

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

# RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Júlia Silva

Leiria, setembro 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

# RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

*A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário*

***Estudante:***

Júlia Silva

Nº Aluno 5210046

***Enfermeira Orientadora:***

Paula Abreu

***Docente Supervisora:***

Doutora Clarisse Louro

Leiria, setembro 2023

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACP	Análise de Componentes Principais
ARS	Administração Regional de saúde
BI-CSP	Bilhete de Identidade de Cuidados de Saúde Primários
CDP	Centro Diagnóstico Pneumológico
CG	Conselho Geral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Conselho Técnico
DL	Decreto de Lei
EECI	Equipa Cuidados Continuados Integrados
ELC	Equipa Coordenadora Local
ERA	Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento
ERS	Entidade Reguladora
ESF	Enfermagem Saúde Familiar
FACES	Escala de Avaliação de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
IDG	Índice Desenvolvimento Global
IFCE – AE	Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros
IFNA	International Family Nursing Association
IFPSF	Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar
INE	Instituto Nacional Estatística
Km <sup>2</sup>	Quilómetros quadrados
MCAF	Modelo Calgary Avaliação Familiar
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
n.º	número
OE	Ordem dos Enfermeiros
ON	Oeste-Norte
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência

RDL	Rainha Dona Leonor
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	recém-nascido
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAAS	Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social
SINUS	Sistema Informação nas Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UAG	Unidade Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade Saúde Pública
VD	Visitação Domiciliária

## ÍNDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>12</b>
1.1 Município – Caraterização histórico cultural Caldas da Rainha.....	12
1.2 HISTÓRIA E IDENTIDADE.....	13
1.3 CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....	14
1.4 EQUIPAMENTOS.....	14
1.5 ACES OESTE NORTE .....	15
1.6 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	19
1.7 CARATERIZAÇÃO USF RAINHA D. LEONOR.....	20
<b>1.7.1 Carteira básica de serviços.....</b>	<b>24</b>
<b>1.7.2 Estratégia regional para contratualização – ano 2022 .....</b>	<b>27</b>
1.8 CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES USF RAINHA D. LEONOR .....	28
1.9 CARATERIZAÇÃO UTENTES DO FICHEIRO.....	30
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>33</b>
<b>3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA SAUDE FAMILIAR .....</b>	<b>39</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA .....	39
<b>3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1.2 Melhoria Continua da Qualidade .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1.3 Domínio da gestão de cuidados .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....</b>	<b>44</b>
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS .....	45
<b>3.2.1 Cuida da família, enquanto como unidade de cuidados, e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção .....</b>	<b>45</b>

<b>3.2.2</b>	<b>Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>51</b>
4.1	METODOLOGIA.....	57
4.1.1	Tipo de estudo .....	58
4.1.2	Objetivos do estudo .....	58
4.1.3	Questão de investigação .....	58
4.1.4	Hipóteses.....	58
4.1.5	População e amostra.....	59
4.1.6	Instrumento de colheita de dados .....	59
4.1.7	Variáveis em estudo .....	62
4.1.8	Considerações éticas .....	63
4.1.9	Procedimentos na análise de dados.....	63
4.2	RESULTADOS .....	67
4.2.1	Caraterização da amostra .....	67
4.2.2	Análise inferencial das hipóteses.....	70
4.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	73
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>81</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I</b>	<b>PROJETO VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>PANFLETOS</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>COMISSÃO ÉTICA</b>
<b>ANEXO IV</b>	<b>PARECER FAVORAVEL ACeS OESTE NORTE</b>
<b>ANEXO V</b>	<b>ANÁLISE ESTATÍSTICA</b>
<b>ANEXO VI</b>	<b>MODELO CALGARY AVALIAÇÃO FAMILIAR</b>

## **ÍNDICE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Freguesias do Município de Caldas da Rainha.....</b>	<b>12</b>
<b>Figura 2 - Distrito de Leiria .....</b>	<b>13</b>
<b>Figura 3 - Mapa do ACeS Oeste Norte .....</b>	<b>16</b>
<b>Figura 4 - Logotipo do ACeS Oeste Norte .....</b>	<b>17</b>
<b>Figura 5 - Matriz Organizacional e Funcional Aces Oeste Norte .....</b>	<b>18</b>
<b>Figura 6 - Utentes inscritos na ACeS ON.....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 7 - Logotipo da USF Rainha D. Leonor.....</b>	<b>21</b>
<b>Figura 8 - Organograma da USF Rainha D. Leonor .....</b>	<b>22</b>
<b>Figura 9 - Esquema resumo da teoria das transições de Meleis .....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 10 - Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família.....</b>	<b>37</b>

## **ÍNDICE QUADROS**

<b>Quadro 1 - Dimensões da escala IFCE-AE .....</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 2- Variáveis independentes.....</b>	<b>62</b>
<b>Quadro 3- Variável dependente - atitudes dos enfermeiros face à família .....</b>	<b>62</b>

## **ÍNDICE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 - Utentes inscritos na USF Rainha D. Leonor (MIM@UF).....</b>	<b>28</b>
<b>Gráfico 2 - Utentes inscritos na USF Rainha D. Leonor (BI-CSP).....</b>	<b>29</b>
<b>Gráfico 3 - Utentes inscritos no ficheiro Enfermeira Orientadora.....</b>	<b>30</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Problemas (ICPC) consultada através no MIM@UF e SINUS – abril 2022 .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 2 - Número utentes por Programa .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 3 - KaiserMeyer-Olkin.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabela 4 - Análise da consistência interna da escala IFCE-AE - adaptação portuguesa .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 5 - Componentes principais da escala .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 6 - Idade dos enfermeiros.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 7 - Distribuição da amostra por género .....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 8 - Distribuição da amostra por estado civil .....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 9 - Distribuição da amostra por grau académico.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 10 - Distribuição da amostra por título profissional.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 11 - Especialidades .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 12 - Tempo de exercício profissional .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 13 - Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 14 - Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família em que contexto .....</b>	<b>70</b>
<b>Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil – Teste Kruskal-Wallis.....</b>	<b>70</b>
<b>Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem de Família – teste de Mann-Whitney.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 17 - Análise Cluster .....</b>	<b>72</b>
<b>Tabela 18 - Correlação experiência profissional e idade com as 3 dimensões.....</b>	<b>73</b>

## RESUMO

A família, enquanto unidade de cuidados, é caracterizada essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.

A visita domiciliária assume um papel importante não só como o local alternativo de prestar cuidados, mas também como uma modalidade de intervenção. O domicílio é um local privilegiado para observar as relações sociais entre os membros da família.

A enfermagem nos cuidados à família em contexto domiciliário é um dos pilares dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital, razão pela qual se entende ser pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros neste contexto.

**Objetivo:** avaliar a importância que os enfermeiros atribuem à família quando prestam cuidados no âmbito da visita domiciliária.

**Método:** estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, numa amostra de 60 enfermeiros que exercem a sua prática clínica na Unidades Saúde Familiar e Unidade de cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACeS Oeste Norte e que realizam visita domiciliária. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfico seguido da escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira et al, 2009.

**Resultados:** Revela que há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: estado civil e formação em enfermagem de família. No variável estado civil, na Família: fardo ( $p= 0,023$ ) são os divorciados que evidenciam menor suporte face à importância da família nos cuidados, enquanto os casados/união de fato atribuem maior importância à família, têm mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem. Na variável formação em enfermagem de família na dimensão 2, Família: Recurso nos cuidados de enfermagem ( $p= 0,03$ ), quem não tem formação na área de saúde familiar, atribui maior importância à família, têm mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem.

**Conclusão:** verifica-se que, os enfermeiros assumiam atitudes positivas e de suporte face à família apresentando um score médio 83,03.

É importante apostar na formação contínua e especializada na área da enfermagem de saúde familiar, para promover a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família.

**Palavras-chave:** visita domiciliária, atitudes, enfermeiros, domicílio, escala IFCE-AE.

## INTRODUÇÃO

Os estágios são momentos primordiais para o desenvolvimento de aprendizagens especializadas que estimulam o sentido crítico e tomadas de decisão baseadas em conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem.

Este trabalho foi elaborado no âmbito do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF, integrado no 2.º semestre do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar a decorrer na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria.

Este relatório pretende desenvolver capacidade reflexiva do “Estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados à família em contexto USF/UCSP”, que decorreu na Unidade Saúde Familiar Rainha Dona Leonor em Caldas da Rainha. Aplicaram-se conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na teoria ao longo do período teórico e estágios anteriores, que destaca a importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde.

O estágio decorreu entre o dia 6 setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Rainha Dona Leonor em Caldas da Rainha.

O estágio teve como linha orientadora os seguintes objetivos gerais:

- 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.

Objetivos específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família, evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso, em contexto prático, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade autorreflexiva;
- Refletir sobre as práticas desenvolvidas e os resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica sobre o próprio desempenho e competências desenvolvidas;

Objetivos transversais:

- Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos;
- Desenvolver capacidade de reflexão e de mobilização dos conhecimentos no contexto da prática clínica.

Foi desenvolvido um estudo de investigação: “A família como unidade de cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”, que se centrou na necessidade de avaliar a importância que os enfermeiros em cuidados saúde primários e que realizam visitaçãõ domiciliária concedem à família para contribuir na melhoria das intervenções de enfermagem à família.

Os objetivos delineados:

- Avaliar a importância atribuída à família, pelos enfermeiros em contexto da prestação de cuidados na visita domiciliária;
- Identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto domiciliário.
- Foram os objetivos que conduziram a concretização deste estudo, para além da contribuição para a formação profissional e da possível melhoria de cuidados.

O relatório é constituído: caracterização dos contextos da prática clínica, fundamentação teórica, competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar, prática especializada baseada na evidência (investigação), conclusão e considerações finais.

## 1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O ensino clínico torna-se um momento importante para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram realizados diferentes módulos de estágios, no sentido de adquirir competências na área de especialização em enfermagem de saúde familiar.

Este estágio teve por objetivo aprofundar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, e realizar um trabalho de investigação, numa perspetiva de conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário e compreender a importância da enfermagem de saúde familiar. Com vista ao melhor conhecimento da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, abordarei a caracterização do município de Caldas da Rainha, conhecer a organização, o funcionamento da USF e a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

### 1.1 MUNICÍPIO – CARATERIZAÇÃO HISTÓRICO CULTURAL CALDAS DA RAINHA

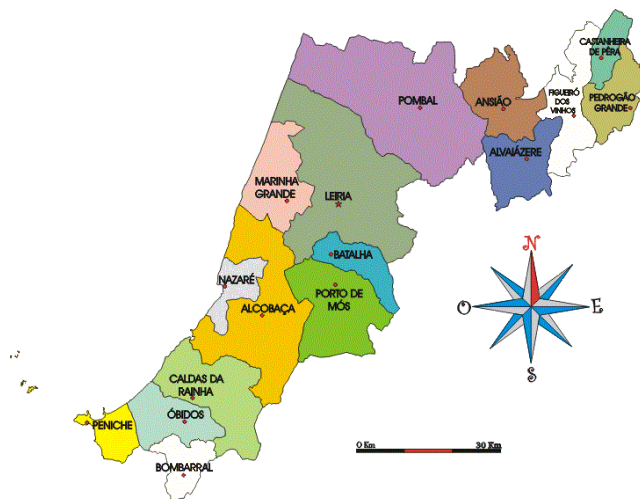
A município de Caldas da Rainha pertence ao distrito de Leiria, junto à orla costeira (oeste), detém 255,69 km<sup>2</sup> de área e 50 898 habitantes (2021), dividido em 12 freguesias: A-dos-Francos, Alvorninha, Caldas da Rainha - Santo Onofre/ Serra do Bouro, Carvalhal Benfeito, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Nossa Senhora do Pópulo/ Coto /Gregório, Salir de Matos, Santa Catarina, Tornada/ Salir do Porto, Vidais. A figura 1 demonstra quais são as freguesias pertencentes ao município.



**Figura 1 - Freguesias do Município de Caldas da Rainha**

Fonte: <https://www.flickr.com/photos/9480263@N02/3770246762>

Observa-se na figura 2, que o município é limitado a nordeste pelo município de Alcobaça, a leste por Rio Maior, a sul pelo Cadaval, a oeste pelo Bombarral e por Óbidos e a Noroeste pelo Oceano Atlântico.



**Figura 2 - Distrito de Leiria**

Fonte: <https://www.portugaldenorteesul.pt/4927/distrito-de-leiria-municipios-e-freguesias>

Em termos de acessibilidade, Caldas da Rainha apresenta como principais vias rodovias, a estrada n.º 8, Auto-Estrada n.º 8 (A8), Auto-estrada n.º 15 (A15) e o Itinerário complementar 9 (IC9). A A8 assegura a ligação Loures- Leiria, a A15 Caldas da Rainha – Santarém, e o IC9 Caldas da Rainha-Peniche.

## 1.2 HISTÓRIA E IDENTIDADE

Sede do primeiro hospital termal do mundo (1484), o concelho de Caldas da Rainha deve a sua história e nome à rainha D. Leonor, mulher de El-Rei D. João II. Esta viajava da vila de Óbidos para a Batalha quando viu um grupo de pessoas humilde que tomavam banho em água enlameada e quente. Mandou parar a carruagem e quis saber o que significava aquilo. Eram tratamentos, disseram-lhe. Aquelas águas eram milagrosas: acalmavam dores, cicatrizaram feridas. Contavam-se até os casos de paráliticos que voltavam a andar como que por milagre.

A Rainha, tinha uma úlcera no peito que não havia maneira de fechar, quis fazer a experiência e viu que tudo o que lhe tinham dito era verdade: viu-se curada em poucos dias. Face a este acontecimento, a Rainha mandou erguer naquele lugar um edifício com fins terapêuticos – o Hospital Termal De Nossa Senhora do Pópulo (Turismo do Centro, 2022).

A cerâmica típica das Caldas também é conhecida e atingiu o seu auge artístico e comercial com os trabalhos de Rafael Bordalo Pinheiro, é caracterizada pela temática de cariz popular onde sobressai o Zé Povinho. Destacam-se ainda os conjuntos inspirados em folhas de repolho e a “outra” loiça típica, inspirada em motivos fálcos.

Na gastronomia, por influência da cultura conventual, as trouxas, as lampreias de ovos e as famosas cavacas são referências da riqueza, da singularidade e identidade cultural da cidade.

A oferta turística é também constituída pela praia da Foz do Arelho, situada na confluência da Lagoa de Óbidos com o mar. A Lagoa terá sido mais extensa, chegando inclusivamente até às muralhas de Óbidos. Ideal para a prática de desportos náuticos como o windsurf, fica nos concelhos das Caldas da Rainha (margem norte) e Óbidos (margem sul), servindo de fronteira.

Nas Caldas da Rainha, encontra-se o único mercado diário de fruta e de vegetais ao ar livre, em Portugal. Este mercado icónico funciona ainda no local onde originariamente foi criado, no final do séc. XV, atraindo desde então os produtores agrícolas locais. O Parque Dom Carlos I trata-se de um jardim que envolve o antigo hospital termal, erigido durante o reinado de D. João V. Este era um local de recuperação física, onde os doentes do hospital termal podiam passear e beneficiar do seu efeito apaziguador.

### 1.3 CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

De acordo com os CENSOS (2021), Caldas da Rainha abrange 50 910 habitantes (23 998 homens e 26 912 mulheres), apresentando uma densidade populacional de 201,6 habitantes por km<sup>2</sup>. Na última época Caldas da Rainha sofreu uma perda de 819 habitantes (INE, 2021).

Os habitantes de Caldas da Rainha encontram-se maioritariamente em idade ativa. Mas o número de idosos (idade  $\geq 65$  anos) é superior ao número de crianças e jovens (idade  $\leq 14$  anos), pelo que está demonstrado que a população é tendencialmente envelhecida, são 100 jovens para 212,3 idosos.

### 1.4 EQUIPAMENTOS

#### **Equipamentos de saúde**

No que concerne a equipamentos de saúde, Caldas da Rainha apresenta uma estrutura de cuidados saúde primários que garante a prestação de cuidados à população por todo o

concelho. Com um hospital, centros de saúde/ extensões, farmácias, laboratórios de análises clínicas, consultórios e um hospital privado.

No concelho de Caldas da Rainha existe um hospital, pertencente ao Centro Hospitalar do Oeste – polo Caldas da Rainha, que abrange o concelho de Caldas da Rainha, mas também parte dos concelhos limítrofes. Esta unidade de saúde mantém as três urgências 24/24horas: geral, pediátrica e ginecológica/obstétrica. O Hospital Montepio de foro privado presta serviços com consultas, exames complementares de diagnóstico, cirurgias, tratamentos e internamento.

### **Equipamentos sociais**

Os equipamentos sociais visam o investimento na saúde e infraestruturas sociais, para promover a prevenção de situações de carência socioeconómica. Existem instalações como: creches, centros de acolhimento de residência temporária, creches, jardins de infância, residências para estudantes, de modo a garantir a proteção a grupos mais vulneráveis, como as crianças, os jovens e idosos.

No concelho de Caldas da Rainha passa a ser a Câmara Municipal a deter o Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS) de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e exclusão social encontra-se em funcionamento na Rua Capitão Filipe de Sousa, nº 2, de segunda a sexta-feira, das 10h00 às 16h00.

### **1.5 ACES OESTE NORTE**

Ao longo do tempo, desde 1945 a estrutura do sistema de cuidados de saúde, sofreu alterações. Em 1979 criou-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Após a implementação da democracia em Portugal o Estado passou a garantir a proteção da saúde, atuando a nível da promoção da saúde e prevenção da doença. (Lei n.º 56/79 - Serviço Nacional de Saúde)

Através do Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro, criaram-se organismos periféricos, entre eles as Administrações Regionais de Saúde, pertencendo a USF RDL à ARS Lisboa e Vale do Tejo, I. P. Foi criada uma entidade idónea, que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, denominada Entidade Reguladora Saúde (ERS).

Pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro elaborou-se o enquadramento legal para criar os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e o seu regime de organização e funcionamento. Os territórios dos Acs são delimitados geograficamente a um grupo de concelhos ou a um grupo de freguesias, para obter uma combinação mais eficiente entre os recursos disponíveis e fatores geo-demográficos.

A portaria nº 276/2009 de 18 de março cria o ACeS Oeste Norte, englobando os concelhos de Alcobça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, com uma área territorial de 1057 Km<sup>2</sup>m com 181.546 utentes inscritos. Na figura abaixo encontra-se o mapa territorial das ACeS.



**Figura 3 - Mapa do ACeS Oeste Norte**

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

A sede situa-se na Rua do Centro de Saúde, 1, 2500-241 Caldas da Rainha, telefone 262870387.

Mail: [aces.oestenorte@arslvt.min-saude.pt](mailto:aces.oestenorte@arslvt.min-saude.pt)

- **Missão:** prestar Cuidados de Saúde Primários aos níveis da prevenção da doença, promoção da saúde, vigilância epidemiológica e na abordagem aos comportamentos aditivos e dependências, de forma multidisciplinar e articulada, obedecendo aos mais elevados padrões de desempenho assistencial e de gestão (BICSP, 2022).
- **Visão:** pretender ser uma referência nos Cuidados de Saúde Primários tendo por base a Qualidade, Satisfação e Acesso dos Cidadãos, promovendo os maiores Ganhos em Saúde e de Qualidade de Vida das populações, no uso das melhores práticas assistenciais e de gestão, cobertura, participação cívica e impacto ambiental (BICSP,2022).

- **Valores:** centralidade no cidadão; respeito e ética, excelência e qualidade, segurança, empatia, trabalho em equipa, clima organizacional e desenvolvimento sustentável (BICSP, 2022).

Na figura 4 encontra-se o logótipo da ACeS Oeste Norte.



**Figura 4 - Logótipo do ACeS Oeste Norte**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>

Os ACeS têm autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais que se agrupam em um ou mais centros de saúde (CS). Sendo CS um conjunto de unidades funcionais:

Unidade de Saúde Familiar (USF) - unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do CS, reguladas pelo DL n.º 298/2007 de 22 agosto, artigo 3.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - estrutura idêntica à USF, prestando cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e a globalidade dos mesmos.

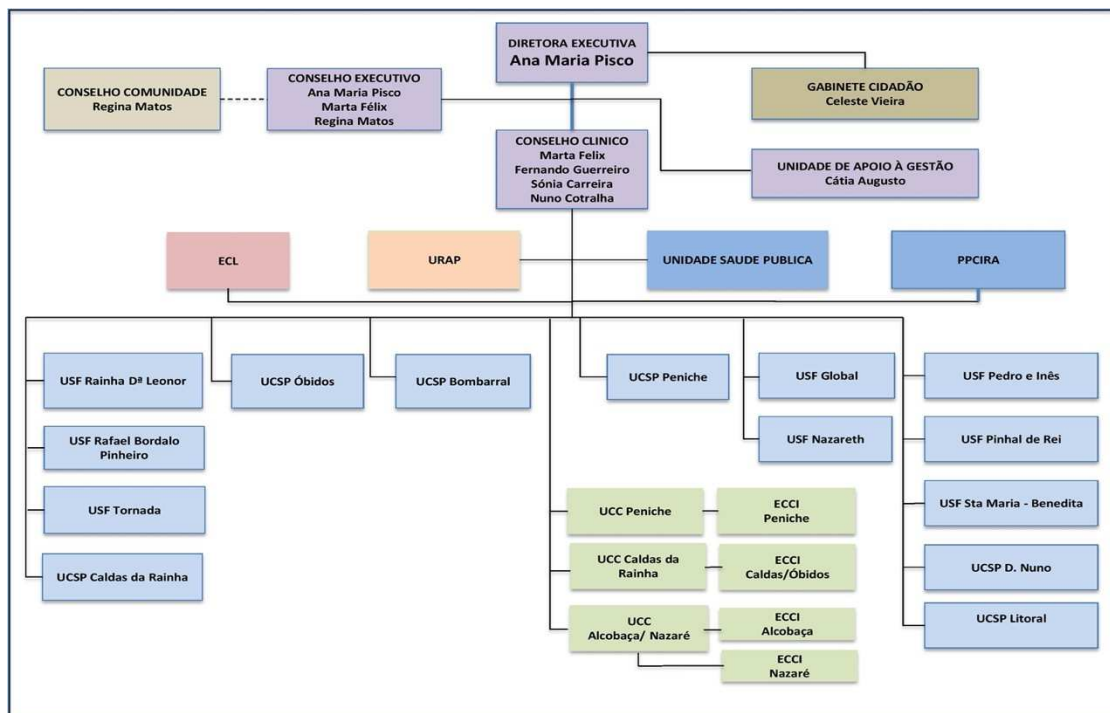
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário.

Unidade de Saúde Pública (USP) – existe uma USP por cada Aces, tem a função de elaborar informação e planos nos domínios da saúde pública, vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no campo de ação da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) – Cada Aces tem uma URAP - presta serviços de consultoria e assistência às unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

Tem no total 98 médicos, 132 enfermeiros, 37 internos, 120 secretários e 57 outros profissionais.

Como se verifica na figura 5, o ACeS ON, apresenta órgãos de gestão: uma diretora executiva, conselho executivo, um conselho da comunidade. Os outros serviços de apoio dependentes da Diretora Clínica são a Unidade de apoio à gestão, que está inserido no secretariado, o aprovisionamento contabilidade, recursos humanos e informática e o gabinete do cidadão, recurso importante na defesa do cidadão.



**Figura 5 - Matriz Organizacional e Funcional Aces Oeste Norte**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>

Através da visualização do gráfico ilustrado na Figura 6, depreende-se que existe uma população envelhecida O ACeS ON revela um índice de dependência total de 61% que é um valor relativamente alto pois significa que, em média, há 61% de pessoas (jovens e idosos) dependem da população em idade ativa. O índice de dependência dos jovens é de 18,81% e dos idosos de 42,2%, a proporção de jovens baixo e de idosos elevada revela uma população envelhecida o que leva a novos desafios na sociedade.

De acordo com os dados disponibilizados no BI-CSP a faixa etária predominante na ACeS ON entre os 45-49 anos, tanto nos homens (6810) como nas mulheres (7182).



**Figura 6 - Utentes inscritos na ACeS ON**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>

## 1.6 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A reorganização dos cuidados personalizados dos centros de saúde assenta na criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais (USF), que têm autonomia organizativa, funcional e técnica, baseando-se na contratualização interna, englobando objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.

Através da legislação que regula as USF e por via do modelo de avaliação das candidaturas e da correspondente contratualização a celebrar, é assumido o compromisso de garantia, que todas as USF oferecem aos cidadãos um conjunto essencial de serviços, designado por uma carteira básica de serviços com elevada qualidade adaptado ao exercício das competências definidas para a medicina geral e familiar e enfermagem (Decreto-Lei 298/2007 de 22 agosto).

A diferença entre os modelos de USF resulta de três dimensões: grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Despacho 24 101/2007).

- **Modelo A:** corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, sendo o contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Fase necessária onde esteja enraizado o trabalho individual ou onde não exista tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.
- **Modelo B:** é indicado para equipas que atingiram uma maturidade organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva. As equipas têm de estar dispostas a aceitar o nível de desempenho de contratualização e que possam aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e participar no processo de acreditação da USF (3 anos no máximo).
- **Modelo C:** experimental, com diploma próprio, com carácter complementar relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pela ARS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído.

No sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado aos propósitos de cada equipa multiprofissional, é permitida a transição de um modelo para outro em qualquer momento, tendo de se candidatar.

### 1.7 CARATERIZAÇÃO USF RAINHA D. LEONOR

A USF Rainha D. Leonor é uma unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte e pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A USF Rainha D. Leonor iniciou funções em julho de 2009 como USF modelo A, candidatando-se posteriormente ao modelo organizacional tipo B em março 2011 tendo obtido parecer favorável da ERA, homologado pela ARSLVT em dezembro de 2011. (Manual da Qualidade, 2018).

