida, relacionada com relação dinâmica não disfuncional
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas • Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas • Promover a comunicação expressiva das emoções
30/9/2024 Visita Domiciliária	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação do casal • Planear rituais familiares • Motivar para atividades em conjunto

Avaliação:

17/9/2024: B. entende a necessidade de tentar chegar mais cedo do trabalho, para colaborar no transporte dos filhos às atividades extracurriculares e nas tarefas domésticas. Compromete-se a tentar chegar mais cedo do trabalho 2 dias por semana, pois tem essa flexibilidade. Os elementos A. e B. acordam que esses dias serão os que correspondem aos dias de atividades extracurriculares (futebol do filho E. e andebol do filho D.). O objetivo definido para o subsistema conjugal é promover uma melhor divisão das tarefas, assim como aumentar o tempo de qualidade conjugal.

30/9/2024: A. refere que B. conseguiu organizar-se no trabalho para chegar mais cedo e que, nos dias em que o fez, ela não andou tão stressada com a gestão de todas as tarefas. À pergunta de como o pai B. se sentia perante esta mudança, o pai B. referiu que se tem sentido bem, que também se sente mais realizado por colaborar mais nas tarefas domésticas e por passarem mais tempo em família.

Quadro 5
Diagnóstico de enfermagem n.º2 da família C.

Foco de atenção	Satisfação Conjugal
Intervenção Diagnóstico	Avaliar a comunicação conjugal relacionada com conversas acerca das expectativas e receios, chegar a acordo quando há discordância e satisfação com o padrão de comunicação do casal.
Diagnóstico	17/9/2024: Satisfação conjugal não mantida, relacionada com comunicação não eficaz 30/9/2024: Satisfação conjugal mantida, relacionada com comunicação eficaz
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação do casal • Promover a comunicação expressiva de emoções
30/9/2024 Visita Domiciliária	<ul style="list-style-type: none"> • Planear rituais familiares • Motivar para atividades em conjunto

Avaliação:

17/9/2024: B. acha que passa pouco tempo com a esposa A. e tem pouco tempo para a comunicação conjugal, pois ela anda sempre ocupada com muitas tarefas. A. refere que se ele chegasse mais cedo a casa, talvez a organização das tarefas diárias fosse mais eficaz e que sobrasse mais tempo para o sistema conjugal. O pai B. compromete-se, à semelhança do diagnóstico anterior, de chegar mais cedo nalguns dias específicos que se

anteveem mais complicados. Sugeriu-se que criassem uma espécie de um ritual terapêutico: nos dias em que B. chega mais cedo, comprometem-se a reservarem 15 minutos para conversarem os dois. A. e B. acordaram que iam implementar à noite, depois dos meninos irem para a cama. Comprometeram-se, ainda, a desligar os ecrãs durante esse tempo para poderem conversar sem serem interrompidos.

30/9/2024: Ambos referem que conseguiram cumprir os 15 minutos de conversa 2 dias por semana e que já se tornou num hábito/ritual. Conseguem conversar sobre os problemas e tomar decisões. B. refere que ainda é pouco tempo e poucas vezes, mas que já se sente mais satisfeito. Ao conversar com o casal A. e B., percebeu-se que a família extensa materna por vezes ajuda e os filhos D. e E. dormem lá; mesmo com as limitações físicas do filho D., a avó R. está familiarizada com os cuidados a ter. Sugeriu-se, pelo menos uma vez por mês, tentarem que os filhos D. e E., passem uma noite em casa dos avós para que o subsistema parental aumente o tempo de qualidade em casal, passando a ser também um ritual terapêutico. A. e B. acharam boa ideia.

Quadro 6

Diagnóstico de enfermagem n.º 3 da família C.

Foco de atenção	Papel Parental
Intervenção	Avaliar o comportamento de adesão relacionado com a promoção de padrão de sono/repouso adequado à criança
Diagnóstico	17/9/2024: Papel Parental não adequado por comportamento de adesão não demonstrado relacionado com padrão de sono/repouso adequado à criança 30/9/2024: Papel Parental adequado por comportamento de adesão demonstrado relacionado com padrão de sono/repouso adequado à criança
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança • Motivar os pais para um padrão de sono/repouso adequado à criança • Motivar os pais para a importância de regras estruturantes
30/9/2024 Visita domiciliária	

Avaliação:

17/9/2024: Filho D. com padrão de sono-reposo alterado pois gosta de se deitar tarde (às vezes só dorme 8h ou menos) e os pais facilitam e acabam por deixá-lo, pois ele é muito renitente na hora de deitar. Após serem elucidados, os pais entenderam a necessidade do filho D. dormir as horas necessárias ao desenvolvimento para a sua faixa etária (cerca de 9 a 11h), implementando regras e informando os filhos dessas regras.