A maioria dos utentes inscritos com médicos de família desta unidade residem nas Freguesias de St<sup>o</sup> Onofre, Nossa Sr<sup>a</sup> do Pópulo, Carvalhal Benfeito e S. Gregório. Tem no total 15 049 utentes inscritos, consoante o gráfico seguinte, com base no MIM@UF e SINUS – abril 2022.

O logótipo da USFRDL foi elaborado pelos alunos da Escola Superior de Artes e Design de Caldas da Rainha no ano letivo 2008/2009. Foi escolhido um logótipo que engloba uma

imagem contemporânea com características regionais: imagem com uma coroa que ao mesmo tempo pode representar os 3 grupos profissionais.



**Figura 7 - Logotipo da USF Rainha D. Leonor**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/2100692/Pages/default.aspx>

A morada da USF RDL: Rua Etelvino Santos, s/n, 2500-297 Caldas da Rainha. Com os contatos: telefone – 262870388; mail – [usf.rdleonor@arslvt.min-saúde.pt](mailto:usf.rdleonor@arslvt.min-saude.pt).

### **Missão**

- Prestar cuidados de saúde de excelência,
- Colocar o cidadão/utente no centro de toda a atividade da USF,
- Fazer da aprendizagem uma característica nuclear da USF, dando prioridade ao desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, promovendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Valorizar as relações interpessoais, o bem-estar e a qualidade de vida de todos.

### **Visão**

“Queremos ser uma Unidade Saúde Familiar de referência, pela excelência e qualidade do trabalho desempenhado pelo reconhecimento das mesmas pelos utentes nela inscritos e pela satisfação dos profissionais que nela trabalham.” (Regulamento Interno USF RDL)

### **Valores**

Os valores pelos quais a USF Rainha D. Leonor se guia são: qualidade, disponibilidade, solidariedade, partilha, respeito, trabalho, satisfação dos utentes e dos profissionais.

### **Ambiente funcional**

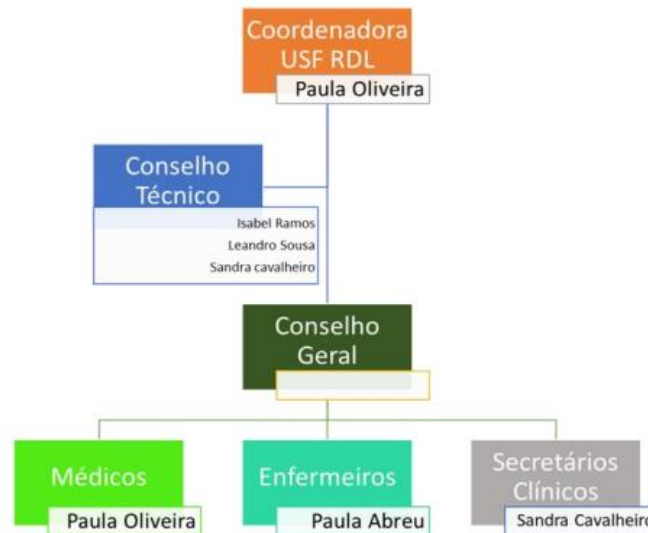
A gestão interna da USF é uma gestão por objetivos, que são debatidos em equipa, contratualizados anualmente com a Diretora Executiva do Aces ON e com a ARSLVT e formalizados em Carta de Compromisso.

A equipa multidisciplinar realiza reuniões semanais, reuniões essas periódicas, de modo a auferir o estado relativo aos objetivos de forma a fazer o acompanhamento e planeamento das atividades em função dos mesmos.

Sempre que é necessário convocam-se os utentes para consultas na área preventiva e vacinação.

### **Estrutura orgânica e seu funcionamento**

Na figura 8 está descrita a estrutura orgânica da USF RDL que é constituída por um coordenador, conselho geral e técnico, são constituídos por todos os elementos da equipa multidisciplinar.



**Figura 8 - Organograma da USF Rainha D. Leonor**  
Fonte: Regulamento Interno USF RDL

- **O Conselho Geral (CG):**

O CG é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional e reúne no mínimo de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do Coordenador da Equipa, ou a pedido de pelo menos metade dos seus elementos.

As decisões que devem ser tomadas desde que com maioria de dois terços, sendo o resultado absoluto e nas decisões tomadas por votação todos os elementos do Conselho Geral têm paridade de voto.

- **O Conselho Técnico (CT):**

O CT é constituído por três elementos da equipa, um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional para cada triénio - Para o triénio 2018-2021 foram eleitos a Dra. Isabel Ramos, Enfermeiro Leandro Sousa. Por saída de elementos administrativos por reforma decidiu-se realizar a votação do novo elemento administrativo do CT, e interlocutor do grupo profissional, sendo eleito a profissional Sandra Gomes Cavalheiro.

O CT reúne pelo menos uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos.

As Competências são vastas desde orientar a equipa no sentido de terem presentes as normas, promover a elaboração do Manual de Procedimentos e atualização constante do mesmo em articulação com o Conselho Clínico do ACES Oeste Norte (Regulamento Interno USF RDL, 2020).

- **O Coordenador**

Pertencendo obrigatoriamente à carreira médica, o coordenador da equipa deverá ser escolhido em CG, de três em três anos.

Como em qualquer outra deliberação do CG, será coordenador, o médico que obtiver pelo menos 2/3 dos votos.

O coordenador da equipa para o triénio 2018-2021 foi o médico escolhido pela equipa e identificado na candidatura, tendo sido posteriormente designado pelo despacho que aprova a constituição da USF e eleito em CG em 6 de junho de 2018 – Dra. Paula Oliveira, com a categoria de Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar.

As Competências do coordenador são as que lhe são atribuídas pelo artigo 12º do Decreto-Lei nº 73/2017.

- **Interlocutores**

- a) O Interlocutor com o Gabinete do Cidadão do ACES é a D. M<sup>a</sup> João Antunes.
- b) O Interlocutor com a Comissão de Controlo da Infeção (PPCIRA ACES ON) é a Enf.<sup>a</sup> Mónica Morais.
- c) O Interlocutor com ECL Oeste Norte é a Enf.<sup>a</sup> Paula Abreu e tem como competências: articular com a ECL Oeste Norte; analisar os pedidos/propostas de

referenciação para a RNCCI em conjunto com o enfermeiro e médico de família e zelar pelo cumprimento dos critérios de referenciação para cada tipologia para a qual se referencia.

### **Horário de funcionamento da USF e cobertura assistencial**

O horário de funcionamento é das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, exceto às quartas-feiras que encerra entre as 12h e as 13h30m para reunião dos profissionais, tentando garantir uma boa acessibilidade dos utentes.

Os utentes dentro deste horário podem ter acesso de forma presencial: marcação de consultas/tratamento médico ou de enfermagem no secretariado, de acordo com o horário e disponibilidade.

O pessoal administrativo é responsável para atender as chamadas e reencaminhar as chamadas telefónicas. Pode haver ainda contato ao utente por e-mail que obterão posteriormente resposta.

### **Circuito do utente**

O circuito do utente depende de cada situação específica (consulta de diabetes, planeamento familiar, tratamento curativo...). Inicia-se quando se obtém senha para confirmação de consulta (enfermagem, médica, tratamento) seguindo-se o registo administrativo.

#### **1.7.1 Carteira básica de serviços**

A oferta de serviços da carteira básica será assegurada pela equipa profissional de modo a prestar cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos na população inscrita na USF.

Os serviços disponibilizados pela enfermagem são: consulta de enfermagem aberta ou agendadas; consultas agendadas por programa (diabetes, hipertensos, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde da mulher – rastreio do cancro da mama, adultos, domicílio e não presencial – indiretos).

Os profissionais da equipa comprometem-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos à população inscrita na USF.

Os serviços disponibilizados são os seguintes:

- **Consulta aberta médica e de enfermagem**
  - Em períodos de Contingência de inverno ou sempre que a afluência assim o justifique, os pedidos de consulta são atendidos consoante a triagem.
  - Efetuada pelos respetivos médicos de família / enfermeiros de família ou em regime de intersubstituição.
  - Na consulta de enfermagem está inserido a avaliação e/ou execução de tratamentos, mas nunca procedimentos burocráticos.
- **Consultas agendadas por programa**
  - Destinadas a utentes inscritos na USF;
  - A iniciativa pode ser do utente ou do profissional;
  - Os critérios de acesso: será de acordo com o programa;
  - O local será no gabinete médico ou enfermagem;
  - A decisão de marcação poderá ser pelo utente, médico de família ou enfermeiro de família;
  - As marcações de consulta por programa, são marcadas no mesmo dia para o enfermeiro família e médico de família, de acordo com o protocolo de cada uma.
- **Consulta de diabetes (médica e de enfermagem)**
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, planeamento e prescrição de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime alimentar.
- **Consulta de hipertensos (médica e de enfermagem)**
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, planeamento e prescrição de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime alimentar e terapêutico.
- **Consulta de Planeamento Familiar (médica e de enfermagem) - mulher em idade fértil.**
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, planeamento e prescrição de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime terapêutico.
- **Consulta de Saúde Materna (médica e de enfermagem) mulher grávida.**
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, vigilância da evolução da gravidez, execução de ensinamentos e orientação do regime

- **Nota:** Referenciação à consulta de obstetrícia do CHO segundo boletim UCF Oeste datado de 10/02/2016.
- **Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (médica e de enfermagem) crianças dos 0-18 anos.**
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, vigilância da evolução da criança/jovem, execução de ensinamentos e orientação do regime alimentar e terapêutico.
- **Consulta de Saúde da Mulher - Rastreio do Cancro do Colo do Útero - mulher dos 25 aos 60 anos (RCCU); mulher dos 30 aos 65 anos (SiiMA Rastreio).**
  - Objetivo da consulta: Rastreio de lesões no colo do útero; Pesquisa de HPV Local
  - Marcação: anual e trienal segundo protocolo; 5-5 anos segundo protocolo SiiMA Rastreios.
- **Consulta de Saúde da Mulher - Rastreio do Cancro da Mama - mulher dos 50 aos 69 anos.**
  - Objetivo da consulta: Rastreio de cancro da mama Modo de marcação: bianual segundo protocolo Decisão de marcação: utente, médico de família, e enfermeiro de família.
- **Consulta de Adultos - doença crónica ou vigilância.**
  - Objetivo da consulta: avaliação, planeamento e prescrição e/ou execução de tratamento, procedimentos burocráticos.
- **Consulta não presencial - contactos indiretos (médica e de enfermagem)**
  - necessidade detetada ou manifestada de respostas a problemas do foro burocrático ou de aconselhamento
  - Objetivo da consulta: emissão de receitas, credenciais e declarações, emissão de convocatórias, estudo de ficheiro ou aconselhamento telefónico.
- **Consulta no domicílio (médica e de enfermagem)**
  - Critério de acesso: utente com dependência temporária ou definitiva que lhe dificulta muito o acesso às instalações da USF.
  - Objetivo da consulta: observação, avaliação de parâmetros, planeamento, prescrição e execução de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime terapêutico. Decisão de marcação: médico de família e enfermeiro de família.

O enfermeiro de família tem autonomia para tomadas de decisão independentes e capacidades corretas de avaliação. Detém capacidade e competências para organizar os seus cuidados de enfermagem.

### **1.7.2 Estratégia regional para contratualização – ano 2022**

A USF RDL detém uma carteira adicional de serviços. O Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto alterado pelo decreto-lei n.º 73/2017, de 21 de junho veio alterar o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração.

A carteira adicional serve como um instrumento de gestão que permite contratualizar com os profissionais sem dolo a prestação de cuidados do serviço base. Ao fim de ser verificado as necessidades identificadas dos utentes e a disponibilidade de recursos humanos e técnicos da USF, poderá ser contratualizada a prestação de cuidados de saúde adicionais, segundo vários princípios que estão descritos no documento “Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022”.

Face à condição pandémica o ano de 2022 será, também, um ano de implementação de medidas previstas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) englobando os cuidados de saúde primários, pelo seu papel central na organização do sistema.

O processo de contratualização continuará a incentivar a melhoria do acesso a este nível de cuidados, pretende a recuperação da atividade assistencial, com preferência às consultas presenciais, reforçando a vigilância de doentes crónicos, garantir programas de vacinação, de rastreio, de diagnóstico precoce e de saúde materna, infantil, planeamento familiar e dos adultos, assim como todas as outras atividades essenciais para o seguimento dos utentes ao longo do seu trajeto de vida. (ACSS, 2022)

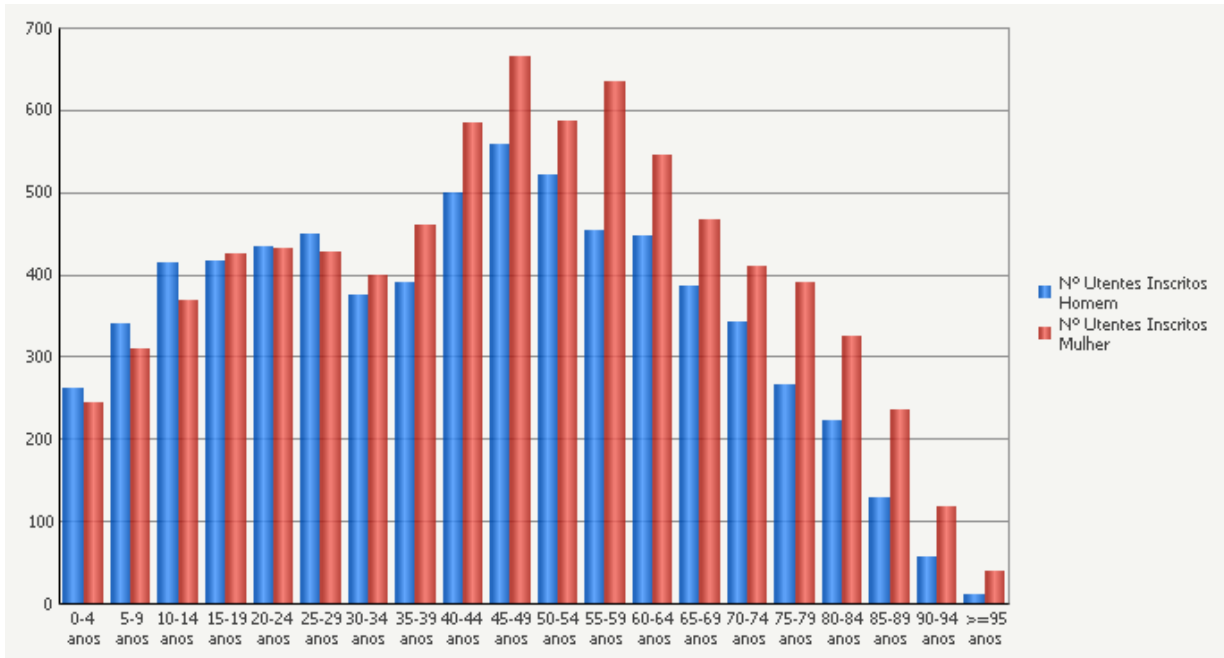
Assim as ARS, os ACeS e as suas Unidades Funcionais devem executar o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022, seguindo as regras e as normas de operacionalização da contratualização.

Realizado entre ACeS ON e ARS LVT, o plano de melhoria foi estabelecido. Resumidamente será aumentar em 2% a atividade assistencial, presencial a todos os utentes inscritos no ACES Oeste Norte, nomeadamente nos programas de saúde prioritários, assim como no cumprimento do PNV, aumentar o IDG para 77,85 em 2022.

Devido à pandemia muitos dos recursos humanos foram destacados para a vacinação em massa e os enfermeiros têm a perceção que não se conseguiu realizar o seu trabalho de acordo com todos os objetivos a que se propuseram. E estão agora novamente a recuperar todo o trabalho realizado.

### 1.8 CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES USF RAINHA D. LEONOR

O BI CSP (Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários) disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais, qualifica e quantifica o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada. Atualmente a USF Rainha D. Leonor apresenta um IGD de 62,5%.



**Gráfico 1 - Utentes inscritos na USF Rainha D. Leonor (MIM@UF)**

Fonte: MIM@UF, abril 2022

Relativamente ao índice de dependência total, este estabelece a relação entre a população jovem e idosa, "população dependente e a população em idade ativa" apresentando o valor de 55,4%.

O índice de dependência de jovens (< 15 anos) é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa apresenta o valor de 19,88%.

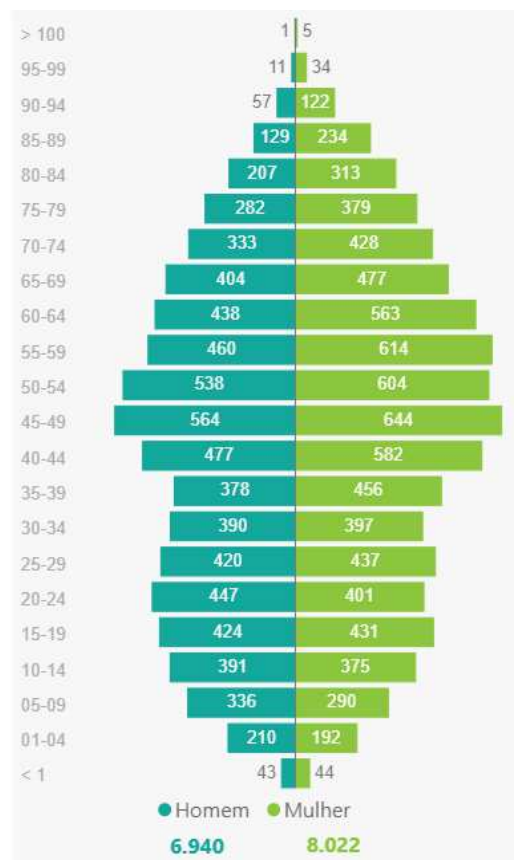
O índice de dependência de idosos (≥65 anos) é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, com um valor de 35,16%.

Os dados sobre a caracterização dos utentes da USF RDL foram recolhidos através do BI-CSP e do MIM@UF.

O MIM@UF é um sistema que suplementa a informação de produção diária da Unidade Funcional com informação mensal/anual trabalhada e agregada.

Permite fornecer listagens com o detalhe do utente, fazendo com que o profissional de saúde analise os dados dos seus utentes, a sua produção, a prescrição de medicamentos, meios complementares de diagnóstico, terapêutica e o cálculo de indicadores.

Os últimos dados disponibilizados pelo BI CSP referentes a maio de 2022, a USF RDL tinha 15049 utentes inscritos.



**Gráfico 2 - Utentes inscritos na USF Rainha D. Leonor (BI-CSP)**

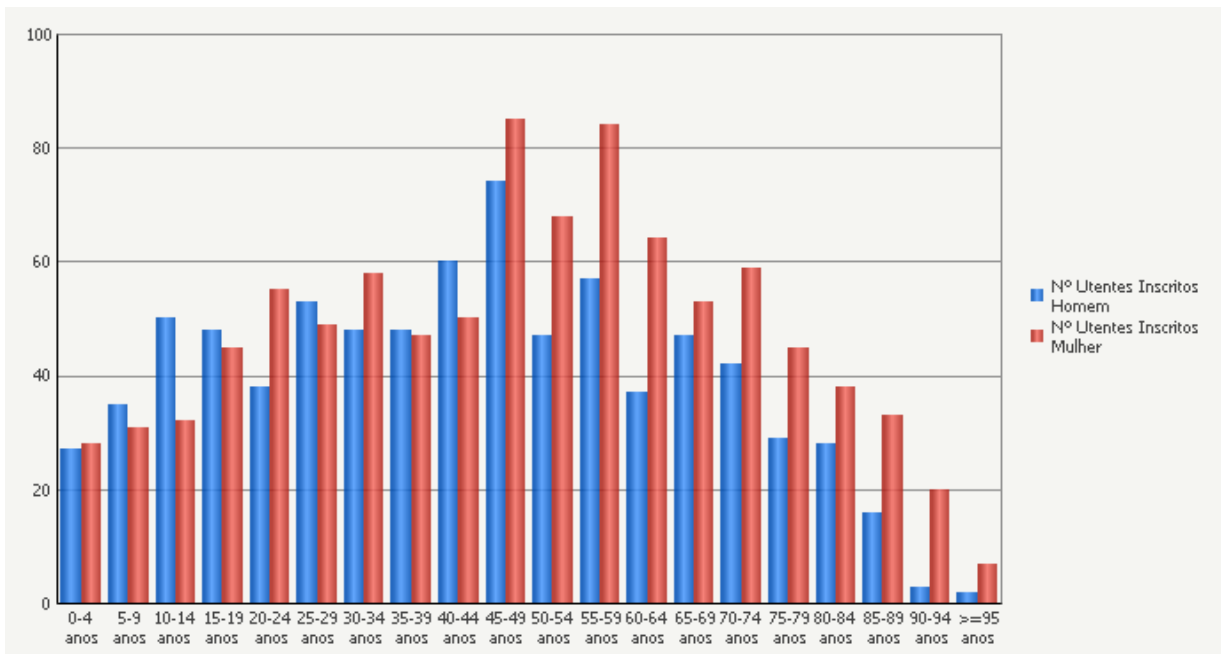
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/2100692/Pages/default.aspx>

### 1.9 CARATERIZAÇÃO UTENTES DO FICHEIRO

No ficheiro da enfermeira de família no total são 1740 utentes onde estão inseridas 862 famílias, muito acima do rácio recomendado, segundo o Regulamento 743/2019 (Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem), a dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica -se o seguinte rácio: 1 enfermeiro por 1.550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas e 1 enfermeiro por 350 famílias.

Os padrões da qualidade da ordem, apresentam enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que engloba 6 categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

Todas as categorias englobam segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, mas ressalvo a organização dos cuidados de enfermagem e um dos elementos é o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem.



**Gráfico 3 - Utentes inscritos no ficheiro Enfermeira Orientadora**

Fonte: MIM@UF maio, 2022

No gráfico acima, depreende-se que as faixas etárias que sobressaem com maior número de utentes é entre os 45 a 59 anos. A população do ficheiro será maior entre os 0-20 anos do que

entre os 75-95 anos. Na Tabela 1 estão descritas as patologias mais frequentes que são a hipercolesterolemia, o excesso de peso, a hipertensão, a obesidade, as perturbações depressivas e estados de ansiedade.

**Tabela 1 - Problemas (ICPC) consultada através no MIM@UF e SINUS – abril 2022**

PATOLOGIAS	TOTAL
Obesidade	301
Excesso peso	444
Estado de ansiedade	171
Osteoartrose anca	43
Osteoartrose joelho	73
Outras osteoartroses	132
Diabetes Mellitus tipo I e tipo II	178
Hipertensão	311
Infeção respiratória	27
Hipercolestirémia	485
Distúrbio Ansioso/ ansiedade	171
Perturbações depressivas	214
Tratamento feridas	19

A incidência de doenças cérebro-cardiovasculares na nossa sociedade tem vindo a aumentar e alguns dos fatores de risco estão descritos na tabela acima: hipertensão, hipercolesterolemia, excesso de peso e obesidade, associados a estilos de vida pouco saudáveis como o sedentarismo e erros alimentares. Sendo essencial o enfermeiro atuar aos 3 níveis de prevenção.

**Tabela 2 – Número utentes por Programa**

PROGRAMA	HOMEM	MULHER	TOTAL
Saúde do Adulto	366	518	884
Rastreio do cancro do colo do útero		423	423
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar		371	374
Saúde Idoso	145	229	374
Rastreio Oncológico	1	221	222
Grupo de Risco: Hipertensão	149	207	356
Saúde Infantil	173	156	329
Grupo de Risco: Diabetes	75	97	172

Os programas ajudam também na caracterização do ficheiro, fornecem os dados em que se consegue visualizar os atendimentos e os números de utentes por programas mais ativos.

A realidade que a gestão de ficheiro não é fácil: obter as listas associadas ao programa, associar números de telefone aos utentes, tentar agendar contatos presenciais com os utentes é um trabalho moroso.

Associado à gestão de ficheiro, realizam-se consultas de enfermagem, tratamentos curativos, atende-se utentes em consulta não programada e realização de testes rápidos covid em contexto consulta aberta médica.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A origem da palavra “família”, vem do latim “*Famulus*”, que tem o significado “escravo doméstico”, muito diferente do conceito atual

A família é onde todo o ser humano é inserido após o nascimento, é o alicerce básico e universal de todas as sociedades (Alves, 2011).

Uma das premissas do IFNA (2017), é a família, que tem como definição: um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por laços afetivos, com sentimento de pertença e necessidade de estar envolvidos uns nos outros; têm aptidões intrínsecas que fazem com que percecionem a saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos; engloba indivíduos e cada um deles tem a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual e todas as famílias têm a sua perspetiva e conceito de saúde, a sua experiência de doença, cultura e o seu desenvolvimento pessoal são singulares.

A família é perspetivada como um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo, constituída por membros ligados entre si por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal que incluem as pessoas importantes para o cliente (OE, 2011).

O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 sublinha a importância de transpor a ideia de que a família se cinge a laços biológicos ou legais: *«o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum»* (OE 2008).

A OMS definiu saúde, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Esta definição pode-se aplicar a indivíduos com às famílias. Sendo a definição de saúde familiar, um estado ou um processo do indivíduo com o ambiente, no qual a família representa um fator importante (Anderson & Tomilson 1992, citado por Hanson, 2005).

A família como um todo é maior do que a soma das partes, enfatiza a totalidade da família em que todos os membros são mais que a soma. Ao estudar a família como um todo, permite observar como os membros interagem o que geralmente explica o funcionamento individual de cada um deles (Leahey & Wright, 2009).

A família é vista como um sistema, constituída pelos seus elementos e subsistemas (conjugal, parental, filial e fraternal) que pertence em suprassistemas mais amplos (família alargada, vizinhança, instituições e comunidades), todos eles organizados de forma hierárquica através de limites e fronteiras (Alarcão, 2000).

Ao longo do ciclo de vida o individuo pode pertencer simultaneamente a vários subsistemas e tudo isto torna necessariamente vital a definição clara dos limites e fronteiras. Os limites “são linhas imaginárias” que permitem regular a passagem da informação entre o meio e a família, assim como em diversos subsistemas. Minuchin 1979 citado por Alarcão 2000, distingue três tipos de limites: claros (delimitam o espaço e as funções de cada elemento ou subsistema, permitindo troca de influência entre eles), difusos (há uma enorme permeabilidade) e rígidos (dificultam a comunicação e compreensão recíprocas).

O mesmo autor consoante os limites a tipologia de família pode mudar, as famílias podem ser emaranhadas e desmembradas. A família emaranhada é dominada por movimentos centrípetos, fecham-se sobre si mesmas, desenvolvendo o seu microcosmo, misturando as fronteiras entre as gerações, subsistemas e indivíduos. A família desmembrada pelo contrário, são aquelas em que se estabelecem fronteiras demasiado rígidas no seu interior e difusas com o exterior, provocando movimento centrífugos.

Em Portugal, a enfermagem de saúde familiar surge devido às transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas, tanto na estrutura como na organização familiar, intrinsecamente aliadas às alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde. A família enquanto unidade sistémica com funções sociais, é um espaço privilegiado de suporte à vida dos seus membros. (OE, 2011). O enfermeiro de saúde familiar, surge como um profissional integrado numa equipa multidisciplinar da saúde, que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um determinado número de famílias (OE, 2015).

A família deve ser compreendida como uma unidade, compreendida pela sua globalidade, complexidade, reciprocidade, multidimensionalidade e estar inserida no seu contexto. Esta uma dinâmica complexa que governa seus padrões de coexistência e funcionamento. Se essa dinâmica for adequada e flexível, ou seja, funcional, contribuirá para a harmonia familiar, o desenvolvimento integral dos seus membros, bem como o estado de saúde favorável e

proporcionará aos seus membros capacidade de desenvolver fortes sentimentos de identidade, bem-estar e segurança (Figueiredo, 2009).

O IFNA bem como a OE, definiram várias premissas para a enfermagem saúde familiar: família (já anteriormente) descrita, ambiente e saúde.

A saúde é um processo dinâmico que a família vive e do seu conceito emerge a reciprocidade entre bem-estar e doença num paradigma holístico. A saúde familiar incrementa que as relações familiares são essenciais para a saúde da família. A conceito de saúde familiar incorpora a saúde da família como uma unidade tal como a saúde dos seus elementos, com a componente biopsicossocial entre outros elementos (OE, 2017).

O ambiente influencia a saúde familiar, como os seus membros interagem em certos contextos ambientais comuns. A família com toda a sua significância biopsicossocial e espiritual interage com o ambiente transformando-o. Os enfermeiros ajudam as famílias a criar ambientes que promovam a saúde e bem-estar e a prevenção de doenças (OE, 2017).

A enfermagem representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família quer na saúde como na sociedade. A saúde familiar baseia-se entre a família e o enfermeiro que proporcionará uma coevolução para a promoção da saúde família. O ESF interage com a família dando resposta às necessidades da família, como modo biológico, social e espiritual (OE, 2017).

### **Modelo de Enfermagem**

Durante todos os estágios foram utilizados conteúdos teóricos ministrados para a prática de enfermagem baseada na ciência de enfermagem.

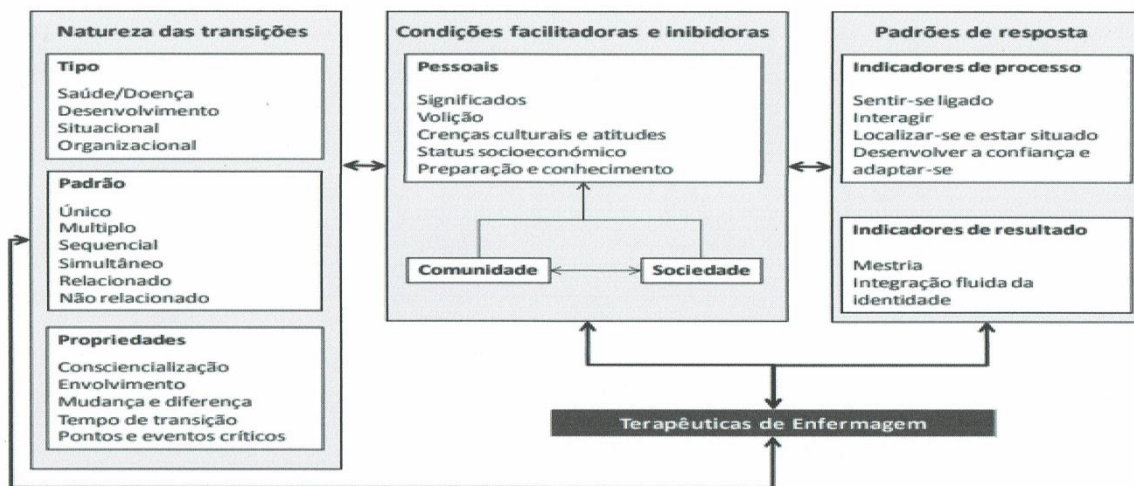
Foram utilizados modelos de enfermagem de acordo com o mais adequado, tendo sido o mais predominante a Teoria das Transições de Meleis.

Para Meleis (2012), a enfermagem é uma ciência humana orientada para a prestação de cuidados de saúde e com foco em todas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover transições de saúde.

A teoria de Enfermagem de Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida (Petronilho, 2009).

A transição consiste numa passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra, sendo um processo complexo composto por fases. Baseia-se no acontecimento de um momento e a sua adaptação para a mudança, onde não há retorno à situação prévia, sendo que uma característica importante da transição é ela ser positiva.

A Teoria das Transições é uma estrutura teórica que consiste em: tipos e padrões de transição, características das experiências de transição, contexto da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais, indicadores de resultados esperados e assistência de enfermagem. Inclui a experiência da pessoa numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis et al, 2000).



**Figura 9 - Esquema resumo da teoria das transições de Meleis**

Fonte: Adaptado de Meleis et al, 2000

A teoria da transição de Meleis fornece suporte teórico para a conceção e desenvolvimento da prática de enfermagem. É importante compreender o processo de transição e esse processo ser um recurso de mudança, fornecendo orientação e estratégias para cuidar das pessoas de quem cuidamos, permitindo que tenham processos de transição favoráveis (equilíbrio, estabilidade e bem-estar).

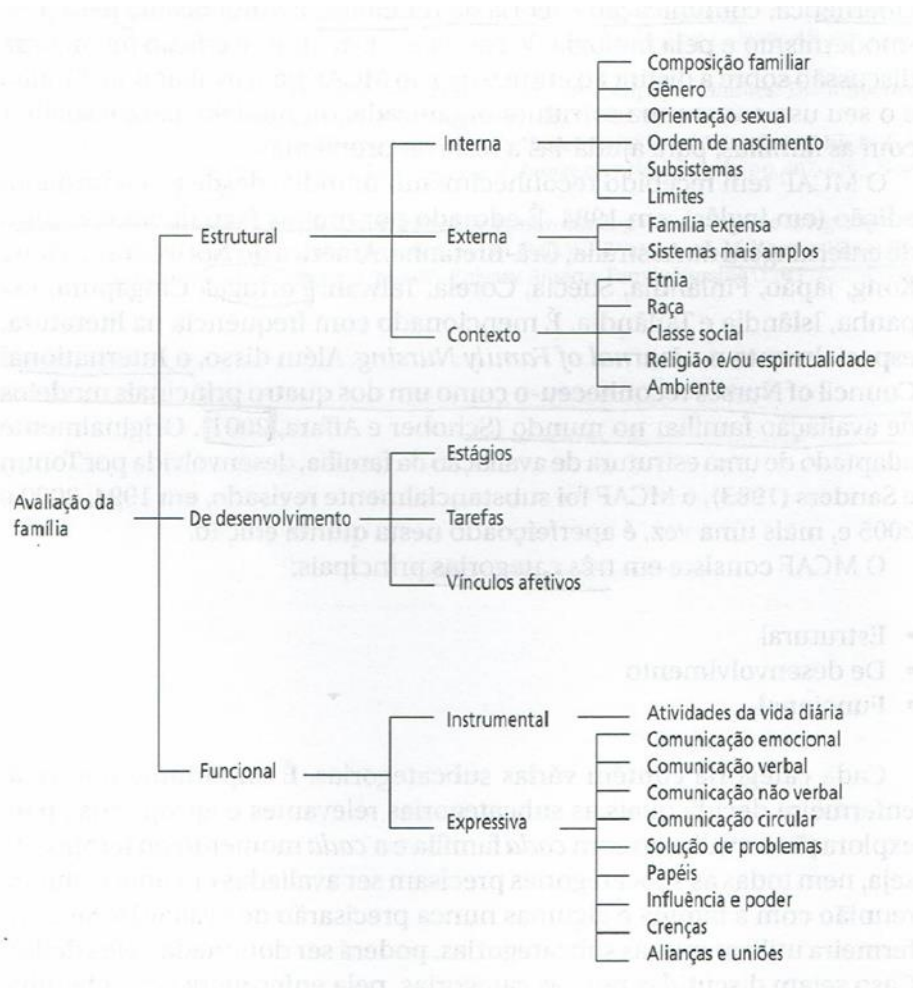
O enfermeiro consegue intervir com as suas competências especializadas a todos os níveis da Teoria Transição de Meleis. Esta teoria com a sua visão holística do utente/meio/família e suas transições, encontra-se representada em todo o exercício profissional de enfermagem e, mais especificamente, nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro age como agente facilitador do processo de transição, pelo que facilmente se aplica na ESF na intervenção às transições normativas e às acidentais vividas pelas famílias ao longo do seu ciclo vital.

**Instrumento de avaliação e intervenção familiar**

O Modelo Calgary de Avaliação da Familiar foi desenvolvido para a enfermagem por Wright e Leahey (2000), engloba conceitos de enfermagem e terapia familiar. Será o modelo a desenvolver neste trabalho. É o modelo adotado pela Ordem dos enfermeiros como modelo interventivo na área de saúde familiar.

A utilização de uma estrutura de avaliação familiar ajuda a organizar uma quantidade massiva de informação, proporcionando assim um foco para intervenção.



**Figura 10 - Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família**

Fonte: Wright & Leahey, 2009

Na figura 10, encontra-se o modelo ramificado. Este modelo apresenta ramificações e tem uma estrutura com 3 categorias principais: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Sendo este modelo um apoio ao enfermeiro de família, permitindo uma avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica e de continuidade. Possibilita perceber a família como um sistema, identificar os problemas de saúde, os recursos e os meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando, assim uma orientação para a fase de intervenção.

Nos estágios clínicos na USF RDL, apliquei o modelo para a avaliação de uma família em transição normativa de modo que fosse transição saudável e funcional.

### **3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA SAÚDE FAMILIAR**

Fleury (2009), citando McClelland (1973), refere que competência é uma característica da pessoa que está relacionada com o desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Diferenciava assim competência de aptidões: talento inerente à pessoa, que pode vir a ser aprimorado e habilidades, demonstrando um talento próprio na prática e conhecimentos (o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa).

Uma competência é um conjunto de habilidades, comportamentos, atitudes e conhecimentos inter-relacionados, dos quais uma pessoa precisa para ser eficaz na maioria das ocupações profissionais e gerenciais. A competência é uma combinação de saber, saber ser, aptidões e traços da personalidade.

Ao longo do tempo as competências têm sofrido alterações desde a mudança de paradigma do que é a família e a adaptação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à família durante o seu ciclo vital.

CASTRO *et al* (2015) refere que na Enfermagem como em outras profissões, o conceito de competência tem sido discutido, embora ainda não se tenha chegado a um entendimento comum ou uma definição. É explicada como um elemento-chave na qualidade e na segurança.

O enfermeiro especialista é dotado de conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, em que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, com o resultado de aquisição de competências especializadas num determinado campo de intervenção.

#### **3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA**

O enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num determinado domínio de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, os processos de vida e ou problemas de saúde-doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. (OE, 2015).

O enfermeiro especialista sabe reconhecer a sua competência científica, técnica e humana para prestar os cuidados de enfermagem especializados nas áreas subjacentes à especialidade de enfermagem.

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foi republicado em 2019 através do Regulamento nº 140 e definiu as competências partilhadas pelos enfermeiros especialistas, seja qual for a sua especialidade. As competências comuns estão assentes em várias dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação e aconselhamento, liderança e responsabilidade de disseminar e efetuar investigação relevante e pertinente, que permita seguir e otimizar de forma contínua a prática de enfermagem. Acrescendo a estas competências comuns existem competências específicas adjudicadas a cada especialidade.

As competências comuns, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

O Regulamento n.º 140 define que os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínio, considerando competências comuns que se dividem em quatro nomeadamente: domínio da responsabilidade profissional ética e legal, domínio melhoria contínua de qualidade, domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal**

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o enfermeiro especialista tem de demonstrar um exercício seguro profissional e ético, recorrendo às suas habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. É uma competência que tem por base o domínio ético e deontológico, na avaliação sucessiva das melhores práticas e nas preferências do cliente.

O código deontológico e o Regulamento Exercício Profissional da Enfermagem são explícitos em relação a este domínio. O Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, refere que os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito conjunto de regras científicas, técnicas e princípios profissionais, devendo atuar de acordo com a deontologia, direitos e interesses de cada cidadão, responsabilizando-se pelas suas decisões e atos que praticam, bem como pelas tarefas que deleguem.

No artigo 76.º do código deontológico está descrito que os enfermeiros devem cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão e cumprir as obrigações no estatuto. Refere ainda neste âmbito que o respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população. O artigo 81.º faz referência aos valores humanos: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação, salvaguardar os direitos dos cidadãos e abster-se de juízos de valor. Estão descritos também no código deontológico no artigo 97.º os deveres e estes abrangem claramente este domínio.

Assegurei o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. Foi mantida a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. Fomentei o respeito pelo direito do cliente à privacidade. Respeitei o direito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Respeitei os valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Em conjunto com a equipa multidisciplinar conseguiu-se delinear cuidados antecipatórios, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

### **3.1.2 Melhoria Contínua da Qualidade**

A gestão é uma competência de um rigor assente em informação e conhecimento. (Escoval, 2003 citado por Casimiro, 2015).

As implementações de sistemas de qualidade são adotadas, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade.

O enfermeiro especialista assume um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Para além de colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à apropriação, até ao nível operacionalização. (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quanto à mobilização de conhecimentos e habilidades, garanti a melhoria contínua da qualidade. Foram demonstrados conhecimentos avançados sobre a diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. Nesta área desenvolvi um protocolo e atuação “visitação domiciliária ao recém-nascido, puérpera e família” que favoreceu a equipa para um projeto

futuro. A visita domiciliária à puérpera e família é fundamental para garantir vigilância do pós-parto, promover a saúde, prevenir complicações e oferecer suporte emocional e educacional. É uma oportunidade para identificar e intervir, contribuindo para uma maternidade mais saudável. Esta visita tem como objetivo avaliar a saúde da mãe e do recém-nascido, oferecer suporte emocional e educacional, fornecer informações sobre cuidados com a saúde, identificar complicações pós-parto e ou possíveis problemas de adaptação e necessidades específicas da família. Desenvolvi dois panfletos sobre “os cuidados ao umbigo” e “leite artificial” (ANEXO I).

O enfermeiro reconhece que a melhoria da qualidade envolve certas práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria continua (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação de práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria continua (regulamento n.º 140/2019, 2019)

No domínio da gestão de cuidados aborda-se a otimização da resposta da equipa e a articulação da equipa multidisciplinar de modo a garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas; adequar os recursos às necessidades de cuidados, aferindo o estilo de liderança mais adequado para garantir a qualidade dos cuidados. Neste âmbito foram utilizados indicadores e instrumentos. Que levou a que houvesse oportunidades de melhoria nos cuidados prestados, como o estabelecimento de prioridades e a continua atualização de soluções eficientes, nos processos de qualidade.

Nos ensinamentos clínicos, principalmente no terceiro momento do estágio, consegui colaborar com a equipa multidisciplinar promovendo diferentes tomadas de decisão no processo de enfermagem.

Colaborei na manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção, particularmente importantes durante a pandemia (otimização de circuitos de utentes e recursos; melhoria das práticas no uso e manuseio de equipamento de proteção individual, medidas gerais e específicas de controlo de infeção...).

No domínio da qualidade o enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica para a prevenção de incidentes.

Na alínea “ambiente físico, psicossocial, cultura gerador de segurança e proteção dos indivíduo/grupo” (Regulamento n.º 140/2019, 2019), refere o favorecimento e a sensibilidade de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. Assegurei a aplicação de medidas de segurança para evitar o erro. Fomentei a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos. Assegurei-me que a família se envolvesse no sentido de assegurar as necessidades culturais e espirituais.

No que se concerne na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), colaborei na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. Cooperei na organização de trabalho de forma a prevenir e/ou reduzir a probabilidade de erro humano. Cooperei nas medidas de segurança e higiene em situação covid. Participei na vacinação covid. Cooperei na auditoria da validade dos extintores da ACeS ON.

### **3.1.3 Domínio da gestão de cuidados**

No domínio da gestão de cuidados estão inseridas três unidades de competência.

O enfermeiro especialista realiza a gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2009, 2019).

No que concerne à unidade de competência: otimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão, colaborei nas decisões da equipa de saúde de modo a melhorar a informação para a tomada de decisão. Quanto aos limites, foram apreendidos a diferença entre o “negociar com” e o “referenciar”, integrando os outros prestadores de cuidado para.

A competência: adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019).

No que se refere à otimização do trabalho de equipa adequando às necessidades de cuidados, foram respeitados a legislação, as políticas e os procedimentos de gestão de cuidados.

Utilizados os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. Implementei métodos de organização do trabalho o mais adequado possível.

No que concerne à adaptação do estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecer a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Regulamento n.º 140/2019, OE). Reconheci os papéis distintos e interdependentes e funções de todos os membros da equipa, criando um ambiente positivo à prática e utilizei processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

### **3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, existem duas competências: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a práxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento 140/2019, 2019).

O enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, que é central na prática de enfermagem, tem de demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de SI e da sua relação com o outro.

Refere que detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Procurou-se otimizar o autoconhecimento de modo a facilitar o relacionamento com a pessoa cliente ou equipa multidisciplinar. Procurou-se gerir as idiosincrasias pessoais para a construção dos processos de ajuda. Reconheceu-se os limites pessoais e profissionais, tendo-se consciência da influência pessoal e relação profissional, com a primazia da assertividade.

Gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional (Regulamento 140/2019, 2019). Procurou-se gerir os sentimentos e emoções de resposta eficiente mesmo em situação de pressão. Reconheceu-se a antecipação de conflitos utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

O enfermeiro especialista baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica, assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem e profissional interventivo no campo de investigação.

Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (regulamento 140/2019, 2019), desenvolvi o protocolo de atuação da “Visitação domiciliária ao RN,

Puérpera e família”, que foi apresentado à equipa da USF. Dinamizei a apresentação de dois folhetos: “leite artificial” e “cuidados ao umbigo”. Favoreci a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

No que concerne ao suporte à prática clínica em evidência científica, adotou-se uma postura dinamizadora e gestora de incorporar novos conhecimento. Evidenciaram-se lacunas do conhecimento, que despoletaram procura de conhecimentos para prestar melhores cuidados aos cidadãos com auxílio a teoria, como a fazer brainstorming com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar. A área com maior dificuldade foi na área de visitação domiciliária, no âmbito da comunicação com a família e presentes necessidades.

No que se refere à promoção, formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019), demonstraram conhecimentos de enfermagem como houve pesquisa de informação de várias outras áreas, nomeadamente da teórica lecionada, de modo a prestar cuidados especializados com segurança e competentes. Utilizou-se tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar realiza a sua prática com base na relação que tem com as famílias, reconhecendo as forças da pessoa, família e comunidade e não dá ênfase aos problemas de saúde. A família é o foco dos cuidados valorizando os elementos individualmente e a família no seu todo.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar estão descritas no 3.º artigo do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

#### **3.2.1 Cuida da família, enquanto como unidade de cuidados, e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

Nesta competência o Enfermeiro especialista em saúde familiar foca-se na família como unidade de cuidados e de cada um dos membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando (OE, 2008).

Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.

Em todos os momentos de intervenção de enfermagem abordei o utente/ família numa relação de empatia, confiança e mostrei disponibilidade pelos seus problemas, ouvi, criando uma atmosfera de abertura que facilitasse e incentivasse o diálogo.

Durante a prestação de cuidados tive o cuidado de respeitar o contexto familiar em diferentes tipos de prevenção, englobando a promoção da saúde e prevenção da doença, vigilância nas fases ciclo vital de cada elemento e da família.

No estudo caso total houve quatro momentos de contato com a família e uma chamada telefónica: o primeiro e segundo contato em consulta de enfermagem de saúde materna com a grávida; dois momentos com a puérpera, pai e RN aos 8 dias e 15 dias; 1 chamada telefónica.

Nas consultas de saúde materna a CS revelou dúvidas sobre a amamentação, conservação do leite materno, primeiros cuidados ao recém-nascido (banho). Foram fornecidos folhetos da instituição sobre a amamentação e desconfortos da gravidez. Incentivei a grávida a trazer o marido às consultas.

Após o nascimento do bebé atualizei o plano de cuidados de acordo com as necessidades desta nova fase, promovendo um ambiente que conduziu à expressão das dúvidas e questões que haveria. Realizei a colheita de sangue para diagnóstico precoce.

Ao longo do estágio nos contatos com os utentes nas diferentes áreas de consultas de enfermagem demonstrei disponibilidade para responder às necessidades detetadas; estimei a família a delinear os objetivos destacando os pontos fortes e delinear plano de ação.

- *Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.*

A colheita de dados da família foi realizada com recurso a levantamento de dados (histórico familiar e hereditário). Para avaliar a família de forma sistemática recorri ao Modelo Avaliação Familiar de Calgary, para haver uma recolha sistemática e rigorosa da estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Outros instrumentos que se tornaram uma mais-valia: Genograma, Ecomapa, Escala de Avaliação de Graffar, Escala de Apgar Familiar de Smilkstein, a Escala de Faces II adaptada, numa recolha mais completa sobre a família.

Durante o atendimento ao utente tentei quando possível (grande carga de cuidados) utilizar as ferramentas existentes no SClínico: a avaliação inicial e da habitação, processo familiar, avaliação da habitação, a Escala de Graffar, o Ciclo Duvall, Escala Risco Familiar Garcia Gonzalez e a escala de risco familiar Segóvia Dreyer.

- *Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença.*

Para realizar a avaliação familiar utilizei o MCAF com auxílio de instrumentos, para conseguir atingir esta competência. Mobilizei conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências, de modo a realizar uma tomada de decisão adequada. Tive em consideração a influência das diferentes etapas do desenvolvimento familiar e individual, observei o complexo estado de reciprocidade entre os elementos, a família e a sua saúde.

As famílias encontram-se em várias etapas do ciclo vital, que implicam transições normativas ou não normativas que leva a reajustes dos novos papéis e nos vínculos. Perceber se as famílias têm recursos internos ou externos que as faça levar a uma resposta adaptativa.

- *Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseado na evidência científica.*

Neste âmbito, colaborei com a enfermeira de família, na definição de metas e expectativas da família para promover a sua saúde, através do estabelecimento de um ambiente seguro. Ao manter uma relação terapêutica com a família consegui colher informação sobre o histórico familiar identificando a estrutura familiar e eventuais fatores de risco que possam afetar o estado de saúde.

Utilizei a metodologia de avaliação familiar, com o recurso a estratégias de observação verbal e não-verbal, através dos diálogos da enfermeira de família com os membros, o que facilitou a minha presença como estagiária. A identificação dos pontos fracos e fortes muitas vezes a família não o demonstra e só dá a conhecer o que sente que deve comunicar.

Monitoriza as respostas as diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.

No âmbito das famílias abordadas durante o ensino clínico fui conseguindo analisar o histórico das famílias e avaliando em que etapa do ciclo vital se encontravam.

Através do diálogo com a família conseguia-se perceber quais as relações entre os membros e o seu atual estado de saúde e ao recorrer à Teoria de transição de Meleis foi um contributo importante para tentar identificar quais as condições inibidoras e facilitadoras das transições e no tipo de resposta que se poderia obter, vulnerabilidade ou transição com bem-estar e saúde. Este momento com as famílias permitia detetar enumerar necessidade familiares, como por exemplo: transição para a paternidade, transição de idoso a requerer cuidados, entre outras transições e situações.

- *Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica.*

Ao longo do estágio desenvolvi conjuntamente com a equipa multidisciplinar as consultas de vigilância, tratamento e visitação domiciliária. Em algumas ocasiões em que se proporcionou um ambiente seguro, conseguia explorar acontecimentos mais pessoais e sensíveis. Através de um pensamento sistemático e crítico, facilitou um entendimento mais abrangente quer da família quer das intervenções de enfermagem. Neste percurso foi possível identificar uma síntese e atualização. A elaboração do Procedimento da “Visita domiciliária ao RN, puérpera e família”, bem como, a elaboração de dois panfletos sobre a temática “leite artificial” e “cuidados ao umbigo”.

Foram realizadas consultas que foram prestadas em conjunto com a equipa multidisciplinar.