30/9/2024: Os pais foram unânimes na implementação da regra de o filho só se deitar mais tarde ao fim-de-semana. O Filho D. acaba por entender e cumpre. Durante a semana vai para a cama até, no máximo, às 22h.

Quadro 7
Diagnóstico de enfermagem n.º 4 da família C.

Foco de atenção	Papel Parental
Intervenção Diagnóstico	Avaliar o comportamento de adesão relacionado com a promoção da ingestão nutricional adequada à criança
Diagnóstico	17/9/2024: Papel Parental não adequado por comportamento de adesão não demonstrado relacionado com a promoção da ingestão nutricional adequada à criança 30/9/2024: Papel Parental adequado por comportamento de adesão demonstrado relacionado com a promoção da ingestão nutricional adequada à criança
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre padrão alimentar adequado à criança • Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança • Motivar os pais para a importância de regras estruturantes
30/9/2024 Visita domiciliária	

Avaliação:

17/9/2024: Filho D. com excesso de peso. Este já pratica alguma atividade física dentro das suas limitações, segundo informação colhida junto da família, andebol duas vezes por semana e educação física na escola, três horas semanais. Antes da doença oncológica D. nunca teve excesso de peso; praticava muito desporto. No entanto, com a paraplegia o excesso de peso foi-se instalando, principalmente no último ano. O filho D. tem prazer na ingestão de alimentos. Come todos os alimentos da roda dos alimentos, mas ingere grandes porções às refeições principais, embora não coma doces em muita quantidade e ingira quase sempre sopa. Elogiaram-se os pais por não haver abuso de açúcar e foram ajudados a refletir nas consequências do excesso de peso. Sabendo que aquilo que eles mais anseiam é a independência no filho D., expliquei que o excesso de peso poderá ser uma condicionante a essa independência. Tendo em conta que o filho D. já faz fisioterapia, já pratica o desporto que lhe é possível tendo em conta a condicionante física que apresenta, combinou-se apenas uma pequena alteração nos hábitos alimentares. O filho D. iria encher o prato com mais legumes a cada refeição, ingerindo menos quantidade de hidratos de carbono e proteína.

30/9/2024: Os pais A. e B. referiram que conseguiram ser firmes e implementar a regra de encher o prato do filho D. com mais legumes. Filho D. aceitou a alteração nas quantidades de legumes, mas as quantidades de hidratos de carbono e proteína ingeridos não foram muito inferiores. Elogiou-se por terem conseguido pequenos avanços e explicou-se que ainda tinha decorrido pouco tempo e que mais tarde voltava-se a avaliar os dados antropométricos (peso, altura e índice de massa corporal) de D. para perceber as alterações ocorridas.

Quadro 8
Diagnóstico de enfermagem n.º 5 da família C.

Foco de atenção	Processo Familiar
Intervenção Diagnóstica	Avaliar a interação de papéis familiares, relacionada com o conflito do papel do cuidado doméstico
Diagnóstico	16/9/2024: Processo familiar disfuncional por interação de papéis familiares não eficaz, relacionado com conflito do papel de cuidado doméstico 30/9/2024: Processo familiar não disfuncional por interação de papéis familiares eficaz, relacionado com ausência de conflito do papel de cuidado doméstico
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as dimensões não consensuais do papel • Promover a comunicação expressiva de emoções • Promover o envolvimento da família
30/9/2024 Visita domiciliária	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na identificação dos papéis familiares • Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família • Promover o suporte da família

Avaliação:

17/9/2024: Quando foi realizada a colheita de dados, a mãe A. referiu que ela é que tem o papel principal do cuidado doméstico e que por vezes se sente sobrecarregada com esse conjunto de tarefas diárias. O pai B., além de chegar tarde, muitas vezes ainda cuida da horta, alimenta os animais e não colabora nas atividades domésticas, ficando estas exclusivamente para a mãe B. Perguntou-se ao pai B. se tinha a noção desta sobrecarga do cuidado doméstico, ao que o pai responde afirmativamente. Questionou-se de que forma é que o pai B. achava que poderia ajudar mais. Ele referiu que tem ido quase todos os domingos à caça e que A. se tem mostrado desagrada por ele também não estar em casa nesse dia; A. concordou com esta afirmação. Perante isto, B. afirmou que passaria a ir à caça apenas duas vezes por mês, para que pudesse colaborar mais nas tarefas domésticas e reduzir a sobrecarga da esposa. A. sorriu e concordou que seria uma boa opção e que a aliviaria nesses dias.

30/9/2024: B. não foi à caça um domingo, desde a última entrevista. Nesse dia colaborou nalgumas tarefas domésticas. A. refere que se sentiu muito bem nesse dia, menos sobrecarregada. Questionou-se B., se este tinha sentido que tinha sido um sacrifício muito grande abdicar daquele *hobbie*. B. referiu negativamente pois sentiu que todos os elementos da família tinham beneficiado com essa alteração. Elogiou-se por ter tomado a decisão e ter conseguido colocá-la em prática. Sugeriu-se que os filhos D. e E., quando possível, também fossem envolvidos nas tarefas domésticas que estivessem ao seu alcance, nomeadamente pôr a mesa, estender a roupa, arrumar a máquina de lavar loiça, etc. Os pais A. e B. acharam boa ideia disseram que iriam envolver mais vezes os filhos.

Quadro 9
Diagnóstico de enfermagem n.º 6 da família C.

Foco de atenção	Processo Familiar
Intervenção Diagnóstica	Avaliar a comunicação familiar, relacionada com a satisfação dos membros relativamente ao modo da expressão de sentimentos
Diagnóstico	16/9/2024: Processo familiar disfuncional por comunicação emocional não eficaz, relacionada com a insatisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos 30/9/2024: Processo familiar disfuncional por comunicação emocional não eficaz, relacionada com a satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos
Data	Intervenções de Enfermagem
17/9/2024 USF	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva de emoções • Promover o envolvimento da família • Optimizar a comunicação na família • Planear rituais na família • Optimizar padrão de assertividade
30/9/2024 Visita domiciliária	
02/12/2024 USF	

Avaliação:

17/9/2024: Na família C., A. refere que B. não expressa muitos os seus sentimentos. D. aparentemente também “foge” a assuntos sérios e responde o que é socialmente aceite, quando se fazem perguntas mais profundas. Incentivou-se a família a promover a comunicação de emoções, nomeadamente reservarem um espaço de tempo para conversarem, sem ecrãs, nem tecnologias, de modo a haver lugar para falar sobre assuntos mais profundos, mas que aumentasse a ligação entre eles (ritual), uma vez que isso ajudaria também a resolver pequenos conflitos.

30/9/2024: Ainda não tinham conseguido implementar a atividade. Sugeri que esta fosse implementada de outra forma, de modo a haver um quebra-gelo, mas mantendo a ideia do ritual. Como se percebeu que gostam de disputar um jogo de cartas em família, pediu-se que reservassem aquele tempo para brincarem com esse jogo, que desligassem ecrãs e que quem perdesse o jogo teria de falar acerca de um sentimento positivo ou negativo, que tivesse marcado aquele dia. Ficou-se de avaliar a implementação desta intervenção mais adiante, uma vez que não havia possibilidade de haver outra marcação.

02/12/2024: Num encontro com a mãe A. numa ida à USF, houve uma conversa oportunistica, realizando-se uma consulta de enfermagem não programada. Questionou-se como estava a família relativamente à comunicação, nomeadamente nesta questão da expressão de sentimentos ou se tinham conseguido implementar o desafio, integrado no habitual jogo das cartas. Referiu que tinham conseguido apenas uma vez, que tinham sentido algum constrangimento, mas que ela particularmente tinha sentido uma sensação de plenitude e realização após essa demonstração de emoções.

Apêndice III – Questionário

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” (Oliveira *et al.*, 2011). 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 *et al.* (2008a)

Versão portuguesa: Oliveira *et al.* (2011): Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

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.				