- *Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.*

Promovi sempre o diálogo com a família de modo a atingir os seus objetivos, utilizando estratégias motivacionais.

Defrontei-me com uma situação complexa de uma família, mas foi a enfermeira de orientadora que avançou com estratégias de resolução de conflitos, pois conhecia a família, as suas circunstâncias e particularidades. Realizamos um debriefing após a resolução da situação

Desenvolvi intervenções e avaliei-as, de acordo com a transição de cada família tendo em consideração resposta comportamentais, biopsicossociais, afetivas, espirituais e cognitivas, através do processo de enfermagem.

- *Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.*

A colaboração entre o enfermeiro e a família exige uma interação simbiótica em que as estratégias são ajustadas quando necessário, quer para lidar com os problemas, como para alcançar os objetivos de saúde desejados. É importante analisar adequadamente a dinâmica entre indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde para influenciar uma resposta favorável à mudança. O feedback entre família e enfermeiro é necessário para se ultrapassar a transição de um modo normativo e progredir nas etapas de desenvolvimento familiar.

- *Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.*

Melhorei a minha prática de enfermagem de saúde familiar, através do apoio da enfermeira orientadora e da aquisição de novos conhecimentos científicos. Promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através de uma relação de apoio com a equipa multidisciplinar e enfermeira orientadora, bem com o apoio de conhecimentos teóricos.

- *Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.*

Ao longo do estágio consegui avaliar a satisfação da família (mais notório nas primeiras consultas com o recém-nascido e pais), mostrando-se a família feliz e esclarecida sobre as suas dúvidas e cuidados a ter com o recém-nascido, abrangendo sempre o bem-estar da família

O enfermeiro não deve ser visto só como fonte de informação, mas como um elo entre a família e os recursos existentes e mais adequados.

### **3.2.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.**

Neste item o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação dos cuidados à família.

- *Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.*

As primeiras semanas do estágio permitiram que me integrasse na equipa de saúde, o que ajudou a compreender a organização e dinâmica da USF.

Neste âmbito, durante o estágio colaborei com a equipa multidisciplinar no que se refere à família, pedi colaboração aos outros profissionais de saúde nomeadamente médico de família ou outro colega enfermeiro da equipa. Colaborei nas referenciações para outras unidades, nomeadamente para RNCCI. Colaborei no Centro de Vacinação Covid, em parceria com outras unidades funcionais.

- *Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.*

No terceiro estágio consegui desenvolver mais aprofundadamente este item. Com o auxílio da enfermeira orientadora de estágio, colaborei na elaboração de formações internas para a equipa multidisciplinar. Apresentei os folhetos “Leite artificial” e “cuidados ao umbigo” à equipa multidisciplinar e apresentei o protocolo “Visitação Domiciliária ao RN, Puérpera e Família” à equipa de enfermagem.

Não consegui colaborar no tema de investigação que a equipa iria desenvolver em 2023/2024, dado que o início seria a posteriori do término do meu estágio.

Na minha prática diária no hospital onde trabalho usa-se o SClínico assim com na USF RDL, mas neste todos os parâmetros estão diferentes. Melhorei bastante no manuseamento do sistema informático, tornando-me independente.

#### **4 PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

A família é considerada uma unidade básica da sociedade e ligada por laços afetivos, a família é uma unidade dinâmica, complexa e é influenciada pelo meio onde está inserida.

O enfermeiro que presta cuidados no domicílio, interage com bastante utentes, desde recém-nascidos a idosos e até em paliativos (RICE, 2004). Ao haver cooperação entre enfermeiro, utente e família pode-se atingir o melhor nível de saúde para a família.

A visitação domiciliária permite que os enfermeiros se aproximem da família para ajudar a planear as intervenções para a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde da família e dos seus elementos (SOUZA *et al*, 2017). Como unidade de cuidados, o enfermeiro tem de ter competências teórico metodológicas e habilidades de relação para considerar o domicílio como um elemento complexo.

Segundo SOUZA *et al* (2017), as visitas domiciliárias têm aspetos positivos, mas ainda existem ações dirigidas apenas a problemas físicos, que deslocam o foco do contexto família para um só elemento. A família ainda é vista de forma fragmentada, em que os cuidados são dirigidos a um elemento e não a toda a família. É preciso ultrapassar o modelo biomédico e incorporar a família e os recursos da comunidade à VD.

As atitudes assumidas pelos enfermeiros são cruciais para o processo do cuidar. É essencial que a família seja considerada parceira no processo de cuidar e que se promovam condições favoráveis para que se possa executar de modo eficiente a prestação de cuidados.

O Decreto-lei 104/98 de 21 de abril, refere que a enfermagem é a profissão na área da saúde, tem como objetivo, prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital e a grupos sociais em que ele está integrado de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rápida quanto possível.

Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada

um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando. (OE, 2008).

Família significa unidade familiar a quem pertence um grupo de indivíduos que vivem juntos ou em íntimo contato, que prestam apoio, sustento, orientação aos membros que dependem um dos outros (Jenkins in Rice, 2004).

A família deve ser vista como uma unidade, compreendida pela sua globalidade, complexidade, reciprocidade, multidimensionalidade e estar inserida no seu contexto. Esta uma dinâmica complexa que governa seus padrões de coexistência e funcionamento. Se essa dinâmica for adequada e flexível, ou seja, funcional, contribuirá para a harmonia familiar, o desenvolvimento integral dos seus membros, bem como um estado de saúde favorável e proporcionará aos seus membros capacidade de desenvolver fortes sentimentos de identidade, bem-estar e segurança (Figueiredo, 2009).

O conceito de família tem vindo a sofrer várias alterações ao longo dos tempos, identificaram-se novas formas de família, como as famílias monoparentais, famílias onde os seus elementos não têm laços de sangue. Existem alterações na estrutura, funções e papéis que estão diretamente ligados ao progresso do contexto social, cultural e histórico (Tavares 2017).

A enfermagem teve origem nos domicílios dos pacientes, em que o envolvimento familiar e a prestação de cuidados foram centrados na família. A enfermagem na área domiciliária consiste em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a utentes no seu ambiente e contexto, com o objetivo de fomentar o autocuidado. O prestador de cuidados e a família são vistos como elementos fundamentais para o sucesso de um plano de cuidados, sempre com uma abordagem holística (Rice, 2004)

O enfermeiro irá encontrar no ambiente familiar, imensas famílias com inúmeras necessidades domiciliárias: cuidados de saúde, doenças crónicas, preocupações, idosos dependentes, tratamentos curativos, estados terminais, maus-tratos entre tantas outras questões que as famílias se deparam no seu dia-a-dia (Rice, 2004)

As transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte da intervenção dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto,

internamento hospitalar, cuidados no domicílio, recuperação e reabilitação (Meleis, 2012). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, desenvolvendo uma relação de ajuda e tomada de atitude facilitadora para a transição a promover, restaurar e facilitar a saúde.

Os cuidados domiciliários tiveram a sua origem no final do século XVII, onde se realizavam visitas aos doentes indigentes pelas ordens religiosas. As primeiras enfermeiras comunitárias eram chamadas de enfermeiras de bairro, um atributo prestado a Florence Nightingale para representar as enfermeiras que prestavam cuidados no próprio lar dos doentes.

Rice (2004), considera que a visita domiciliária é um instrumento fundamental para a abordagem dos problemas e necessidades dos utentes/famílias, tendo em conta um conjunto de pressupostos, deve ser: centralizada no alvo dos cuidados; vista de uma forma holística e personalizada; promover a reabilitação, visando a reintegração na comunidade e alcançar a melhor autonomia possível respeitando os princípios éticos e deontológicos.

Outro autor refere que os Cuidados de Saúde Domiciliários são tendencialmente usados para a prestação de cuidados de saúde no domicílio quando o utente detém dependência física, mental e/ou social, transitória ou definitiva e que a sua situação não necessite de internamento em instituição, nem cuidados hospitalares de índole urgente, mas que se encontra impossibilitado de se deslocar à instituição de saúde (Costa, Ferreira, Germano, 2019).

A enfermagem domiciliária consiste em prestar cuidados de enfermagem de qualidade aos utentes no seu ambiente familiar e social. O prestador de cuidados, a família, o meio envolvente é considerado primordial para o sucesso do plano de cuidados.

Vários autores como Rice (2004) referem que a visita domiciliária assume um papel importante, não só como o local alternativo de prestar cuidados, mas também como uma modalidade de intervenção. O domicílio é um local privilegiado para observar as relações sociais entre os membros da família.

Araújo e Lima (2021) referem que a visita domiciliária é definida como um atendimento realizado na residência do utente e pode ser realizado por um ou mais elementos da equipa

de saúde e detém um conjunto de ações programadas e contínuas de acordo com as necessidades das pessoas e famílias.

Já Quaresma (2008), considerar a VD como um instrumento de intervenção fundamental na estratégia de saúde da família, permite observar e compreender parte da dinâmica das relações familiares.

No nosso país, a visita domiciliária vê reconhecida a sua importância com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através do Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de junho, que se define como:

Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A USF RDL assume que a VD é uma intervenção básica das equipas de saúde, é a primeira linha dos programas prioritários de saúde e bem-estar social, é um instrumento de realização de cuidados ao domicílio e providencia a aproximação do processo saúde-doença no âmbito Familiar. (Regulamento Interno USF RDL, 2020).

A visitação domiciliária pode adquirir várias vertentes: preventiva, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Visa a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Exemplos de cuidados ao domicilio poderão ser: cuidados à puérpera e recém-nascido (critérios de inclusão divergem); incumprimento do PNV a crianças e adolescentes; saúde do utente dependente (prevenir e/ou reverter processos patológicos físicos e psicológicos da imobilidade e na otimização, capacitação para o autocuidado e empoderamento dos cuidadores; tratamento de feridas, cateterismo vesical e SNG; empoderamento dos cuidadores para o cuidar, entre outras VD's que poderão ser desenvolvidas consoante a necessidade de cada unidade de saúde.

Drulla et al (2009), refere que ao longo do seu estudo, conseguiu-se perceber que as visitas domiciliárias têm aspetos positivos por dar assistência a uma população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde, como os acamados ou pessoas com limitações físicas.

Constata-se que a visita domiciliária é um fator de aproximação da equipa de saúde com as famílias. É uma prática que permite a construção de vínculos, proporciona um ambiente e tempo emocional vantajoso para uma proximidade mais humanizada com a finalidade de proporcionar a promoção da saúde e qualidade vida das famílias.

O enfermeiro prestador de cuidados ao domicílio depara-se com utentes e família ao longo do seu ciclo vital, desde idosos a recém-nascidos, bem como em cuidados paliativos e outras mais situações. É primordial englobar a família e o utente para adquirir as melhores estratégias para atingir o seu melhor nível de saúde

Segundo Rice (2004) e o seu modelo de Autodeterminação Dinâmica para o Autocuidado, o enfermeiro domiciliário é visto como um elemento facilitador para a formação do utente e comunhão estética e espiritual, é o advogado do doente e gestor de caso.

O enfermeiro que realiza as visitas domiciliárias deve ser detentor de várias competências, que se incluem a capacidade de diagnóstico e de avaliação desenvolvidas, comunicação eficaz, discernimento, capacidades de documentação eficaz, flexibilidade e pensamento crítico/criativo e orientação pessoal.

Rice (2004) defende que a saúde deve ser vista de uma forma holística e segundo a perceção do doente do que é a saúde. O IFNA defende que o enfermeiro deve interagir com as famílias a fim de promover, manter e restaurar e reforçar os cuidados de saúde à família a cada elemento.

Marcinowicz (2009) no seu estudo refere que as visitas domiciliárias realizadas por médicos e enfermeiras são consideradas um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Isto porque os enfermeiros desenvolviam as suas atividades de forma independente e de modo eficaz. As visitas domiciliárias continuam a ser um serviço importante realizado por enfermeiros de família, sobretudo para crianças e idosos. Os utentes ainda referiram a importância do papel do enfermeiro como elemento central.

Bastos (2018), defende que a visita domiciliária cria vínculo entre a equipa de saúde e os utentes, sentindo-se esses mais próximos da rede de apoio. São de extrema importância no processo de trabalho em saúde, pois a enfermagem promove e dá assistência aos utentes.

Quando conhecemos a realidade em que o utente e família se encontra, entendemos as dificuldades que os mesmo vivenciam.

É pertinente abordar o Estatuto do Cuidador Informal (ECI) que aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro regula o estatuto com um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada estabelecendo as respetivas medidas de apoio. O Decreto Regulamentar nº 1/2022, de 10 de janeiro, estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. O papel do enfermeiro de família é reforçado quando o artigo 11.º, refere que deve haver um profissional de saúde de referência ao qual compete aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal de modo a promover a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.

O conceito de saúde nos cuidados domiciliários evoluiu a partir de muitos aspetos, desde a saúde física, mental, espiritual, estética e relacional.

Os cuidados domiciliários vão continuar a evoluir dentro das estruturas económicas e sociais de cada país, os seus objetivos e concretização serão um espelho das necessidades da comunidade e dos esforços dos profissionais de enfermagem em oferecer cuidados de qualidade aos utentes (Rice, 2004).

A inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem nomeadamente a nível do contexto domiciliário já é uma realidade (Alves, 2011). Os enfermeiros devem ter o compromisso, como a obrigação ética e moral, de integrar as famílias nos cuidados de saúde (Wright e Leahey, 2009).

O enfermeiro de família contribui de forma muito útil nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, além das suas funções de tratamento.

Ajudam os indivíduos e as famílias a assumir a doença e a incapacidade crónica, ou empregam uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e família, no domicílio destes e em período de crise. Os enfermeiros deverão poder fazer aconselhamentos sobre os modos de vida e fatores de risco ligados a comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Ao detetar precocemente os problemas,

podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Nos últimos anos, várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de compreender as relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família. A atitude que o enfermeiro apresenta face à família tem sido considerada determinante para a qualidade dessa relação.

A palavra atitude deriva da palavra em francês *attitude*, tem o significado propósito, significação de um propósito e forma de procedimento (Dicionário língua portuguesa, 2001).

A atitude pode ser definida como uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas, sempre que a pessoa é posta perante um objeto, ideia ou atividade (Sousa, 2011).

As atitudes dos enfermeiros nos últimos anos têm vindo a sofrer alterações, onde há uma maior valorização da presença e colaboração da família nos cuidados que remetem para atitudes mais positivas (Benzei et al, 2008b citado por Lemos 2019).

O envolvimento das famílias nos cuidados é um processo fundamental.

#### 4.1 METODOLOGIA

A fase metodológica de um estudo são um conjunto de meios e de atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar as hipóteses realizadas na fase conceitual (Fortin,2009).

A palavra *Metodologia* vem do grego *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo. Corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para obter conhecimento. Metodologia define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade; ocupa um lugar central no interior das teorias (Vilelas, 2022).

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família, utilizou-se a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira,2011), obtendo-se resultados do score total. A pontuação da escala varia entre um score mínimo de 26 pontos e score máximo 104 pontos, considerando-se quanto maior o score obtido, melhores serão as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros à família.

#### **4.1.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo quantitativo, do tipo descritivo, correlacional e transversal. O método quantitativo é o mais conhecido entre o método quantitativo e qualitativo, ele pretende permitir, explicar e prever um fenómeno através de variáveis e analisar dados numéricos. (Fortin, 2009). Os estudos descritivos têm como finalidade explorar e descrever fenómenos de interesse. Correlacional, pois o objetivo é interpretar as relações entre as variáveis e é transversal porque recolhe dados dos participantes no estudo num determinado momento, sem seguimento após (Fortin, 2009).

#### **4.1.2 Objetivos do estudo**

Esta investigação centrou-se na necessidade de avaliar a importância que os enfermeiros em cuidados saúde primários e que realizam visita domiciliar concedem à família para contribuir na melhoria das intervenções de enfermagem à família.

Os objetivos delineados foram:

- Avaliar a importância atribuída à família, pelos enfermeiros em contexto da prestação de cuidados na visita domiciliar;
- Identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto domiciliário.

#### **4.1.3 Questão de investigação**

As questões de investigação são enunciadas interrogativas precisas, escritas no presente e incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada. As questões de investigação determinam as variáveis que vão ser descritas e as relações que possam existir entre elas, especificando o aspeto a estudar.

Neste estudo a questão formulada será a seguinte:

“Quais as atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem em contexto de visita domiciliar?”

#### **4.1.4 Hipóteses**

Foram realizados testes estatísticos em relação às seguintes hipóteses:

- H 1- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade?
- H 2- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o sexo?
- H 3- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil?
- H 4- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a escolaridade?
- H 5- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e título profissional?
- H 6- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação na área enfermagem da família?
- H 7- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tipo de formação?

#### **4.1.5 População e amostra**

Uma amostra (n), é uma parte de um todo a que se chama população. A população é o conjunto de todos os indivíduos com certas propriedades que se querem investigar (Vilelas, 2022).

A população alvo em estudo é o conjunto de profissionais de enfermagem das USF's e UCSP's do Aces Oeste Norte.

Os critérios de inclusão na amostra foram: ser enfermeiro e exercer atividades profissionais na área da visitação domiciliária.

#### **4.1.6 Instrumento de colheita de dados**

A técnica mais comum de recolha de dados nos métodos quantitativos é o questionário. Este contém questões fechadas previamente estabelecidas e codificadas, o que simplifica e agiliza de modo rápido o processamento de dados (Vilelas, 2022).

Para realizar este tema utilizei um questionário dividido em duas partes: a primeira, com questões de caracterização sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, formação em enfermagem de família. Na segunda parte do questionário foi utilizado como instrumento a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” IFCE-AE, versão Oliveira et al (2009), adaptação portuguesa da escala original Families’ Importance in Nursing care – Nurses Attitudes.

Desenvolvida na Suécia, a partir de uma revisão sistemática literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiras, que testaram na realidade desse país. Tem como premissa, que a família é um recurso importante, englobando os seus membros, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas significativas (Oliveira, 2011). A tradução e validação da escala foi realizada por Oliveira et al em 2009, na unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação de Enfermagem de família.

A escala é de autopreenchimento, composta por 26 itens, apresenta uma estrutura do tipo Likert (4 opções), com escala de concordância que varia do discordo completamente (1) a concordo completamente (4), que mede as dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens) e família como fardo (4 itens). Estas dimensões abrangem a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental; “eu penso”, “eu sinto”, “eu faço no meu trabalho” respetivamente.

O resultado de cada item varia de 1 a 4 e a escala varia no total entre 26 e 104 pontos. Interpretando os dados: quanto maior o resultado nas duas primeiras dimensões (família como parceiro dialogante e recurso de coping e família como recurso nos cuidados de enfermagem) e menor for o resultado na terceira dimensão (família como fardo), mais importância os enfermeiros atribuem à família nos cuidados por revelarem atitudes de suporte (Oliveira et al, 2011).

**Quadro 1- Dimensões da escala IFCE-AE**

FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO A COPING	4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.
	6	No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.
	9	Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-se tempo no meu trabalho futuro.
	12	Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.
	14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.
	15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.
	16	Pergunto à família 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 doente.
	24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.
	25	Vejo-me como um recurso para as famílias para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	1	É importante saber quem são os membros da família do utente.
	3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.
	5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeiro (a).
	7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.
	10	A presença dos 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.
	13	A presença dos membros da família é importante para os mesmos.
	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.
FAMÍLIA: FARDO	2	A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.
	8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.
	23	A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.
	26	A presença dos membros da família deixa-me em stresse.

Fonte: Oliveira et al., 2011, p 1335

#### 4.1.7 Variáveis em estudo

Neste estudo foram identificadas variáveis independentes e dependentes, cuja operacionalização está descrita no quadro 2 e 3 respetivamente.

**Quadro 2- Variáveis independentes**

VARIÁVEL	DIMENSÃO	INDICADOR
Perfil sociodemográfico e profissionais dos enfermeiros	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Feminino</li> <li>Masculino</li> </ul>
	Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre 0 - ∞ anos</li> </ul>
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solteiro (a)</li> <li>União de fato/ casado(a)</li> <li>Separado (a) / Divorciado (a)</li> <li>Viúvo (a)</li> </ul>
	Grau académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacharelato</li> <li>Licenciatura</li> <li>Mestrado</li> <li>Doutoramento</li> </ul>
	Título profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiro</li> <li>Enfermeiro especialista</li> </ul>
	Especialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saúde materna e obstétrica</li> <li>Saúde comunitária na área de saúde pública</li> <li>Saúde comunitária área saúde familiar</li> <li>Saúde infantil e pediátrica</li> <li>Saúde psiquiátrica</li> <li>Saúde reabilitação</li> <li>À pessoa em situação crítica/ médico-cirúrgica</li> </ul>
	Tempo de exercício profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre 0 - ∞ anos</li> </ul>
	Formação em enfermagem de família	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>

Fonte: autora

**Quadro 3- Variável dependente - atitudes dos enfermeiros face à família**

VARIÁVEL	DIMENSÃO	INDICADOR
Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)	Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Discordo completamente</li> <li>Discordo</li> <li>Concordo</li> <li>Concordo completamente</li> </ol>
	Família como recurso nos cuidados de enfermagem	
	Família como fardo	

Fonte: Oliveira et al, 2011

#### **4.1.8 Considerações éticas**

A origem da palavra ética vem do grego *ethos*, que quer dizer o modo de ser, o carácter. Os romanos traduziram o *ethos* grego, para o latim *mos* (ou no plural *mores*), que quer dizer costume, de onde vem a palavra moral.

Para a concretização deste estudo foram realizados um conjunto sequencial de procedimentos éticos e formais para a sua realização, que vou referir seguidamente.

Foi pedida autorização ao ACeS ON para a aplicação do questionário para a colheita de dados nas USF e UCSP's. A ACeS remeteu-me para a comissão de ética da ARS LVT. Seguidamente submeti pedido de autorização formal à ARS LVT, que foi diferido pelo ofício n.º 3894/CES2023 de 12 de julho de 2023. A ACeS ON autorizou a aplicação de questionário a 20 de julho 2023 via e-mail.

Obtida a autorização para a aplicação de questionário, entrei em contato com os enfermeiros responsáveis das USF e UCSP para pedir a participação e colaboração, tornando possível a colheita de dados.

Finalmente foi solicitado a cada participante de forma voluntária, o preenchimento do consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e da Lei da proteção de dados pessoais. Foi elaborado uma declaração de consentimento informado em que constou sucintamente: a contextualização do estudo, os objetivos, os pressupostos éticos que asseguram o respeito pela individualidade da pessoa, confidencialidade e privacidade dos dados. Após o conhecimento de toda a informação relevante do estudo os participantes, através do consentimento livre e esclarecido, deram a permissão para a participação no estudo.

A colheita de dados decorreu entre 21 e 31 julho em suporte papel.

#### **4.1.9 Procedimentos na análise de dados**

Em muitos estudos o número de variáveis consideradas é demasiado grande para ser tratável, tornando-se, muitas vezes, necessário reduzir a dimensão da análise para que a situação se torne compreensível, isto é, torna-se necessário usar uma técnica de redução de dados sem perda significativa da informação. A análise de componentes principais (ACP) é uma técnica exploratória de estatística multivariada que reduz as variáveis originais num menor número de

variáveis independentes (combinações lineares das variáveis originais) chamadas componentes principais. Isto é, transforma um conjunto de  $p$  variáveis correlacionadas, num menor número de variáveis independentes, combinações lineares das variáveis originais, designadas por componentes principais (Reis, 2001).

A ACP (ao solicitar uma Análise Fatorial no SPSS, o programa está configurado, por defeito, para utilizar o método de Componentes Principais) é geralmente encarada como um método de redução dos dados, mas com a vantagem de resumir a informação de várias variáveis correlacionadas em uma ou mais combinações lineares independentes (as componentes principais, fatores ou dimensões).

A matriz das correlações entre as variáveis originais permite identificar subconjuntos de variáveis que estão correlacionadas entre si. O objetivo não é explicar essas relações, mas sim criar uma combinação linear entre as variáveis mais relacionadas, que vão originar novas variáveis (as componentes principais), reduzindo assim a dimensão dos dados, sem perda de informação significativa para o estudo (Reis, 2001).

A dimensão é um componente significativo de uma variável que possui autonomia. São componentes porque considera-se a variável como um agregado de elementos que dão um produto único.

Quando existem muitas variáveis a matriz de correlações é difícil de interpretar. A estatística KMO (KaiserMeyer-Olkin) é uma medida de adequabilidade. Varia entre [0, 1] e diz-nos se a ACP é adequada ou não para o nosso estudo (Tabela 3). Compara as correlações lineares entre as variáveis iniciais (que devem ser próximas de 1) com as correlações parciais que são uma estimativa das correlações entre componentes (que devem ser próximas de 0).

**Tabela 3 - KaiserMeyer-Olkin**

KMO	ADEQUABILIDADE DA ACP
0.9-1.	Muito boa
0.8-0.9	Boa
0.7-0.8	Média
0.6-0.7	Razoável
0.5-0.6	Medíocre
< 0.5	Não dever ser realizada

Fonte: Reis, 2001

A adequabilidade da ACP neste estudo é também “boa” (entre 0,80 e 0,90), dado que o valor da estatística *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) é de 0,813. O teste de Bartlett rejeita a hipótese de que a matriz de correlações seja igual a matriz identidade, o que indica a existência de correlações entre as 26 variáveis originais e por isso a possibilidade de agrupar as variáveis mais relacionadas entre si.

Foi realizada um Análise de Componentes Principais (ACP) para reduzir o número de variáveis originais (26 itens) para um menor número de novas variáveis (combinações lineares das 26 variáveis originais) independentes entre si. A consistência interna do inquérito é considerada muito boa com base no *alfa de Cronbach* (0,89).

**Tabela 4 - Análise da consistência interna da escala IFCE-AE - adaptação portuguesa**

DIMENSÕES DA ESCALA IFCE-AE	$\alpha$ CRONBACH	
	ESTUDO DE VALIDAÇÃO OLIVEIRA ET AL., (2009)	PRESENTE ESTUDO
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,90 (12)	0,92 (14)
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,84 (10)	0,89 (8)
Família como um fardo	0,49 (4)	0,59 (4)
$\alpha$ Cronbach da escala total	0,87 (26)	0,89 (26)

O objetivo da ACP é confirmar o número de dimensões sugeridas, uma vez que a versão portuguesa com as 3 dimensões (compostas por 12, 10 e 4 itens respetivamente) explicaram menos de 50% (47%) da variação total. Assim, confirma-se que são sugeridas 3 componentes, as quais apresentaram uma maior consistência interna (*alfa de Cronbach* é superior em todas as dimensões) e explicam mais de 50% (aproximadamente 55%) da variação total (tabela 4).

Foi utilizada a rotação *Varimax* de modo que as variáveis tenham uma correlação elevada em apenas uma das Componentes Principais (Dimensão). O critério de Kaiser sugere 6 componentes enquanto o Scree Plot (ANEXO 5) sugere 3 componentes.

Após a ACP foram realizados vários testes de hipótese paramétricos e não paramétricos (quando pressupostos de aplicação dos paramétricos não se verificavam) para encontrar diferenças significativas entre os grupos de enfermeiros estudados (o nível de significância utilizado foi de 5%).

$P > 0,05$  – diferença estatisticamente não significativa

P < 0,05 – diferença estatisticamente significativa

Dado que a escala sueca possuía 4 dimensões e a escala portuguesa (adaptada) apresentava apenas 3 dimensões, optei por realizar uma análise fatorial nos dados recolhidos para confirmar o número de dimensões sugeridas. O método por defeito no SPSS é das Componentes Principais, porque não é possível associar os dados que provêm da distribuição normal (Marôco, 2021).

**Tabela 5 – Componentes principais da escala**

	COMPONENTE COM ROTAÇÃO		
	1	2	3
IFCE_AE_17	.849		
IFCE_AE_21	.790		
IFCE_AE_16	.707	.354	
IFCE_AE_22	.676		
IFCE_AE_19	.667		
IFCE_AE_18	.644	.452	-.330
IFCE_AE_20	.636	.452	
IFCE_AE_14	.632	.464	
IFCE_AE_12	.623	.398	
IFCE_AE_13	.586	.466	
IFCE_AE_25	.553	.453	
IFCE_AE_4	.484	.323	
IFCE_AE_1	.432		
IFCE_AE_3	.309		
IFCE_AE_7		.799	
IFCE_AE_24		.767	
IFCE_AE_9		.752	
IFCE_AE_10		.751	
IFCE_AE_11	.321	.708	
IFCE_AE_6		.636	
IFCE_AE_5	.458	.608	
IFCE_AE_15	.453	.573	
IFCE_AE_23			.781
IFCE_AE_26			.728
IFCE_AE_2			.596
IFCE_AE_8			.445

Fonte: Autora

Existem itens que têm relevância em mais do que uma componente, como acontece em muitos estudos. No entanto é de salientar que os itens 1, 21 e 22 têm uma correlação elevada na Dimensão 1 do que na Dimensão 2 enquanto o item 9 tem uma correlação elevada na Dimensão 2 do que na Dimensão 1.

As três Componentes Principais (Dimensões) passamos a chamar:

- Dimensão 1: Família: Parceiro dialogante e recurso de coping;
- Dimensão 2: Família: Recurso nos cuidados de enfermagem;
- Dimensão 3: Família: Fardo.

Sabendo que o número de itens é diferente entre as 3 dimensões, não foi utilizado a média e o desvio padrão para comparar os diferentes grupos, uma vez que as variabilidades são diferentes. Não foi utilizada a normalização Z, T ou padronização stanine por exemplo, optou-se por usar as 3 dimensões criadas (têm todas a mesma variação) para comparar os grupos em análise. Os resultados obtidos revelaram-se muito semelhantes aos estudos anteriores, validando esta abordagem.

Para medir a correlação ou a existência de um relacionamento é utilizado a correlação de Pearson. É o mais usado para estudar a associação entre duas variáveis quantitativas. Varia entre -1 (correlação linear forte negativa) e 1 (correlação linear forte positiva), com um valor próximo de zero a significar ausência de correlação linear entre as variáveis. Foram estudadas as correlações entre as 3 dimensões e as variáveis idade e experiência profissional.

## 4.2 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através do processo de tratamento de dados com a utilização do Programa IBM SPSS Statistics na versão 28.0.0.0.

### 4.2.1 Caracterização da amostra

O total da amostra foram 60 questionários. A caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros em estudo encontra-se representada nas tabelas. Na apresentação dos resultados é mostrada frequências absolutas e relativas dos dados.

As idades dos enfermeiros da amostra variam entre os 36 e 66 anos, com uma média de 48,40 anos.

**Tabela 6 - Idade dos enfermeiros**

	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
<b>IDADE em anos</b>	60	48,40	8,65	36	66

Neste estudo constata-se que 95% (n=57) dos enfermeiros são do género feminino e 5% (n=3) são do género masculino, segundo a tabela 1.

**Tabela 7- Distribuição da amostra por género**

GÉNERO	N	%
Masculino	3	5
Feminino	57	95
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

No que concerne ao estado civil, verifica-se que 75% (n=45) estão casados ou vivem em união de fato, 13,3% (n=8) estão separados ou divorciados, 10% (n=6) são solteiros e 1,7% (n=1) é viúvo, como está representado na tabela 5.

**Tabela 8- Distribuição da amostra por estado civil**

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	6	10
União de fato/ Casado	45	75
Separado / Divorciado	8	13,3
Viúvo	1	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Na distribuição da amostra por grau académico, verifica-se que 5% (n=3) têm bacharelato, 70% (n=42) detêm licenciatura e 25% (N=15) com mestrado.

**Tabela 9- Distribuição da amostra por grau académico**

GRAU ACADÉMICO	N	%
Bacharelato	3	5
Licenciatura	42	70
Mestrado	15	25
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Quanto ao título profissional 63,3% (n=38) são enfermeiros sem especialidade e 36,7% (n=22) são enfermeiros especialistas.

**Tabela 10- Distribuição da amostra por título profissional**

TÍTULO PROFISSIONAL	N	%
Enfermeiro	38	63,3
Enfermeiro especialista	22	36,7
TOTAL	60	100

Relativamente às especialidades verifica-se que com maior número encontra-se a área de saúde familiar (n=8), seguidamente a de saúde pública (n=6), saúde infantil e pediátrica (n=2) e por fim a área de reabilitação (n=1).

**Tabela 11- Especialidades**

ESPECIALIDADE	N	%
Saúde Pública	6	10.0%
Saúde Familiar	8	13.3%
Saúde infantil e pediátrica	2	3.3%
Saúde mental	2	3.3%
Reabilitação	1	1.7%
Pessoa situação crítica/ médico cirúrgica	3	5.0%

No tempo de exercício profissional constata-se que o valor mínimo é de 13 anos e o valor máximo de 45, demonstra que não existem recém-formados, mas pessoas com bastante experiência.

**Tabela 12- Tempo de exercício profissional**

	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	60	25,20	8,95	13	45

A tabela 13 faz referência aos enfermeiros que detêm formação em enfermagem de família: 48% (n=29) não possuem formação em enfermagem de família e 51,7% possuem formação.

**Tabela 13- Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família**

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	N	%
NÃO	29	48.3%
SIM	31	51.7%
TOTAL	60	100%

A tabela 14 demonstra que tipo de formação os enfermeiros do estudo têm sobre enfermagem de família: contexto académico 31% (n=19), 18,3% (n=11) formação contínua e 1,7% (n=1) pós-graduação.

**Tabela 14 - Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família em que contexto**

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA EM QUE CONTEXTO?	N	%
CONTEXTO ACADÉMICO	19	31.7%
FORMAÇÃO CONTÍNUA	11	18.3%
OUTRO	1	1.7%
TOTAL	31	100

#### 4.2.2 Análise inferencial das hipóteses

Relativamente às hipóteses enunciadas, as mesmas serão analisadas utilizando os testes não paramétricos.

Da inferência estatística realizada somente duas hipóteses foram verificadas e a resposta à hipótese neste estudo revelou que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: **estado civil e formação em enfermagem de família**.

- **Estado Civil**

Relativamente aos valores de significância, na dimensão divorciado  $p > 0,05$ , pelo que se pode inferir que existem diferenças estatisticamente significativas que permite estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro relativamente ao estado civil – divorciado, na dimensão família: fardo ( $p = 0,023$ ).

**Tabela 15- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil – Teste Kruskal-Wallis**

	ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	P
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE <i>COPING</i>	Solteiro(a)	6	33.17	0,441
	União de facto / casado(a)	45	30.82	
	Separado(a) / Divorciado(a)	8	23.00	
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Solteiro(a)	6	37.33	,396
	União de facto / casado(a)	45	28.38	
	Separado(a) / Divorciado(a)	8	33.63	
FAMÍLIA: FARDO	Solteiro(a)	6	34.67	<b>0,023*</b>
	União de facto / casado(a)	45	<b>26.82</b>	
	Separado(a) / Divorciado(a)	8	<b>44.38</b>	

Quanto aos valores de significância, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas quanto à formação em Enfermagem de Família  $p > 0,05$  ( $p = 0,030$ ) na dimensão Família: Recurso nos cuidados de enfermagem.

**Tabela 16- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem de Família – teste de Mann-Whitney**

	FORMAÇÃO EM ESF	N	MÉDIA	P
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE <i>COPING</i>	Não	29	29.50	0,668
	Sim	31	31.44	
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Não	29	<b>35.57*</b>	<b>0,030*</b>
	Sim	31	25.76	
FAMÍLIA: FARDO	Não	29	31.57	0,647
	Sim	31	29.50	

- **Cluster**

A classificação é uma atividade conceptual básica dos seres humanos. Aprendemos desde crianças a classificar objetos, e mais tarde (jovens/adultos) a classificar pessoas. A análise de Clusters designa uma série de procedimentos estatísticos sofisticados que podem ser usados para classificar objetos, pessoas e empresas sem preconceitos, isto é, observando apenas as semelhanças ou dissemelhanças entre elas, sem definir previamente critérios de inclusão em qualquer agrupamento. Mais concretamente, os métodos de análise de Clusters são procedimentos de estatística multivariada que tentam organizar um conjunto de indivíduos, para os quais é conhecida informação detalhada, em grupos relativamente homogéneos (Clusters).

A análise de Clusters ou grupos é uma técnica exploratória de análise multivariada, que permite agrupar sujeitos (ou variáveis) em grupos homogéneos relativamente a uma ou mais características comuns. A análise de Clusters permite juntar indivíduos em grupos homogéneos relativamente a uma ou mais características comuns. O método agrupa os indivíduos, em função da informação existente, de modo que os indivíduos de um grupo sejam tão semelhantes entre si quanto possível e diferentes dos restantes. Podemos, por exemplo, usar as informações das componentes principais criadas pela ACP para identificar as semelhanças e das diferenças dos indivíduos (Reis, 2001).

Neste estudo foi feita a análise de Clusters com o objetivo que agrupar os enfermeiros mais semelhantes entre si (com base nas respostas dadas aos 26 itens). Esta análise permitiu criar **2 grupos**, com base no Dendrograma (ANEXO V), ou seja, foram criados grupos semelhantes (CLUSTERS) com base nas respostas das pessoas que responderam de forma idêntica aos itens.

A medida de semelhança usada foi o quadrado da distância euclidiana e de critério de agregação foi o de Ward, que minimiza a variância dentro dos grupos e, em relação aos outros métodos, tem a tendência de criar Clusters com a mesma dimensão.

Ao analisar a tabela 17, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no grupo B na dimensão Família: fardo ( $p=0,05$ ) e no grupo A na dimensão Família: Parceiro dialogante e recurso de coping ( $p<0,001$ ).

**Tabela 17- Análise Cluster**

	GRUPO	N	MÉDIA	P
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE <i>COPING</i>	Grupo A	39	40.41	< 0,001*
	Grupo B	21	12.10	
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Grupo A	39	31.44	0,572
	Grupo B	21	28.76	
FAMÍLIA: FARDO	Grupo A	39	25.82	0,05*
	Grupo B	21	39.19	

- **Correlação experiência profissional e Idade**

Foram feitas as correlações entre as 3 dimensões e a idade e experiência profissional, utilizando correlação de Pearson para avaliar a associação entre as variáveis, não sendo efetuado um teste para estudar a significância das correlações, dado que ambos os grupos não tinham uma dimensão superior a 30 e a distribuição não era normal, foi utilizado um teste não paramétrico para comparar os dois grupos, como alternativa ao teste paramétrico quando este não pode ser aplicado.

Na tabela 18 constata-se que a idade e a experiência profissional não influenciam as 3 dimensões criadas.

**Tabela 18- Correlação experiência profissional e idade com as 3 dimensões**

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	CORRELAÇÃO	LOWER C.I.	UPPER C.I.
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE <i>COPING</i>	.163	-.095	.401
	FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	-.092	-.338	.166
	FAMÍLIA: FARDO	.082	-.175	.329
IDADE	FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE <i>COPING</i>	.107	-.151	.352
	FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	-.135	-.376	.123
	FAMÍLIA: FARDO	.084	-.173	.331

### 4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados é a etapa mais difícil do relatório de investigação, exige uma reflexão intensa e um trabalho profundo de todo o processo de investigação. Os resultados enriquecem o assunto estudado, sendo necessário situá-los em relação aos que já foram comunicados (Fortin, 2009).

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva, onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e as questões de investigação formuladas (Fortin, 2009).

Após a análise e tratamento dos dados, segue-se uma reflexão sobre os mesmos.

Neste estudo constata-se que 95% (n=57) dos enfermeiros são do **género** feminino e 5% (n=3) são do género masculino, que é similar no estudo de Pires (2016), em que obteve 95,60% população feminina e 4,40% de homens. Em outros estudos o sexo feminino encontra-se em maioria como no Caria (2022), Alves (2011) e Ferreira (2022), bem como no anuário da OE (2022).

Neste estudo verifiquei que 75% são casados ou vivem em união de fato, 13,3% (n=8) são separados ou divorciados, 10% são solteiros e 1,7% é viúvo; dados que são similares ao de Duarte (2022) em que 73,3% são casados, 10% solteiros e 3,3% viúvo e aos dados de Ferreira (2022).

Na distribuição da amostra por **grau académico**, verifica-se que 5% têm bacharelato, 70% detêm licenciatura e 25% mestrado. Segundo Silva (2013) a maioria tinha licenciatura em enfermagem (90,9%) e Martins et al (2010) 85,1% detinham licenciatura.

Quanto ao **título profissional** de enfermeiro com ou sem especialidade a amostra apresentou 63,3 % sem especialidade e 36,7% com especialidade, ao contrário de Ferreira (2022), a maioria são os enfermeiros com especialidade.

No **tempo de exercício profissional** constata-se que o valor mínimo é de 13 anos e o valor máximo de 45 anos, com uma média de 25,20 anos demonstra que não existem recém-formados, mas pessoas com bastante experiência. Dos dados recolhidos 5 enfermeiros contavam entre 39 e 45 anos de anos de experiência e 15 enfermeiros detinham mais de 30 anos de experiência.

Ao tipo de formação os enfermeiros do estudo têm sobre **enfermagem de família: contexto académico** 31% (n=19), 18,3% (n=11) formação contínua e 1,7% (n=1) pós-graduação, representando assim um valor significativo para esta variável. A enfermagem na área de saúde familiar já é uma realidade.

As **idades** dos enfermeiros da amostra variam entre os 36 e 66 anos, com uma média de 48,40 anos. O anuário de 2022 da Ordem dos Enfermeiros descreve que a faixa etária predominante é entre os 36-40 anos. Duarte (2022) obteve resultados semelhantes a este estudo em que o mínimo é 37 e o máximo é 64.

- **Formação em enfermagem de família**

Quanto à formação em enfermagem de família, utilizou-se o teste Mann-Whitney, que permitiu relacionar as atitudes dos enfermeiros em função de possuírem formação em enfermagem de família. Ao analisar os dados, revelou apenas que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à dimensão 2, Família: Recurso nos cuidados de enfermagem (p= 0,03), ou seja, quem não tem formação na área de saúde familiar, atribui maior importância à família, tem mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem, atribui maior importância à família, integram-na no processo de cuidados, vêm a família como um recurso, a percepção é o que orienta as práticas de forma positiva.

Silva (2013) obteve diferenças estatisticamente significativas na Família: parceiro dialogante e família: fardo, mas não na Família: recurso nos cuidados de enfermagem.

De acordo com o estudo de Silva, (as cited Ferreira, 2022) verificou-se que maior a formação da enfermagem de família, maior a importância atribuída às famílias na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping e família como fardo. Observando as médias corrobora os dados obtidos.

Silva et al (2013) Também outros estudos concluíram que os enfermeiros com formação em enfermagem de família evidenciam atitudes de maior suporte relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, tendo sido obtidas diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos, com e sem formação, na atitude de envolver a família nos cuidados (Silva et al, 2012, Sousa, 2011; Frade et al, 2021; Nóbrega et al., 2021). Os enfermeiros que tiveram contato com a temática apresentam uma atitude mais favorável.

- **Estado Civil**

Relativamente à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil, foi aplicado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, cujo resultado se encontra descrito na tabela 12. Revela que há diferenças estatisticamente significativas ( $p= 0,023$ ) na Família: fardo. Sendo que são os divorciados que evidenciam menor suporte face à importância da família nos cuidados enquanto os casados/união de fato atribuem maior importância à família, têm mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem.

Na literatura consultada não se encontram resultados que demonstrem uma relação entre a atitude dos enfermeiros e estado civil (Frade et al, 2021; Nóbrega et al, 2021).

Relativamente às **outras questões** (idade, sexo, escolaridade, título profissional) verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas 3 dimensões da escala IFCE-AE, apresentando valores de significância com  $p>0,05$ , pelo que se pode concluir que não se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e os outros itens (ANEXO V).

- **Cluster**

Os grupos diferem em relação às Dimensões 1 e 3.

O grupo B, na dimensão Família: fardo, o enfermeiro considera a família como um fardo, situação que vai constituir uma barreira para o desenvolvimento do relacionamento colaborativo entre enfermeiro e família. No entanto, o grupo A, atribui maior importância à família, revelando mais atitudes de suporte às famílias.

O grupo A, na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping, atribui maior importância à família, levando a atitudes de colaboração entre o enfermeiro e a família nos cuidados de enfermagem.

No entanto não foi encontrada qualquer característica comum que diferencie o grupo A do grupo B.

- **Correlação experiência profissional e idade com as 3 dimensões**

Não existe correlação entre a experiência profissional e idade com as 3 dimensões, este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Nóbrega et al (2021).

## CONCLUSÃO

Neste estudo evidencia-se que os enfermeiros divorciados demonstram menor suporte face à importância da família nos cuidados enquanto os casados/união de fato atribuem maior importância à família, têm mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem. Na literatura consultada não se encontram resultados que demonstrem uma relação entre a atitude dos enfermeiros e estado civil (Frade et al, 2021; Nóbrega et al, 2021).

Ao analisar os dados, revelou apenas que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à dimensão 2, Família: Recurso nos cuidados de enfermagem ( $p= 0,03$ ), ou seja, quem não tem formação na área de saúde familiar, atribui maior importância à família, tem mais atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem.

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam que os enfermeiros da ACeS ON obtiveram um score mínimo de 70 pontos e score máximo de 99 pontos, com a média de 83,03. Estes dados indicam que os 60 enfermeiros que fazem parte deste estudo, veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo dos cuidados, apresentam atitudes de suporte à família.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A família é compreendida como unidade de cuidado, pois é nela que os membros interagem, apoiam e trocam experiências, a família é vista como uma unidade. Ao longo dos tempos a família sofreu alterações desde a alterações sociodemográficas, políticas, económicas e culturais, que levou a alterações aos tipos de família que temos atualmente, como o aumento das famílias monoparentais, casais sem filhos, diminuição da família alargada e por outro lado pessoas que vivem sozinhas. Apesar destas alterações, há a necessidade de acompanhar o indivíduo e a família e mantem-se urgente cada vez com maior importância, assistir às necessidades da família e elementos nos seus processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital.

A família é percecionada como uma unidade de cuidados, onde os seus membros interagem, apoiam e trocam experiências.

A realização do estágio e a elaboração deste relatório teve como linha orientadora a aquisição de competências de enfermagem especializada nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar.

O estágio é um momento precioso para aprendizagem a nível académico como também para o desenvolvimento profissional e pessoal, integrando os diversos saberes nas diferentes áreas de formação como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar.

As atividades desenvolvidas na USF RDL permitiram que eu conseguisse adquirir as competências específicas nos vários domínios presentes no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar.

O acompanhamento dos profissionais foi fulcral para a minha aprendizagem, demonstraram disponibilidade, apoio, partilha e a relação de interajuda sempre presente.

A principal limitação foi falta de experiência na área de cuidados saúde primários, pois a minha experiência profissional cinge-se aos cuidados diferenciados.

O trabalho com as famílias permitiu-me verificar o papel de suporte do enfermeiro de família, ao fornecer ferramentas necessárias para tomarem as suas decisões de forma autónoma, apoiando sempre a família durante os momentos de crise como nos momentos normativos.

Consegui construir uma linha orientadora de pensamento crítico reflexivo sobre as competências comuns e as competências especializadas na área de saúde familiar adquiridas. Utilizei Modelo Calgary de Avaliação Familiar e outros instrumentos de recolha de dados para construir o processo de enfermagem e planear os cuidados. O MCAF defende uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família como uma unidade desenvolvendo os cuidados de forma metódica ao longo do ciclo vital.

O enfermeiro de família assume um papel importante, enquanto promotor e elo entre a família, utente e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. A visita domiciliária cria vínculo entre a equipa de saúde e os utentes, sentindo-se esses mais próximos da rede de apoio. O vínculo que se estabelece na visita domiciliária é essencial para a continuidade dos cuidados, permite o acompanhamento da família oferecendo suporte adequado e oportuno, contribuindo para a humanização e aproximação dos cuidados de modo a promover uma relação de confiança e empatia entre os profissionais de saúde e família.

As visitas domiciliárias são de extrema importância, pois a enfermagem promove e dá assistência aos utentes nos três níveis. O papel do enfermeiro nesta modalidade de cuidado é proporcionar uma visão holística do utente. Quando conhecemos a realidade em que o utente e família se encontra, entendemos as necessidades que os mesmos vivenciam, o que vai ajudar na conceção de estratégias adequadas.

O comportamento e as atitudes dos enfermeiros encontram-se enquadrados pelo documento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar (Regulamento 367/2015, 2015).

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.

Outro objetivo deste relatório foi a elaboração de um estudo: “A família como unidade de cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”.

Foi realizada a fundamentação teórica e a metodologia. Os dados apurados foram provenientes de 60 enfermeiros que exercem funções nas USF e UCSP da ACeS Oeste Norte.

Os dados obtidos aferem-se que os enfermeiros apresentavam atitude favorável na importância da família no cuidar. Apurou-se que as atitudes dos enfermeiros do CSP são influenciadas pelo estado civil e de formação em enfermagem familiar.

Entende-se que a principal limitação deste estudo se prende pela amostra ser reduzida, haver limitação geográfica e a reduzida bibliografia para responder aos dados obtidos por este estudo.

Quanto à análise de Clusters, obtiveram-se dois grupos distintos, no entanto, as variáveis de caracterização recolhidas não permitiram caracterizar nenhum dos grupos, mas sim que pode não existir nenhuma característica sociodemográfica, profissional ou outra que diferencie os grupos, ou que, se existir, não foi recolhida neste estudo. Para estudos futuros, sugiro que sejam recolhidos mais dados e que outros assuntos sejam aprofundados, o que considero uma sugestão relevante.

Será pertinente investir na pesquisa da área de saúde familiar, no sentido de se estudar mais aprofundadamente quais as variáveis que influenciam as atitudes dos enfermeiros no seu dia a dia na promoção e intervenção diária.

Deve-se dar importância à formação contínua e especializada na área de saúde familiar seja em contexto de formação interna ou externa ao serviço, para promover a qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem de família às famílias.

## BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2022, março). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao\\_CSP\\_2022\\_VF.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf)
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. 1.ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora
- Alves, C (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito* [Dissertação de mestrado em ciências da enfermagem, Universidade do Porto]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Araújo, T; Lima C. (2021). A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. *Revista Ciência Plural*; 7 (3): 290-307. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344180>
- Bastos, I. (2018). A importância do papel do enfermeiro na visita domiciliar: revisão integrativa. *Acadêmia de enfermagem. Revista saúde*. Vol 12, n. 01. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3609>
- Benzein E.; Johansson P; Arestedt, K.; Berg A.; Saveman, B. (2008). Families' Importance in Nursing Care: Nurses Attitudes an instrument development. *Jornal of family nursing*. [https://www.researchgate.net/publication/5371556\\_Nurses'\\_Attitudes\\_About\\_the\\_Importance\\_of\\_Families\\_in\\_Nursing\\_Care\\_A\\_Survey\\_of\\_Swedish\\_Nurses](https://www.researchgate.net/publication/5371556_Nurses'_Attitudes_About_the_Importance_of_Families_in_Nursing_Care_A_Survey_of_Swedish_Nurses)
- BI-CSP (2022). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Caria, D. (2022). *Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar*. [Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7550>
- Casimiro, S. M. (2015). *Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem*. [Dissertação Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10728>
- Castro, F., Oliveira L., Queirós. P. (2015). A competência profissional de duas enfermeiras – um estudo em hospitais portugueses. *Revista INFAD de Psicologia*. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/331>
- Censos (2021). Instituto Nacional Estatística. *Agregados domésticos*. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_agregados&xpid=CENSOS21](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_agregados&xpid=CENSOS21)
- Costa. M; Ferreira D.; Germano M. (2019). *Manual da visitação domiciliária e de apoio ao cuidador. Agrupamento de centros de saúde Lisboa ocidental e Oeiras – USF Linha de Agés*. <https://usflinhadealgos.files.wordpress.com/2019/10/manual-visitacao-domiciliaria-e-apoio-ao-cuidador.pdf>
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022. Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República, I série, n.º6/2022). <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Decreto-Lei 104/98. Ministério da Saúde. (1998). Diário da República — I Série- A, n.º 94/98. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Ministério da Saúde. (2006). Diário da República. I série A, n.º 109/2006. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Decreto-Lei n.º 124/2011. Ministério da Saúde. (2011). Diário da República n.º 249/2011. <https://dre.tretas.org/dre/288469/decreto-lei-124-2011-de-29-de-dezembro>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: série I. n.º 38/2008. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 73/2017. Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I série, n.º 118/2017 <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Despacho n.º 24101/2007. Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: II série, n.º 203/2007. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>

Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área De Enfermagem De Saúde Familiar

Dicionário da Língua Portuguesa (2001). Universal. Porto

DL n.º 298/2007. Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I série, n.º 161/2007.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Drulla, A., Cosvoski Alexandre, A. M., Rubel, F. I., & de Azevedo Mazza, V. (2009). A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 667-674.  
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380/10861>

Duarte, M. (2022). *Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar*. [Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria  
<http://hdl.handle.net/10400.8/7988>

Fernandes, C. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV – n. 97.  
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>

Ferreira S. (2022). *A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7990>

Figueiredo, Maria (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. [Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fleury A. (2009). Construindo o conceito de competência. *SciELO Brasil*.  
<https://www.scielo.br/j/rac/a/C5TyphygpYbyWmdqKJCTMkN/?lang=pt#>

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.

Frade J. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de enfermagem referência*.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3914&id\\_revista=55&id\\_edicao=249](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3914&id_revista=55&id_edicao=249)

Hanson, Shirley (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociência.

IFNA (2015). *Declaração de posição sobre competências do enfermeiro generalista na prática de cuidados à família*. <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>

IFNA. (2017). Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing.  
<https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practicecompetencies/>

INE (2021). *Agregados familiares*.  
[https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_agregados&xpid=CENSOS21](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_agregados&xpid=CENSOS21)

Leahey & Wright (2009). *Enfermeiras e Famílias – Guia de Avaliação e Intervenção na Família*. Roca

Lei n.º 100/2019. Assembleia da República. (2019). Diário da República; I série, n.º 171 /2019.  
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>

Lei n.º 56/79. Assembleia da República. (1979). Diário da República; I série, n.º 214/1979.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

Lemos, S. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em contexto pediátrico*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior do Porto]. Repositório comum.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30662>

Manual da Qualidade (2018). USF Rainha Dona Leonor

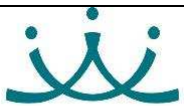
- Marcinowicz L, Chlabicz S, Konstantynowicz J, Gugnowski Z. *Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland. Health Soc Care Community.* 2009 Jul;17(4):327-34. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00824.x. Epub 2008 Dec 10. PMID: 19054138
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics. 8.ª edição.* ReportNumber. Pêro Pinheiro.
- Martins, M M et al (2010). Redes de conhecimento em Enfermagem de família. *Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no hospital.* Repositório comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010\\_Redese%20de%20conhecimento%20em%20enfermagem%20de%20familia20-33.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010_Redese%20de%20conhecimento%20em%20enfermagem%20de%20familia20-33.pdf)
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress (Fifth Edit).* Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott & Wilkins
- Meleis, A. I. Sawyer, L. M., Im, E.-O, Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: Na Emergin Middle-Range Theory.* Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28. Retrieved from [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_transitions\\_an\\_emerging\\_middle\\_range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_transitions_an_emerging_middle_range.6.aspx)
- Nóbrega, M. (2020). Atitudes dos enfermeiros frente ao envolvimento das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.* <https://www.scielo.br/j/reben/a/bjXt3VR7HsNwDGCgj4HjwgB/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, M. et al (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala families importance in nursing care – nurse atitudes. *Scielo online. Pg 1331-1337.* <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSjr4wc4nc5q/?lang=pt&format=pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos enfermeiros (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)
- Petronilho, F (2009). Produção de Indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais, 52, 35-43*
- Portaria 276/2009. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e Saúde. (2009). *Diário da República n.º 54/2009, Série I.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/276-2009-605345>
- Quaresma, I (2008). *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários.* [Tese de Mestrado. Universidade do Porto. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7258/2/Tese%20Mestrado%20lvone.pdf>
- Regulamento Interno (2020). Unidade Saúde Familiar Rainha Dona Leonor
- Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 367/2015. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 124/2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428/2018. Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 131/2022. 179. (2022). <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

- Regulamento n.º 743/2019. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184/2019, Série II n.º 184/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reis, E. (2001). Estatística multivariada aplicada. 2.ª edição. Edição Sílabo
- Relvas, A (1996). *A co construção da hipótese sistémica em terapia familiar*. Acedido a 23 de julho de 2022. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3180/1/AP\\_1996\\_4\\_563.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3180/1/AP_1996_4_563.pdf)
- Rice B. (2004). Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários. 3.ª edição. Lusociência
- Santos, S. (2021). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo do cuidar. [Relatório final de estágio. Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/7305>
- Silva M. (2013). A Família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista Enfermagem de Referência*, III série n.º 11 – dezembro. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13105>
- Sousa E. (2011). *A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação*. [Dissertação Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf)
- Souza, J., Oliveira, A. & Apostólico, M. (2017). *Atuação do enfermeiro na visita domiciliar: revisão integrativa*. Congresso Ibero-Americano- investigação qualitativa. Volume 2. pp 1042-1047
- Tavares, M. (2017) *Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar*. [Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4532>
- Turismo do centro (2022). <https://turismodocentro.pt/concelho/caldas-da-rainha/>
- Vilelas J. (2022). Investigação, o processo de construção do conhecimento. 3.ª edição. Edições Sílabo

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Protocolo “Visitação Domiciliária à puérpera, RN e família”

 Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor	<b>Saúde Familiar</b>	
	<b>Proposta de procedimento para a VD à família com puérpera e RN</b>	Edição: 1 Data: 31/01/2023

## 1 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo:

- Padronizar as visitas domiciliárias de enfermagem à puérpera, RN e família.
- Realizar guia orientador de recolha de informação e registo no sistema informático SClínico.

Esta visita deve ser executada pelo enfermeiro de família.

## 2 ÂMBITO

O contexto desta visita domiciliária, surge na necessidade de acompanhamento da puérpera, recém-nascido e restantes elementos da família nesta fase do ciclo vital.

Como enfermeiros de família cuidamos da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital.

A visita domiciliária à puérpera e família no seu contexto familiar, contribui para uma melhor adequação dos cuidados, expressão dos sentimentos, avaliação e reavaliação das capacidades e necessidades de aprendizagem da mãe e família (Torre, 2001).

A VD no puerpério é um instrumento para a enfermeira de família ensinar, educar e instruir a puérpera e família sobre o pós-parto; ajudar a assumir a parentalidade; apoiar a família a aceitar o novo elemento no contexto familiar; avaliar as necessidades familiares para alterações de mudanças positivas.

A enfermagem de família com famílias em idade reprodutiva, não significa o mesmo que enfermagem materno-infantil.

A enfermagem de família em saúde infantil refere-se às relações entre as tarefas familiares, cuidados de saúde e seus efeitos no bem-estar e saúde da família.

Os enfermeiros cuidam as crianças, grávida e puérpera dentro do contexto da sua família.

## 2.1 DESCRIÇÃO

Nas consultas de enfermagem na área de saúde materna -USF- o enfermeiro sinaliza a família segundo determinados critérios de inclusão:

- Problemas sociais conhecidos,
- Primíparas,
- História ou suspeita de depressão (maior probabilidade de depressão pós-parto),
- Gravidez sem vigilância preconizada,
- Gravidez na Adolescência.

### Condição para a visita domiciliária:

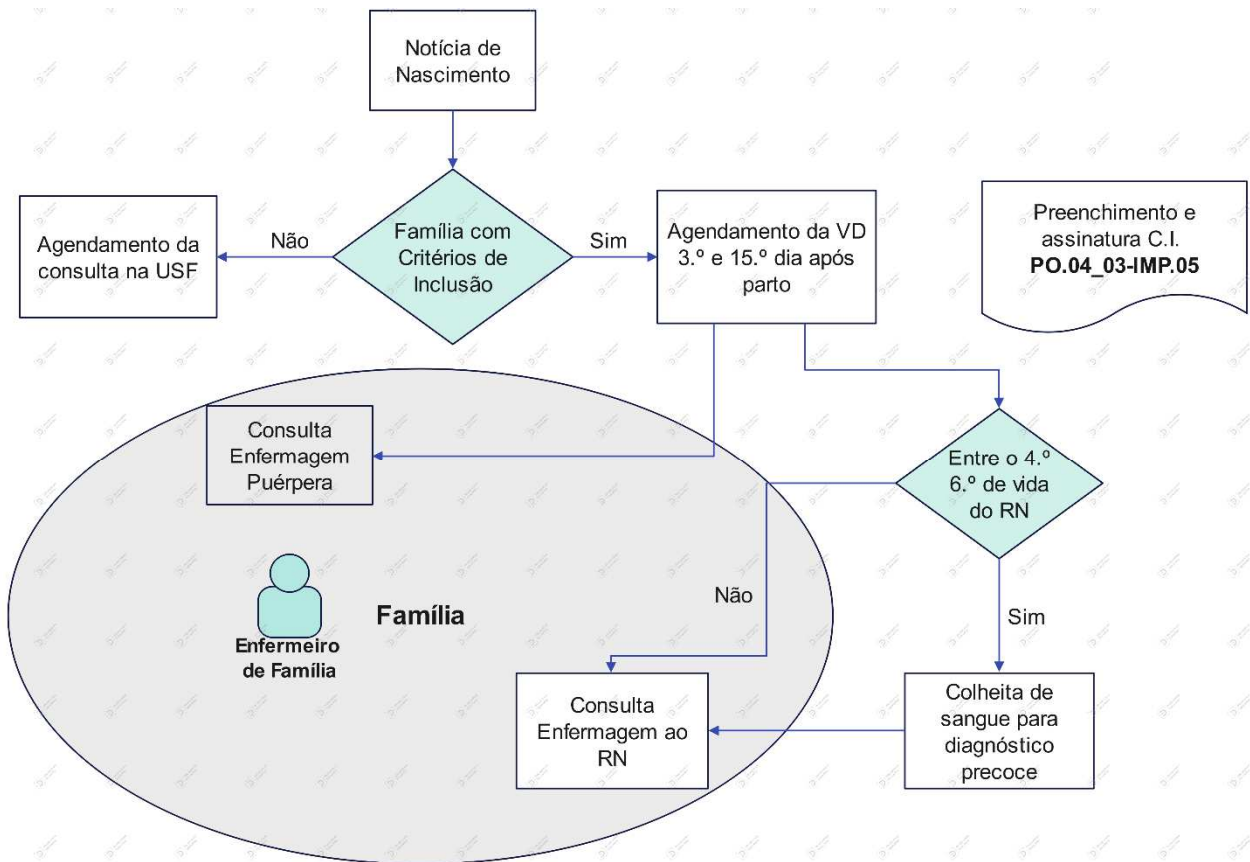
- Possibilidade de programar a VD entre o 3.º e o 15.º dia de vida do recém-nascido;
- Disponibilidade de viatura;
- Consentimento positivo da utente (assinatura e aceitação das condições descritas no Consentimento Informado PO.04\_03-IMP.05).

## 2.2 CONSULTA ENFERMAGEM

- Avaliar a dinâmica familiar e disponibilizar conhecimentos e habilidades para o desempenho do papel parental;
- Avaliar capacidade e conhecimentos da puérpera e família acerca de:
  - cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido;
  - cuidados ao coto umbilical;
  - alimentação do recém-nascido:
    - Aleitamento materno exclusivo: posicionamento do bebé a mamar; avaliar a pega, ensinar sobre a produção de leite materno e quanto tempo em cada mamada;
    - Aleitamento misto ou exclusivo de leite de fórmula: cuidados de higiene ao biberão, preparação do leite de fórmula e o posicionamento do bebé;

- Prevenção de acidentes (vigiar condições de segurança da habitação aplicando o questionário APSI);
- Ensinar/ esclarecer dúvidas com entrega dos panfletos (panfleto aleitamento artificial e panfleto cuidados ao coto umbilical e granuloma);
- Vigiar: sutura de episiotomia (se aplicável) ou cesariana e perdas hemáticas.

## 2.3 FLUXOGRAMA



### 3 DEFINIÇÕES E SIGLAS

- APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil
- RN - recém-nascido
- USF - Unidade de Saúde Familiar
- VD – visitar domiciliar

### 4 DOCUMENTOS E REGISTOS ASSOCIADOS

#### 4.1 DOCUMENTOS ASSOCIADOS

Consentimento Informado PO.04\_03-IMP.05

Panfleto Cuidados ao coto umbilical e granuloma

Panfleto Aleitamento Artificial

#### 4.2 REGISTOS ASSOCIADOS

- Registrar os cuidados prestados no SClínico
- Agendar consulta de revisão de parto e consultas do RN na USF e comunicar telefonicamente à família.

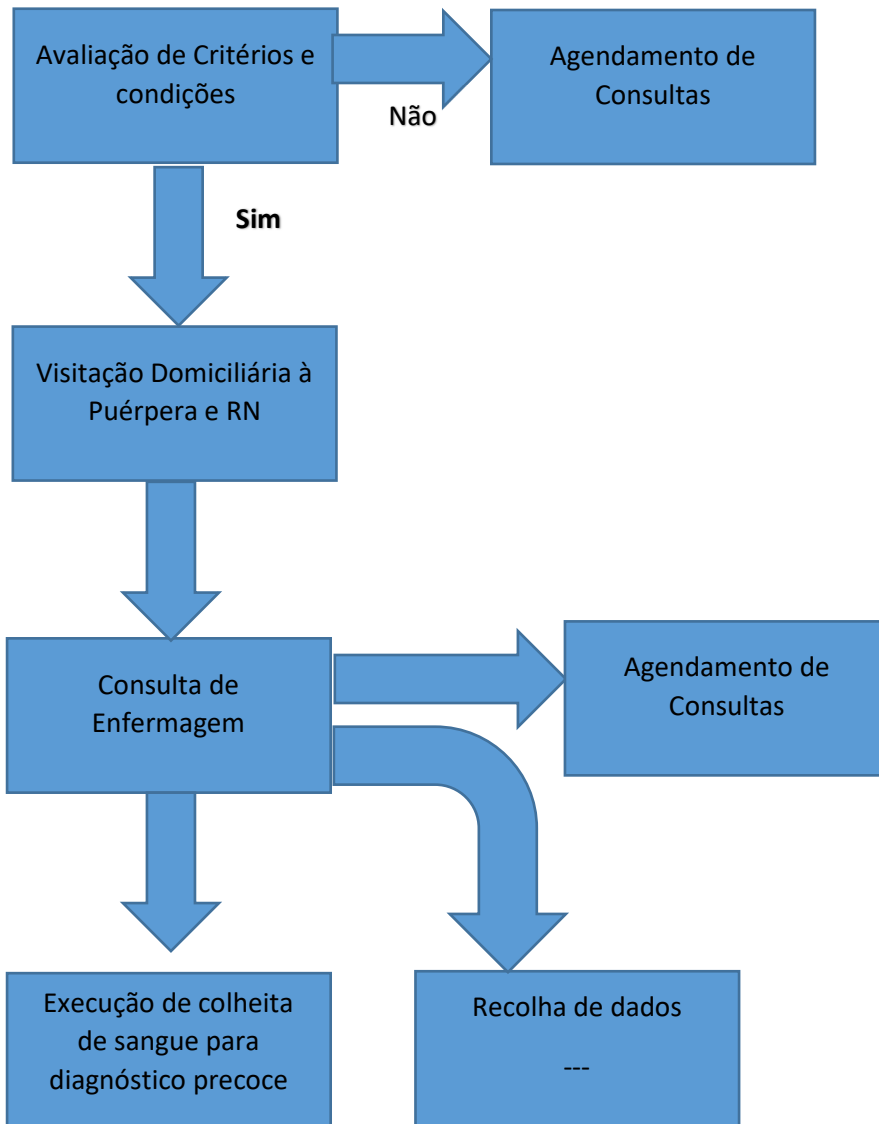
### 5 BIBLIOGRAFIA

Hanson, Shirley. *Enfermagem de Cuidados de saúde à Família*. Lusociência. 2.<sup>a</sup> edição. 2005

*A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério*. Revista Ciência Plural. 2021; 7(3):290-307.

Branca, Vera. *Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde*. Universidade Évora. 2018





**ANEXO II - Panfletos**

## Higienização

Antes de cada utilização, os biberões devem estar bem lavados e esterilizados;

A lavagem deve ser realizada com água e sabão e nunca utilizar detergentes concentrados;

Deve usar escovilhão para remover todos os resíduos e depois enxaguar bem com água corrente;

A esterilização poderá ser realizada mergulhando as peças numa panela com água a ferver durante 15 minutos (biberões devem ser colocados sobre um pano seco e deixar secar).

Outra alternativa será utilizar um esterilizador de biberões elétrico ou de microondas (biberões devem ser mantidos no interior do esterilizador até serem necessários).

A partir do momento que inicia alimentação por colher, não é necessário esterilizar.

## Bibliografia

Decreto-Lei n.º 217/2008

Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019

### Elaborado por:

Júlia Silva — Mestrado em Enfermagem Comunitária  
área de Saúde Familiar, 5.ª edição , IPL—ESSLeiria



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

R. Prof. Abilio Moniz Barreto

Tel: 262-870-388

Fax: 262-870-381

Correio electrónico:

usf.rdleonor@arslvt.min-saude.pt



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

## Aleitamento Artificial

 Folheto informativo



## Tetina e biberão

Apesar do leite materno ser o alimento mais indicado para o seu bebé, o aleitamento artificial pode ser adotado por sua escolha ou por indicação médica, nas seguintes modalidades:

**Aleitamento misto** (leite materno + leite de fórmula) - oferece inicialmente mama e complementa com o leite de fórmula.

**Aleitamento exclusivo de fórmula:** oferece só leite de fórmula.

Existem múltiplas fórmulas de leite artificial que lhe poderá oferecer.

**Fórmula 1** 0 aos 6 meses (podendo ser utilizada em exclusivo até aos 6 meses e manter-se até aos 36 meses);

**Fórmula 2** transição - dos 6 aos 12 meses (podendo manter-se até aos 36 meses);

**Fórmula 3, 4, 5** Não se recomenda a sua utilização dado o desajuste proteico

**Fórmulas Especiais** Anti refluxo, anticólicas, sem lactose, ... Prescrito pelo médico ou enfermeiro que segue o bebé e conhece o historial

Para a escolha da tetina e do biberão, aconselha-se a pesquisa sobre o assunto - informe-se no local onde vai adquirir o produto as várias características dos biberões e tetinas do mercado.

### Preparação

O biberão com leite artificial deve ser preparado na hora para cada mamada;

Todas as sobras não devem ser aproveitadas.

O leite não deve ser consumido ao fim de 2 horas após a preparação.

Higienizar bem as mãos e a bancada onde será preparado o leite artificial;

Preparar com água à temperatura de +/- 37°C;

A preparação com água muito quente provoca a destruição das proteínas e das vitaminas do leite;

A preparação com água fria impede a correta diluição dos nutrientes;

Verter a quantidade de água desejada no biberão, atendendo à temperatura ideal;

Colocar a quantidade exata de pó para a quantidade de água colocada anteriormente:

1 COLHER DE MEDIDA PARA CADA 30ML DE ÁGUA) - sem comprimir a quantidade na colher;

**1 colher de medida—30 ml de água**

**2 colheres de medida—60 ml de água**

**3 colheres de medida—90 ml de água**

Encaixar a tetina com a tampa ao biberão e agitar até diluição do pó;

Verificar a temperatura do leite a oferecer ao bebé, no pulso do adulto;

Arrefecer, se necessário o biberão em água corrente; ou aquecer o biberão em banho maria;

Verificar de novo a temperatura do leite a oferecer ao bebé, no pulso do cuidador;

## Como se faz esse tratamento?

Aplicar sal de mesa ou de cozinha sobre o granuloma **(A)**.

Cobrir com uma compressa e deixar atuar durante 10 a 30 minutos **(B)**.

Limpar com gaze embebida em água morna ou soro fisiológico. Repetir o procedimento pelo menos 2 vezes por dia durante 2 dias.

Deverá verificar-se neste período redução do granuloma e secagem do mesmo **(C e D)**.

No caso deste tratamento não ser eficaz pode ser necessário outro tipo de tratamento. Deve contactar o seu enfermeiro e/ou Médico de Família.

## Bibliografia

WHO recommendations on Maternal and Newborn care for a positive postnatal experience, 2022

SNS 24—Guia para Pais, 2022

### Elaborado por:

Júlia Silva

Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária área Enfermagem de Saúde Familiar — 5.ª edição, IPL ESSL



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

R. Prof. Abilio Moniz Barreto

Tel: 262-870-388

Fax: 262-870-381

Correio electrónico:

usf.rdleonor@arslvt.min-saude.pt



**Unidade de Saúde Familiar**  
Rainha D. Leonor

## Cuidar do umbigo do bebé

 Folheto informativo



## Umbigo do bebê

Após o corte do cordão umbilical inicia-se um processo de desidratação do coto umbilical.

Ao longo do tempo ele fica endurecido, seco e escuro até se separar do umbigo.

A queda do coto umbilical ocorre geralmente na primeira semana de vida, mas pode demorar até 3 semanas e não deve ser forçada.

É normal ganhar serosidade (líquido pastoso) amarelada ao redor do coto.

Lavar com água e sabão (banho). **SECAR** muito bem.

Ter cuidado de manter o mais seco e arejado possível, deve ficar sempre fora da fralda (fazer dobra da fralda).



### Sinais de alarme

Observar o coto umbilical para verificar se existem sinais inflamatórios: rubor (vermelho) ou mau cheiro.

Ficar atento se surgir saliência avermelhada húmida com saída de líquido transparente ou sangue.

Contatar o médico/enfermeira.



## Granuloma Umbilical

### O que é o granuloma umbilical?

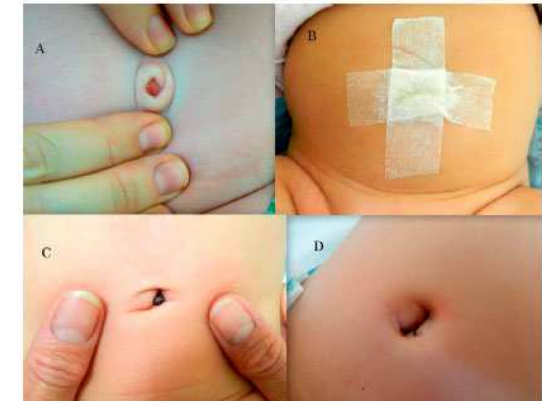
Após a queda do umbigo pode aparecer uma saliência avermelhada, de aspeto húmido, que frequentemente deita um líquido transparente, amarelado ou sangue.

Não provoca dor ou desconforto no bebê.

### O que fazer?

Após confirmar o diagnóstico pelo pediatra

ou médico família será



aconselhado o tratamento com sal.

**ANEXO III**

Comissão Ética

---

## FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PEDIDO DE APRECIÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do trabalho:

“A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”

Investigador/a principal:

Júlia Maria Henriques da Silva, aluno nr: 5210046 – IPL Escola Superior Saúde de Leiria - anexo

Professor orientador

Professora Clarisse Louro – IPL – Escola Superior Saúde de Leiria

Unidades onde o projeto será executado

UCSP's e USF's da Aces Oeste Norte

Data prevista de início:

15 Junho/ autorização da comissão de ética

Data prevista de conclusão:

31 Julho

### PROTOCOLO DO PROJETO

Introdução / Justificação

As transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, internamento hospitalar, cuidados no domicílio, recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com a família, desenvolve uma relação de ajuda e toma uma atitude facilitadora para a transição, tendo em vista promover, restaurar, facilitar a saúde. Sendo a visita domiciliária um dos instrumentos facilitadora para estar em contato com a família, elementos, ambiente e contexto.

Segundo HANSON (2005) é em contexto familiar que os membros aprendem sobre saúde e doença, sendo onde a maior parte dos cuidados são administrados e recebidos ao longo da vida, pelo que a família assume o papel de potencial aliado na recuperação e manutenção da saúde dos seus membros.

A visita domiciliária é definida como um atendimento realizado na residência do utente e pode ser realizado por um ou mais elementos da equipa de saúde, detém um conjunto de ações programadas e contínuas de acordo com as necessidades das pessoas e famílias (Araújo e Lima 2021).

Os Cuidados de Saúde Domiciliários são tendencialmente usados para a prestação de cuidados de saúde no domicílio quando o utente detém dependência física, mental e/ou social, transitória ou definitiva e que a sua situação não necessite de internamento em instituição, nem cuidados hospitalares de índole urgente, mas que se encontra impossibilitado de se deslocar à instituição de saúde (Costa M., Ferreira D., Germano M. 2019).

A visita domiciliaria possibilita uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar e ambiental; é o meio de eleição para identificar das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que compõem a família.

Assim, o enfermeiro de saúde familiar em diversos contextos do sistema de saúde, apresenta-se como o profissional que tem competências específicas no sentido, modo parceria, capacitar as famílias a resolverem de uma forma eficaz as crises que ocorrem no ciclo de vida, no seu próprio contexto.

#### Objetivos do estudo

- Avaliar a importância atribuída à família, pelos enfermeiros em contexto da prestação de cuidados na visita domiciliária.
- Indicar fatores associados à importância atribuída à pelos enfermeiros.
- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados em visita domiciliária.

#### Metodologia

Estudo quantitativo de natureza descritiva, transversal.

#### Participantes envolvidos:

População a estudar

Enfermeiros UCSP's e USF's da Aces Oeste Norte

Crítérios de inclusão

Enfermeiros a trabalhar nas diferentes unidades de prestação de cuidados de enfermagem na Aces Oeste Norte - USF's e UCSP's.

Tamanho da/s amostra/s

Pelo menos 50 questionários

### **Cronograma**

o Trabalho encontra-se inserido na fase final do relatório do 3.º ensino clínico com trabalho de investigação integrado. Previsão de aplicação de questionário nos meses de junho e julho 2023.

### **Expectativa de resultados**

Caraterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto de visita domiciliária sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem com recurso à escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – atitudes dos Enfermeiros” e identificar as relações entre os dados sócio-demográficos e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto da visita domiciliária – escala em anexo.

### **Previsão de divulgação dos resultados**

Setembro 2023

### **De que forma são acautelados os riscos ou incómodos para os participantes?**

Não aplicável

### **Como será mantida a confidencialidade**

Consentimento informado em anexo

Nota: A autorização/ concordância assinada pelo Diretor Executivo da Aces ON, o tema do trabalho é igual mas está com outra denominação. Deve-se à alteração de título sugerida pela Enfermeira orientadora.

Data:

---

A Investigadora Principal

## **Currículo**

**Júlia Maria Henriques da Silva. Enfermeira Centro Hospitalar Oeste – Unidade de Caldas da Rainha no serviço de Pediatria.**

2010 – *Pós-Graduação* em Formação de Formadores em Trauma, Emergência e Catástrofe pelo Instituto Politécnico de Saúde do Vale do Sousa e Vale do Ave – CESPU – Vila Nova Famalicão

2010 – *Pós-Graduação* em trauma, emergência e apoio humanitário pelo Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria.

2005 – *Licenciatura* em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Leiria.

## **Atividades**

Participo nas formações em serviço.

Fui formadora de SBV – DAE pelo Instituto Treino em Emergência (ano 2012)

Enfermeira generalista: 2005 – Serviço Otorrinolaringologia e Urologia

2005 – 2006 – Bloco Operatório

2006 – 2015 – Serviço Urgência Geral

2015 até à presente data: Serviço de Pediatria (valência de consulta externa de pediatria e internamento de Pediatria).

## Questionário

### A Família como unidade de cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário

Exm. Senhor (a) Enfermeiro (a),

As transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa no decurso das diferentes etapas do ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, internamento hospitalar, cuidados no domicílio, recuperação e reabilitação (Meleis, 2010).

Para Rice (2006), a visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade com a família. Ela é um dos instrumentos facilitadores para estar em contato com a família e elementos da família no próprio contexto.

O enfermeiro de saúde familiar em diversos contextos do sistema de saúde, inclusive na **visita domiciliária**, apresenta-se como o profissional que tem competências específicas, no sentido de capacitar as famílias a resolverem de uma forma eficaz as crises que ocorrem ao longo do ciclo de vida, no seu próprio contexto.

Apesar da assumida relevância, do envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, em Portugal, as atitudes dos enfermeiros neste contexto é uma realidade a estudar.

Assim com este estudo proponho dar resposta à seguinte questão: “Qual a atitude dos enfermeiros sobre o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, em contexto da **visita domiciliária**?”

O termo família refere-se ao utente/cliente, familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas.

A sua participação é muito importante e consta no preenchimento deste questionário que está dividido em duas partes, com o tempo médio de preenchimento de 10 minutos: caracterização sociodemográfica e a escala “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitude dos enfermeiros”.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento deste estudo. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar-me.

Obrigada pela sua colaboração

Júlia Maria Henriques Silva

enfjmhs@gmail.com

Mestranda em Enfermagem Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

## PARTE I – CARATERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA.

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicito que responda, assinalando o item correspondente à sua opção ou escrevendo a resposta nos itens correspondentes.

1. **Idade** \_\_\_\_\_

2. **Sexo:**

Feminino

Masculino

3. **Estado civil**

Solteiro (a)

União de Fato / casado (a)

Separado (a)/ Divorciado (a)

Viúvo (a)

4. **Qual o seu nível de escolaridade**

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro: \_\_\_\_\_

5. **Título profissional**

**Enfermeiro**

**Enfermeiro Especialista**

**Área de Especialização:**

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Saúde Comunitária

Enfermagem de Saúde Pública

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem de Saúde Psiquiátrica

Enfermagem de Saúde Reabilitação

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica/ Médico-Cirúrgica

6. **Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ anos

7. **Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família**

Não

Sim:

Contexto académico

Formação Contínua

Outro \_\_\_\_\_

**PARTE II - INSTRUMENTO**  
**“A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – ATITUDES DOS ENFERMEIROS” (IFCE-AE)**

Responda às seguintes questões, preenchendo a quadricula com um X, tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

**1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente**

N.º	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 dos membros da família é importante para mim como enfermeiro (a).				
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 dos 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 dos membros 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.				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família e conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família como parceiros.				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26	A presença dos membros da família deixa-me em stresse.				

(Barbiéri, MC. *et al*, 2009)

**Comentários** \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Título trabalho:

***“A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”.***

Investigador principal:

Júlia Maria Henriques da Silva, aluno nr: 5210046 – IPL Escola Superior Saúde de Leiria - currículo em anexo

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigadora principal, declaro por minha honra que as informações prestadas nesta proposta de trabalho são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitadas as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que me comprometo enviar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente assinalando efeitos adversos graves que tenham ocorrido no decurso da investigação.

Data:

---

A Investigadora Responsável

## DECLARAÇÃO CONSENTIMENTO INFORMADO

“Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013) e conforme Lei n.º 67/98 de 26 de outubro

### ***“A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”***

Caro colega,

Júlia Maria Henriques da Silva, a frequentar Mestrado em enfermagem saúde comunitária na área de saúde familiar, no Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria, ano letivo 2022-2023, estou a realizar um trabalho de investigação com o tema: *“A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”*, cujo objetivo principal é caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto na visita domiciliária, utilizando a escala *“A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros.”*

Asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Assim:

- A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa em participar no estudo supracitado.
- Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.
- Os questionários serão entregues em branco na unidade. Após o preenchimento ou não dos questionários, eles deverão ser colocados num envelope que estará no serviço, mantendo assim a confidencialidade e anonimato.
- A recolha e abertura do envelope será feita pela investigadora.
- Os questionários serão destruídos após o tratamento de dados.

## DECLARAÇÃO CONSENTIMENTO INFORMADO

“Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013) e conforme Lei n.º 67/98 de 26 de outubro

Eu \_\_\_\_\_ (nome)

- Aceito em participar no trabalho de investigação “A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário”.
- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a médico/a investigador/a que o assina.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste estudo.
- Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

enfjmhs@gmail.com

917095217

Escala Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” (Barbiérie, MC et al, 2009)

É uma adaptação da Families Importance in Nursing Care – Nurses attitudes (FINC.NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003 e que a testaram para a realidade desse país.

Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que a família é mais do que as relações de consanguinidade, pode incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas de referência.

A escala IFCE-AE é de autopreenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre as atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Essas afirmações são similares entre si, mas diferentes e a sequência não segue uma ordem particular.

As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura de Likert:

Discordo completamente 1 ponto, a concordo completamente – 4 pontos

A TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO e ADAPTAÇÃO transcultural da escala para a população portuguesa foi realizada por Barbiéri, MC et al, 2009). Esta versão IFCE-AE – Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes enfermagem.

Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original. A original compreende 4 subescalas e a adaptação portuguesa compreende 3 subescalas.

Mede subescalas – dimensionais: cognitiva (eu penso...), comportamental (no meu trabalho...) e afetiva (eu sinto...).

Família como recurso nos cuidados de enfermagem – 10 itens

Família como parceiro dialogante e recurso de coping – 12 itens

Família como um fardo – 4 itens

## DIMENSÃO

Família: parceiro dialogante e recurso de coping

4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.
6	No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.
9	Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-se tempo no meu trabalho futuro.
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.
15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.
16	Pergunto à família 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 doente.
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.
25	Vejo-me como um recurso para as famílias para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.

Família: recurso de cuidados de enfermagem

1	É importante saber quem são os membros da família do utente.
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeiro (a).
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.
10	A presença dos 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.
13	A presença dos membros da família é importante para os mesmos.
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.


Família: Fardo

2	A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.
23	A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.
26	A presença dos membros da família deixa-me em stresse.

A pontuação obtida para cada um dos itens varia 1 a 4 e em intervalos de 26 a 104 para todo o instrumento. Considera-se que maior o score obtido, mais atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família.

Comunicação com o  
função e autonomia do  
estudo de domínio do  
ambiente de trabalho  
relacionado com a  
atividade de saúde CES.

17.7.2023

  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Diretivo da  
ARSLVT, I.P.

Informação N.º  
3851/CES

Data  
12.07.2023

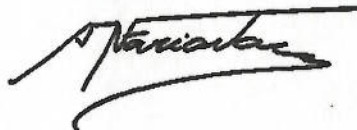
Processo N.º  
044/CES/INV/2023

**Assunto:** A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 07.07.2023 e emitiu um parecer favorável condicionado ao estudo.

Referenciamos o presente parecer na expectativa da vossa apreciação e autorização para posterior envio ao requerente e divulgação em formato sumário no portal da ARSLVT.

À consideração superior,



António Manuel Núncio Faria Vaz  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

**Parecer 044/CES/INV/2023**

• **Título do projeto**

A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário

• **Investigador e instituição de afiliação**

Júlia Maria Henriques da Silva, aluno nr: 5210046 – IPL Escola Superior Saúde de Leiria

• **Promotor / parceiros**

NA

• **Contacto do investigador principal**

enfjmhs@gmail.com

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Professora Clarisse Louro – IPL – Escola Superior Saúde de Leiria

• **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

NA

• **Local do estudo**

UCSP's e USF's da Aces Oeste Norte

**Fundamentação**

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

As transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, internamento hospitalar, cuidados no domicílio, recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com a família, desenvolve uma relação de ajuda e toma uma atitude facilitadora para a transição, tendo em vista promover, restaurar, facilitar a saúde. Sendo a visita domiciliária um dos instrumentos facilitadora para estar em contato com a família, elementos, ambiente e contexto.

Segundo HANSON (2005) é em contexto familiar que os membros aprendem sobre saúde e doença, sendo onde a maior parte dos cuidados são administrados e recebidos ao longo da vida, pelo que a família assume o papel de potencial aliado na recuperação e manutenção da saúde dos seus membros.

Os Cuidados de Saúde Domiciliários são tendencialmente usados para a prestação de cuidados de saúde no domicílio quando o utente detém dependência física, mental e/ou social, transitória ou definitiva e que a sua situação não necessite de internamento em instituição, nem cuidados hospitalares de índole urgente, mas que se encontra impossibilitado de se deslocar à instituição de saúde (Costa M., Ferreira D., Germano M. 2019).

A visita domiciliar possibilita uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar e ambiental; é o meio de eleição para identificar das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que compõem a família.

Assim, o enfermeiro de saúde familiar em diversos contextos do sistema de saúde, apresenta-se como o profissional que tem competências específicas no sentido, modo parceria, capacitar as famílias a resolverem de uma forma eficaz as crises que ocorrem no ciclo de vida, no seu próprio contexto.



### **Objetivos**

Caraterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto de visita domiciliária sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem com recurso à escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – atitudes dos Enfermeiros” e identificar as relações entre os dados sócio-demográficos e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto da visita domiciliária

### **População, materiais e métodos**

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

Estudo quantitativo de natureza descritiva, transversal.

- **População (se aplicável)**

Enfermeiros UCSP's e USF's da Aces Oeste Norte

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

Enfermeiros a trabalhar nas diferentes unidades de prestação de cuidados de enfermagem na Aces Oeste Norte - USF's e UCSP's.

Pelo menos 50 questionários

**Critérios de Inclusão:** Enfermeiros a trabalhar nas diferentes unidades de prestação de cuidados de enfermagem na Aces Oeste Norte - USF's e UCSP's

**Critérios de exclusão:** omissos

**Modalidade de Recrutamento:** Omissos

- **Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)**

Constantes no questionário

- **Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).**

Questionário

Caraterização sociodemográfica

*Escala Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros*

*(Barbiérie, MC et al, 2009)*

- **Plano de Análise Estatística**

Omissos

### **Cronograma**

Trabalho encontra-se inserido na fase final do relatório do 3.º ensino clínico com trabalho de investigação integrado. Previsão de aplicação de questionário nos meses de junho e julho 2023.

### **Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)**

Omissos

### 2.2.7. Aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

- **Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.**

Menores que mínimos

- **Explicar como é feita a proteção dos dados:**
  - **Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;**

Questionário anónimo

- **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

Omisso

- **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído**

Omisso

### **As formas previstas de divulgação dos resultados**

Setembro 2023

### **Conflitos de interesse existentes**

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização deste estudo.

### **Acesso aos participantes / pedido de consentimento:**

Omisso

<b>Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **</b>	
Título do projeto;	S
Promotor;	NA
Local onde se realiza o estudo	N
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	S
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	S
Porque está a ser convidado/a a participar	S
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	S
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	N
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	S
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em	N

transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	S
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Proteção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	S
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	NA
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	S

*Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado*

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

**CV dos Investigadores:** Presente

**Declaração dos Orientadores Pedagógicos:** Presente

**Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores:** NA

**Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde:** Omisso

**Declaração do Diretor Executivo do ACES :** Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES Oeste Norte, Dr João Gomes

**Previsão de custos financeiros para os ACES:** Não

**Compromisso de entrega de relatório final:** Presente

**Crítérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:**

**Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT?** Sim

**É um estudo que ainda não se iniciou?** Sim

**É um estudo que envolve seres humanos:** Sim

**É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento:** Sim

**Apreciação:**

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza descritiva, transversal com os objetivos de caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto de visita domiciliária sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem com recurso à escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – atitudes dos Enfermeiros” e identificar as relações entre os dados sócio-demográficos e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto da visita domiciliária.

A fundamentação reflete a pertinência do estudo e os seus resultados poderão vir a aplicar-se no contexto clínico.

Pretende aplicar-se um questionário a todos os Enfermeiros do ACES, não ficando claro qual a modalidade de recrutamento / acesso aos eventuais participantes.

Importa ainda esclarecer qual o plano de análise previsto, recursos envolvidos, processos de garantia de segurança dos dados e tempo de armazenamento / destruição dos mesmos.

Da análise global da documentação enviada, entende esta comissão de ética emitir parecer favorável condicionado ao esclarecimento das questões atrás colocada.

No prazo de seis meses, ficaremos a aguardar pela resposta, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, devidamente assinaladas e o envio da documentação alterada.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

07.07.2023

**ANEXO IV**

Autorização ACeS

## Trabalho Investigação - Enfermeira Júlia Silva

ACES Oeste Norte | Secretariado Clínico CCS <secretariadoccs.oestenorte@arslvt.min-saude.pt>

qui, 20/07/2023 12:04

Para: Júlia Maria Henriques Da Silva <5210046@my.ipleiria.pt>

📎 2 anexos (2 MB)

Parecer da comissão de ética \_ CUIDAR FAM - JOÃO FRADE 10.11.2021 (1).pdf; Inf.ª 3851.pdf;

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

Bom dia Enfermeira Júlia Silva,

Após parecer da comissão ética e aprovação do Diretor Executivo, informamos que tem autorização para aplicação do questionário o iremos difundir o mesmo via email.

Com os melhores cumprimentos

**Patrícia Oliveira**

Assistente Técnica

UAG | Secretariado do CCS

**AGRUPAMENTO CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE**

Rua do Centro de Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha

Tel: +351 262 870 387

[patricia.h.oliveira@arslvt.min-saude.pt](mailto:patricia.h.oliveira@arslvt.min-saude.pt)

[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**PENSE ANTES DE IMPRIMIR**



**De:** Júlia Maria Henriques Da Silva <5210046@my.ipleiria.pt>

**Enviado:** 21 de abril de 2023 11:15

**Para:** ACES XII | Oeste Norte <aces.oestenorte@arslvt.min-saude.pt>

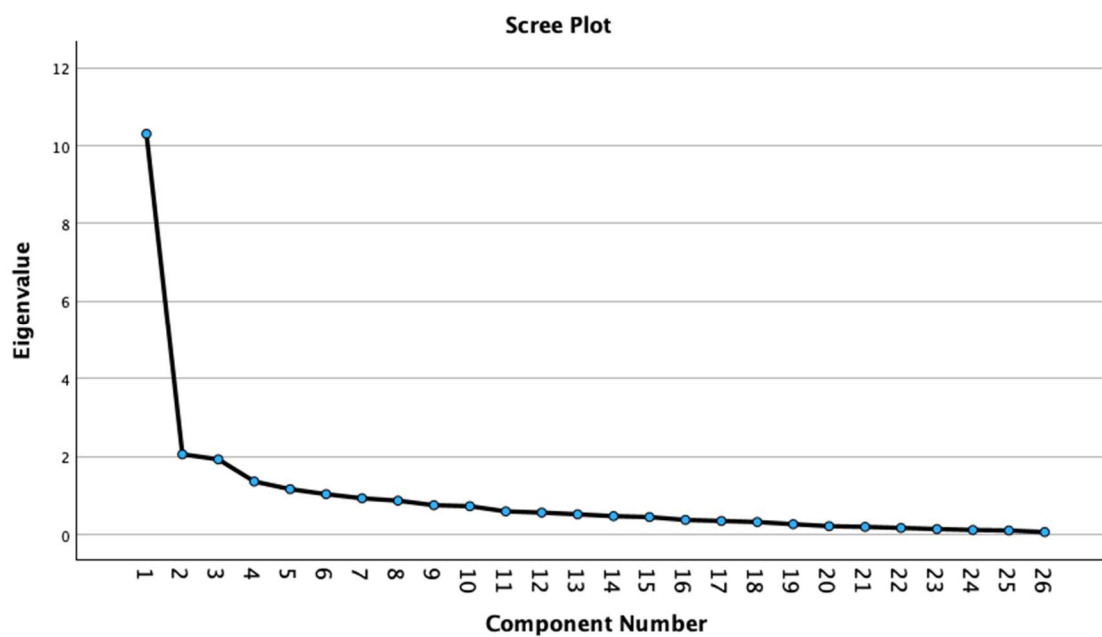
**Assunto:** Trabalho Investigação - Enfermeira Júlia Silva

Bom dia.

Chamo-me Júlia Maria Henriques da Silva, o meu local de trabalho é o Serviço de Pediatria do CHO - Caldas da Rainha.

## **ANEXO V**

Análise Estatística



**Varição total explicada**

Componentes	Valores Próprios		
<b>1</b>	10.305	39.635	39.635
<b>2</b>	2.055	7.905	47.540
<b>3</b>	1.927	7.411	54.951

## Título profissional

Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional (teste Mann-Whitney)

	Título profissional	N	Média	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermeiro	38	28.68	0,290
	Enfermeiro Especialista	22	33.64	
Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	38	33.29	0,104
	Enfermeiro Especialista	22	25.68	
Família: Fardo	Enfermeiro	38	30.55	0,976
	Enfermeiro Especialista	22	30.41	

## Sexo

Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o sexo (teste Mann-Whitney)

	Sexo	N	Média	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	Feminino	57	30.50	1,0
	Masculino	3	30.50	
Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Feminino	57	29.92	0,227
	Masculino	3	41.50	
Família: Fardo	Feminino	57	30.61	0,848
	Masculino	3	28.50	

## Tipo de formação

Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tipo de formação (teste Mann-Whitney)

	Tipo de Formação	N	Média	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	Académico	19	16,37	0,497
	Formação contínua	11	14,00	
Família: recurso de cuidados de enfermagem	Académico	19	14,95	0,672
	Formação contínua	11	16,45	
Família: Fardo	Académico	19	13,79	0,171
	Formação contínua	11	18,45	

## Idade

Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e idade (teste Mann-Whitney)

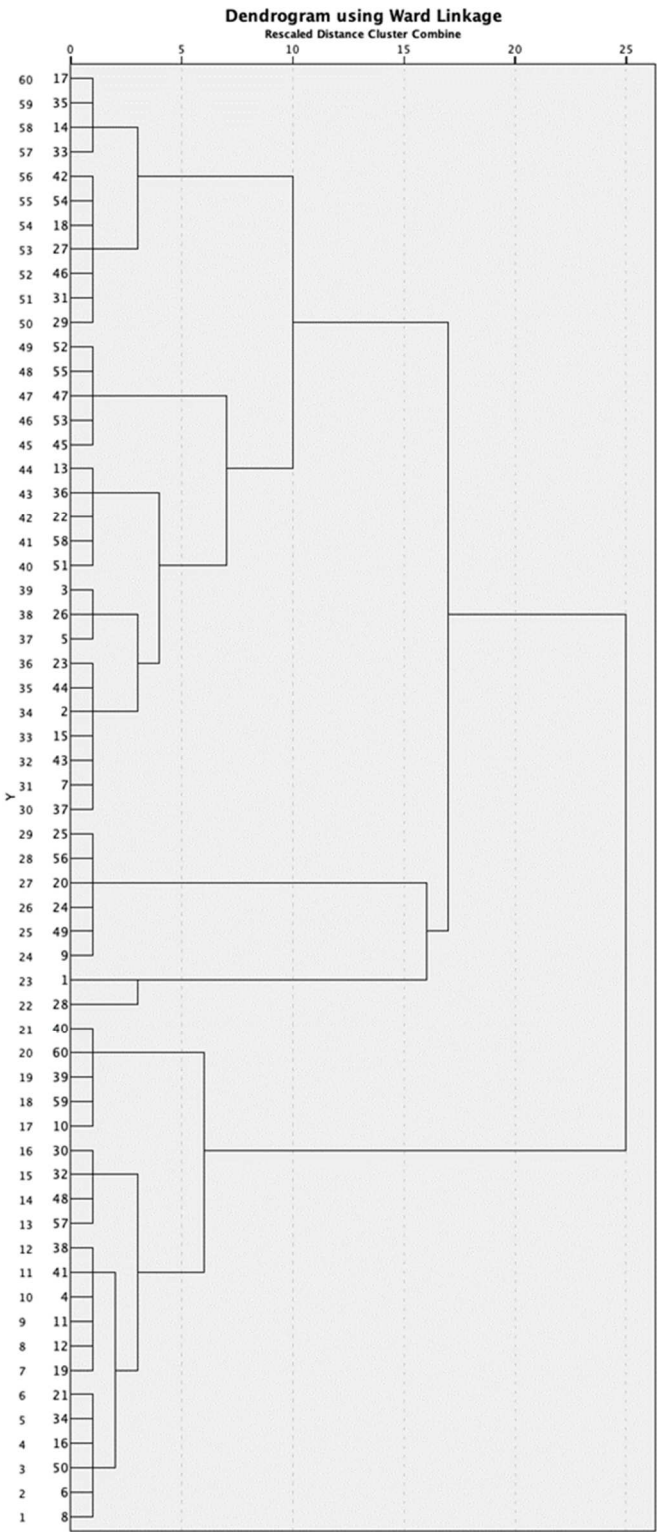
	Classe Etária	N	Média	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	≤ 49 anos	31	28.13	0,277
	> 49 anos	29	33.03	
Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	≤ 49 anos	31	32.48	0,363
	>49 anos	29	28.38	
Família: Fardo	≤ 49 anos	31	31.58	0,620
	> 49 anos	29	29.34	

## Escolaridade

Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a escolaridade (teste Mann-Whitney)

	Escolaridade	N	Média	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de coping	Licenciatura	42	28.81	0,885
	Mestrado	15	29.53	
Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Licenciatura	42	31.21	0,092
	Mestrado	15	22.80	
Família: Fardo	Licenciatura	42	30.48	0,261
	Mestrado	15	24.87	

# Dendrograma



## **MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

## **1. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

A família é representada pelo todo e pelas partes, ao mesmo tempo em que as suas características são mais do que a soma das diferentes partes (Figueiredo, 2009). A família é compreendida como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital.

O Modelo Calgary de Avaliação da Familiar foi desenvolvido para a enfermagem por Wright e Leahey (2000), engloba conceitos de enfermagem e terapia familiar. Será o modelo a desenvolver neste trabalho.

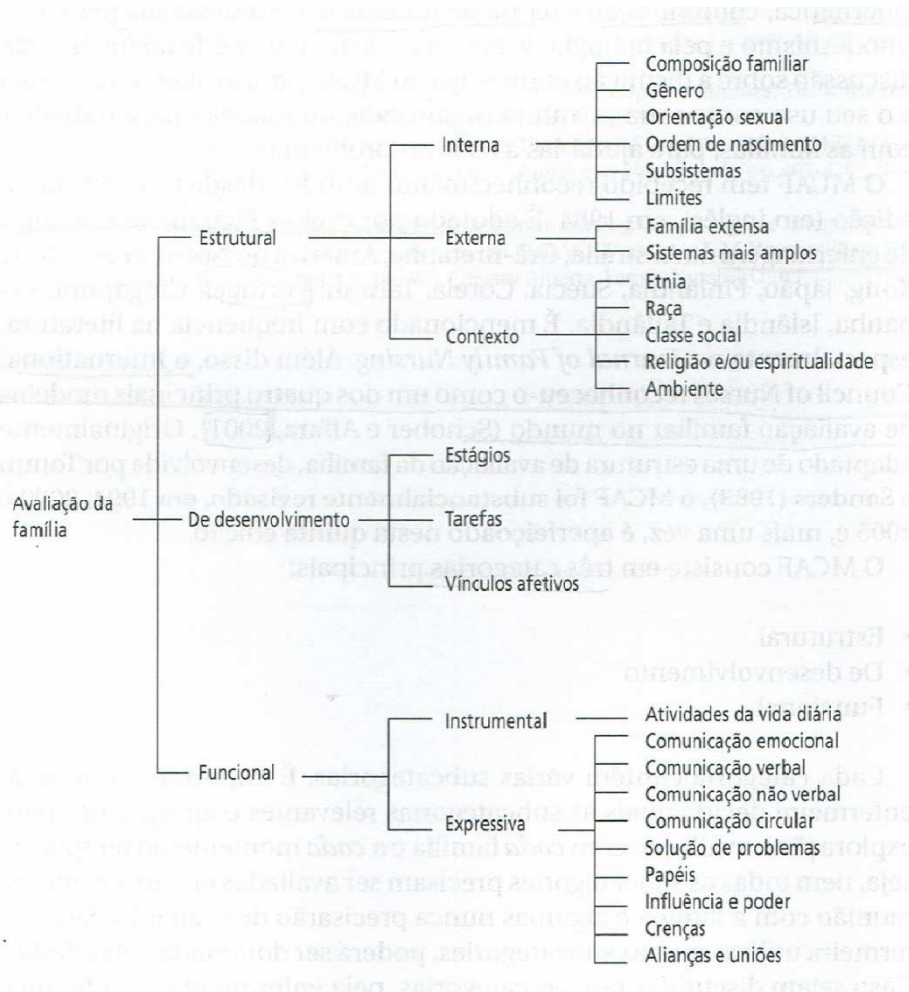
Foi na literatura americana, na década de 80, que se faz menção em referências bibliográficas sobre saúde familiar. Após a Conferência internacional de enfermagem de família que foi realizada em Calgary, Alberta, Canadá, em 1988, é que começou a emergir material académico noutros lugares do mundo (Monteiro, R., 2019).

Para realizar-se a abordagem à família é necessário o enfermeiro possuir ferramentas que sirvam de guia e forneçam capacidades, de modo a compreender as dinâmicas da família e a consiga ajudar no processo de desenvolvimento ao longo da vida. Surgem assim o Modelo de Avaliação Familiar Calgary.

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar é uma estrutura multidimensional, baseada em fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança, com influência do pós-modernismo e pela cognição (Leahey, 2011). O foco deste modelo é a complexidade da família e não somente do indivíduo, envolvendo o meio em que esta está inserida.

Um dos objetivos foi a aplicação do MCAF a uma família do ficheiro da enfermeira orientadora da Unidade Saúde Familiar (USF) Rainha Dona Leonor. Designei a família como JS, conferindo assim a confidencialidade da informação recolhida.

**Figura 1- Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família**



### 1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural contém três subcategorias que são: estrutura interna, estrutura externa e a estrutura de contexto. Esta avaliação proporciona a identificação da família, qual o vínculo entre os seus membros e a relação entre eles.

A avaliação estrutural interna de uma família integra: composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites familiares.

Na avaliação estrutural externa inclui-se a família de origem e a família biológica, como a atual geração e membros de família adotiva. A forma mais adequada de retratar a família extensa será o genograma e a interpretação e visualização dos sistemas mais amplos a realização do ecomapa será o mais adequado.

A avaliação estrutural de contexto é considerada a etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente.

### 1.1.1. Estrutura interna

A família JS é constituída por 4 elementos, identificados no Quadro 1, sendo eles a CS, NJ, JJ e o SJ.

**Quadro 1- Composição do agregado familiar**

Nome	Papel	Género	Idade	Data de Nascimento	Escolaridade	Profissão
CS	Esposa	Feminino	38 anos	11-06-1984	Licenciatura	Supervisora
NJ	Marido	Masculino	46 anos	2-07-1976	12.º ano	Técnico educativo
JJ	Filha	Feminino	11 anos	03-03-2011	5.º ano	Estudante
SJ	Filho	Masculino	4 anos	15-11-2017	Pré-escola	

Quanto à estrutura interna: família tipo nuclear (um casal com 2 filhos) que foi identificado no SClínico; 2 elementos género feminino e 2 elementos género masculino. Orientação sexual de CS e NJ é heterossexual, JJ e SJ ainda não possuem orientação predefinida dado a idade.

Ordem de nascimento, o NJ é o mais velho com 46 anos, seguido da esposa de 38 anos, JJ de 11 anos e o elemento mais novo o SJ.

Subsistemas é usado para caraterizar o nível de diferenciação do sistema familiar. As funções da família são realizadas por subsistemas. Cada pessoa pertence a vários subsistemas (Leahey 2009).

Segundo Alarcão (2000), esta família apresenta vários subsistemas: individual, conjugal, fraternal e parental. Os subsistemas diferenciam-se consoante os papéis e funções de cada elemento na família. Os subsistemas existentes: conjugal entre CS e NJ composto por marido e mulher com funções de complementaridade e adaptação recíproca.; fraternal constituído pelo irmãos JJ e SJ, é neste subsistema que as crianças desenvolvem capacidades relacionais como iguais, apoio mútuo, competição, conflito e a negociação nas brincadeiras e guerras”; parental, entre os pais CS e NJ para com o JJ e a SJ (funções executivas como educação e proteção das gerações mais novas, cada elemento tem o seu próprio subsistema, subsistema individual).

Sampaio (1985) citado por Alarcão (2000), define família *“um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantem o seu equilíbrio ao longo do processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”*.

Os sistemas e os subsistemas familiares têm limites em que a sua função é definir e proteger os diferentes sistemas e subsistemas (Leahey, 2009). Minuchin (1979), refere três tipos de limites: claros, difusos e os rígidos. Os limites na família JS são claros, em que cada elemento sabe qual o seu espaço e a função de cada um. Por vezes é necessário recorrer a limites rígidos em relação à filha; JJ na adolescência interroga e testa limites com os pais a não cumprir com as suas funções.

### 1.1.2. Estrutural externa

Segundo o MCAF a estrutura externa é relativa à família extensa e sistemas mais amplos.

A família extensa refere-se à família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração de membros de família adotiva.

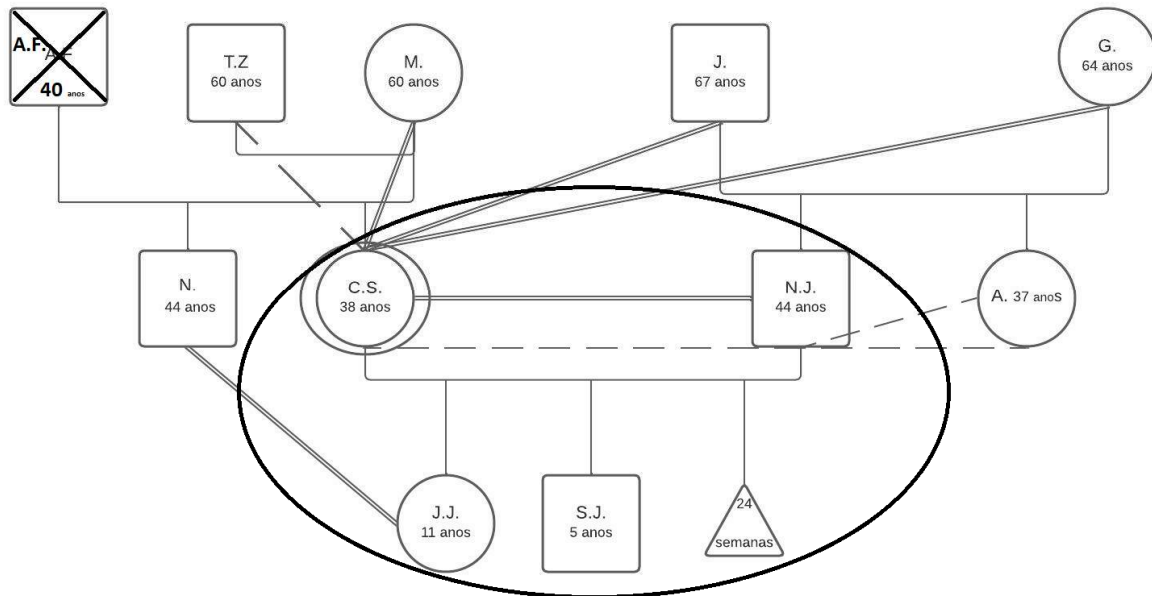
Para visualizar, representar a família extensa recorri ao genograma. Este oferece dados preciosos sobre os relacionamentos dos elementos ao longo do tempo, pode incluir inclusive dados sobre a saúde, ocupação, religião, etnia, migrações e fornece dados sobre o funcionamento da família.

O genograma é uma árvore familiar que revela a estrutura interna da família, deve incluir pelo menos três gerações; os membros da família devem estar na horizontal que representa a geração; os filhos são colocados por linhas verticais e são inseridos por ordem cronológica da esquerda para a direita; o quadrado representa o sexo masculino e o círculo o sexo feminino; o nome e a idade do elemento deve ser inserido dentro do quadrado ou círculo; em caso de morte de um membro o ano da morte deve ser colocada na parte superior; em caso de aborto o sexo da criança deve ser identificado (se possível).

O Genograma da família em estudo foi desenhado com o apoio do programa GenoPro, segundo a figura X. Ao analisar o genograma pode-se aferir que existe uma relação forte entre CS e NJ: o pai de CS faleceu aos 40 anos de Enfarte Agudo Miocárdio e tem o padrasto TZ. CS

tem relação forte com os sogros e a mãe, mas tem relação distante entre A. Assim como o NJ. CS está grávida de 24 semanas.

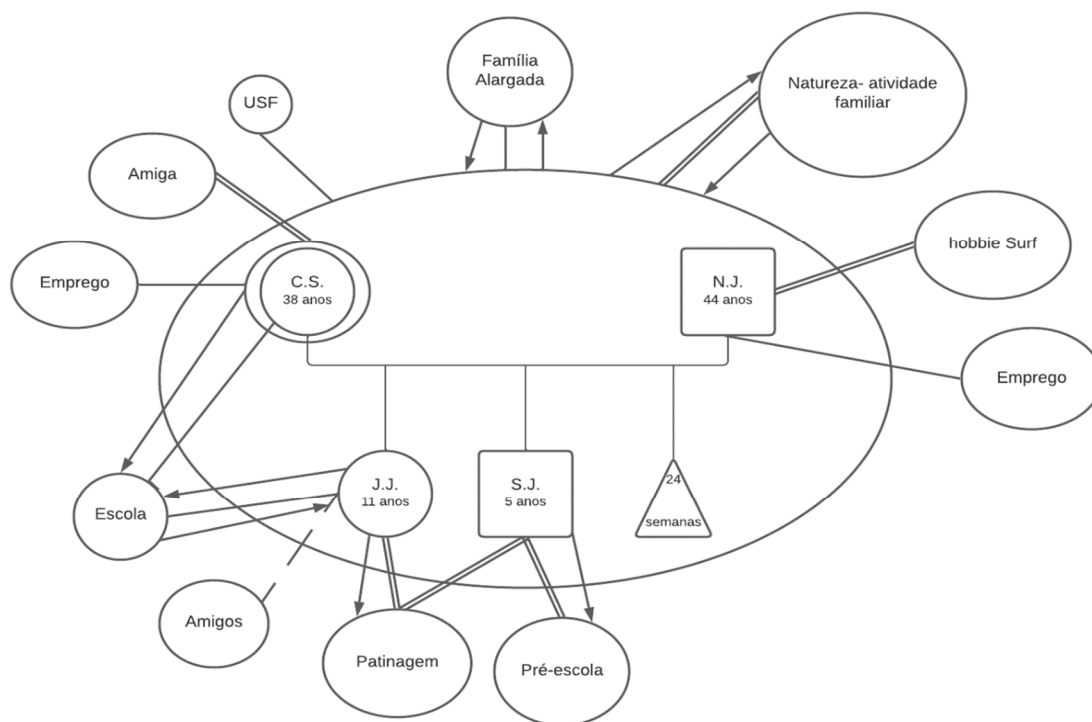
Figura 2- Genograma



A subcategoria sistemas mais amplos refere-se a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais as famílias têm contato significativo que não a família extensa. A família é vista como um sistema que está frequentemente em contato social com o meio que a rodeia: rede social, instituições, amigos, trabalho entre outros (Figueiredo, 2012).

O objetivo do ecomapa é representação visual dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, com o mundo que os rodeiam.

Figura 3- Ecomapa da família JS



A figura 5, corresponde ao ecomapa da família JS. Visualizam-se relações fortes com sistemas mais amplos, como pode ser observado a JJ com a patinagem, o SJ com a pré-escola, ou o NJ com o seu passatempo Surf e fazer atividades familiares na natureza. A CS tem uma amiga com quem partilha uma relação forte.

### 1.1.3. Estrutural Contexto

Relativamente à avaliação estrutural de contexto estão associados 5 itens: etnia, raça, classe social, religião/ espiritualidade e o ambiente.

Aplicando à família em estudo, a família do estudo é de etnia ibérica, todos os elementos são raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. Relativamente à espiritualidade/ religião CS e NJ referem ser católicos não praticantes.

A classe social molda os resultados educacionais, a renda e a ocupação, qualquer classe a que pertença, cada uma tem o seu próprio conjunto de valores, estilos de vida e determinados comportamentos que influenciam a interação familiar e as práticas de cuidados de saúde (Leahey, 2010).

A primeira classificação de Graffar surgiu em 1956 por necessidade de conhecer a população a nível demográfico e socioeconómico, em que as famílias são classificadas em 5 graus diferentes conforme os itens: profissão, nível de instrução, fonte rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona habitação (Figueiredo, 2009).

A cada um dos critérios a selecionar é atribuído 1 a 5 pontos e ao somar cada critério obtém-se pontuação final, que é descrita do grau I ao grau V.

- Classe I Alta – família que o somatório é de 5 a 9.
- Classe II Média Alta – família que o somatório é de 10 a 13.
- Classe III Média – família que o somatório é de 14 a 17.
- Classe I Média Baixa – família que o somatório é de 18 a 21.
- Classe I Baixa – família que o somatório é de 22 a 25.

Após a aplicação da escala de Graffar para a família SJ, classificou-se como uma família classe média. Efetuou-se registo em local próprio no SClínico.

**Figura 4- Escala de Graffar**

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

A subcategoria ambiente abrange os aspetos da comunidade mais ampla como a vizinhança e lar e fatores ambientais.

A família SJ vive num apartamento próprio, tipo T2 (2 quartos, 2 casas de banho), 1 sala e 1 cozinha) no 2.º andar sem elevador, estado de conservação adequado, com conforto e provido de aquecimento central.

Moram na zona central da cidade das Caldas da Rainha, com acesso a creche, escola, trabalho, centro de saúde. Deslocam-se com carro próprio e não usam transportes públicos.

**Figura 5- Características da habitação (SCLínico)**

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Tipo de alojamento Apartamento	Regime de ocupação Própria	Estado geral de conservação Bom	Casa de banho No alojamento	Higiene Boa	Água Não
Salubridade da zona residencial Salubre	Tipologia T2	Conforto Bom	Aquecimento Central	Electricidade Não	Origem Rede pública
		Mobiliário e equipamento básico Suficiente		Barreiras arquitectónicas Não	No exterior escadas , 2.º andar

## 1.2. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO

A segunda maior categoria do MCAF é o desenvolvimento da família, que inclui avaliação das etapas da família, ligações e tarefas. Refere-se à fase do ciclo vital em que a família se encontra. O ciclo vital são uma sequência de transformações na estrutura familiar. A cada sequência estão associadas tarefas e são essas tarefas que caracterizam as etapas.

No desenvolvimento familiar há que ter em atenção que cada família tem o seu ritmo desenvolvimento que é influenciado pelos contextos passado, presente e futuras aspirações. Não existem ferramentas específicas para avaliar o desenvolvimento da família, mas as tarefas de desenvolvimento podem ser usadas como linhas orientadoras (Hanson, 2005).

### 1.2.1. Etapas

Cada família é única, ela desenvolve-se de maneira diferente ao longo do ciclo vital.

Os critérios que diferenciam as etapas são: aparecimento/saída de elementos; adoção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e o posicionamento dos filhos na família.

Os estádios, vão desde a formação da família à sua dissolução e variam de autor para autor.

Na avaliação do desenvolvimento da família que estudei, foi utilizada a escala de estádios de Ciclo Vital de Duvall. Esta escala compreende VIII etapas e a família em questão está na IV etapa – família com filhos escolares (filho mais velho entre os 13 anos).

Figura 6- Ciclo de Duvall, S.Clinico

Habituação Graffar 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 viúvez)

### 1.2.2. Tarefas

A família como grupo tem determinadas tarefas e os seus elementos têm outras por exemplo educação, atividades domésticas entre outras.

Nesta família a etapa IV revela alguns desafios. Os elementos da família irão assumir novos reajustes.

Unidade familiar como unidade sistemática, são os de subsistemas familiares e limites e fronteiras, que permitem explicar quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde (Monteiro R. 2019).

Embora CS e NJ já sejam pais de duas crianças, vão ter de ajustar o seu papel como pais (parentalidade) perante a chegada do novo membro. Segundo a família quem irá ficar com o bebé em casa será CS e a tarefa de levar as crianças à escola será da responsabilidade de NJ nos primeiros tempos.

A sogra de CS a G. irá ajudar ao fim do dia ao ficar com os netos até o NJ chegar do trabalho e depois retornam a casa.

O bebé não foi planeado, o casal queria só dois filhos, mas é desejado.

O sistema fraternal irá também surgir uma modulação. O sistema conjugal também irá ter alterações.

A distribuição de tarefas em casa são partilhadas com espírito de entreaajuda: quanto à arrumação da roupa, NJ dobra a roupa e CS passa a ferro; CS faz o jantar e NJ costuma arrumar

a cozinha; assim como em outras tarefas de casa. CS está em casa por gravidez de 24 semanas (trabalho envolve cargas pesadas) e costuma levar as crianças à escola. Na entrevista denotei que o casal estava em consonância com a distribuição das tarefas e com as decisões.

O SJ com 5 anos irá iniciar a escola em setembro e está a pedir mais atenção do que habitual, a CS refere que uma das razões possivelmente será de estar grávida.

### 1.2.3. Vínculos

Relativamente aos vínculos nesta família demonstram ligação forte, espírito de entreatajuda e compreensão. Dão primazia ao diálogo entre eles como para com os filhos.

A JJ está na pré-adolescência e tem tido muitos conflitos com o pai, embora a mãe apazigue a situação, NJ demonstra dificuldade em lidar com a situação; umas das razões dos conflitos é a JJ não cumprir tarefas domésticas e não estudar.

## 1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família, avalia os detalhes de como os elementos da família interagem uns com os outros. É um aspeto que se avalia no momento “agora” e “aqui”.

Na estrutura funcional, é aferido o modo como os elementos interagem entre si, quer seja através das atividades de vida quotidiana ou através dos padrões como eles comunicam, exprimem emoções, influenciam, a capacidade de resolução de problemas, importância dada aos problemas familiares e aos fatores de stress (Figueiredo, 2012).

Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: instrumental e o expressivo.

No funcionamento instrumental o foco são as atividades rotineiras da vida quotidiana como o alimentar-se, dormir, preparar refeições, trocar as roupas etc. (Wright & Leahey 2009).

Na família SJ o SJ e a JJ são dependentes dos cuidados dos pais, outro mais que outro devido à idade e competências adquiridas ao longo tempo, mas precisam dos cuidados dos pais. A família dá primazia ao diálogo para exprimirem as suas emoções e resolução de problemas bem como planear aspetos de vida quotidiano.

O funcionamento expressivo tem nove subcategorias: comunicação emocional, verbal, não verbal e circular, soluções de problemas, papéis, influencia e poder, crenças e alianças e uniões.

Existem vários instrumentos para realizar a avaliação funcional da família, neste trabalho foram aplicadas três escalas: escala APGAR Familiar de Smilkstein, a escala de FACES II e a escala de Readaptação social de Holmes & Rahe.

### **Avaliação APGAR**

Avalia a funcionalidade da família e permite a avaliação das relações familiares, obtendo-se a percepção de cada um dos elementos sobre a qualidade das funções familiares e revela se a família é um recurso ou não para cada elemento. Centra-se nas relações e interações emocionais, comunicacionais e sociais entre o entrevistado e a sua família. Este instrumento é de difícil compreensão para pessoas de baixo nível cultural, não pode ser aplicado a menores de 10 anos e não está indicado nas famílias com disfunções complexas como no caso de emaranhadas.

O acrónimo APGAR significa:

A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber;

P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis;

A – AFECTO (affection) – abarca a satisfação do indivíduo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interações familiar;

R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem.

## Quadro 2- Escala de Apgar

	Quase Sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase Nunca (0 pontos)
1- Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	x		
2 -Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	x		
3- Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida	x		
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor		x	
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	x		
<b>Total</b>	8 pontos	1 ponto	
	9 pontos – Família altamente funcional		

Resultados APGAR Familiar:

7 - 10 pontos Família altamente funcional

4 - 6 pontos Família com moderada disfunção

0 - 3 pontos Família com disfunção acentuada

## Escala faces II

A Escala de Faces II - Escala de Avaliação de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar - versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (1995) para avaliar a família quanto à sua adaptabilidade e coesão familiar.

De acordo com Fernandes (2009) citando Barker (cit. in 2000, p. 87), a coesão familiar, “mede a vinculação emocional mútua dos elementos da família”, representando-se através dos “laços emocionais que os membros têm uns para com os outros e pelo grau de autonomia individual que uma pessoa experimenta no sistema familiar”; coligações; tempo; espaço; amigos; decisões; interesses e lazeres.

### Quadro 3- Escala de FACES

Escala de FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1 – Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				x	
2 – Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					x
3 – É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que os elementos da família.		x			
4 – Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				x	
5 – Em nossa casa a família costuma reunir-se todos na mesma sala.				x	
6 – Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			x		
7 – Na nossa família fazemos coisas em conjunto.					x
8 – Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					x
9 – Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	x				
10 – As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.				x	
11 – Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					x
12 – É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	x				
13 – Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir a opinião uns dos outros.					x
14 – Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			x		
15 – Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	x				
16 – Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				x	
17 – Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					x
18 – Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					x
19 – Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da nossa família do que a elementos da família.	x				
20 – A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					x
21 – Cada um de nós aceita o que a família decide.					x
22 – Na nossa família todos partilham responsabilidade.				x	
23 – Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					x
24 – É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					x

25 – Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	x
26- Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	X
27 – Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	X
28 – Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x
29 – Preferimos fazer as coisas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X
30 – Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.	X

#### Quadro 4- Interpretação dos dados e resultados

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

O instrumento inclui 30 itens, cotados de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), dos quais 16 se enquadram na dimensão coesão familiar e 14 na dimensão da adaptabilidade.

Para a coesão: somar os itens 2,9,15,19,25 e 29. Subtrair este resultado de 36. Somar os outros itens ímpares + item 30.

Para adaptabilidade: somar os itens 24 e 28. Subtrair o resultado de 12. Somar os restantes itens pares (menos o 30).

Os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80 e os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70.

A família em termos de coesão, com resultado 67, é uma família ligada.

Adaptabilidade com resulta 54, coloca a família na categoria de flexível.

Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade variam (entre 1 e 8) e dividindo por 2, obtém-se o resultado da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.

O tipo de família tem o resultado 6 - moderadamente equilibrada.

## **2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

A génese do processo de enfermagem ocorreu entre 1950-1960 nos Estados Unidos da América e no Canadá, sendo que nos primeiros anos foi essencialmente desenvolvido na área do ensino. É valorizado e adquiriu elevada relevância no desenvolvimento da profissão.

Em Portugal, conforme o REPE, afirma que as resposta às necessidades de cuidados dos clientes implica uma abordagem sistemática e intencional, só sendo possível de ser concretizado com recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao processo de enfermagem.

Na última década, o desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem, atualmente designado de SClínico®, para além de integrar a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), incorpora itens tradutores do processo de enfermagem, contribuindo significativamente para a sua incorporação.

Com a implementação do SClínico® a colheita de dados é mais eficaz através do preenchimento dos parâmetros desde a avaliação inicial à identificação dos diagnósticos, agilizando o processo de enfermagem.

A entrevista foi realizada na USF sem agendamento de consulta, conseguiu-se estabelecer uma relação empática e de confiança. Foram recolhidos dados para a dimensão estrutural, genograma e ecomapa, escala de Graffar, Apgar e a escala de FACES II.

Através da entrevista as necessidades sentidas foram do foro da adaptação (gravidez, papel parental, processo familiar e comportamento procura de saúde).

Família como uma unidade, deve ser compreendida pela sua globalidade, complexidade, reciprocidade, multidimensionalidade e estar inserida no seu contexto. (Figueiredo, 2009).

A família é um sistema, que perante qualquer alteração

#### Quadro 5- Foco de Atenção - adaptação à gravidez

Foco de Atenção	Adaptação à gravidez
Intervenção diagnóstica	Avaliar a adaptação à gravidez
Diagnóstico	Potencial para melhorar adaptação à gravidez
Data	11/07/2022
intervenções de enfermagem	- Avaliar a adaptação à gravidez - Incentivar a tomada de decisão sobre amamentar - Incentivar comportamento de procura de saúde - Ensinar sobre lactação

#### Quadro 6 - Foco Atenção - papel parental

Foco de Atenção	Papel parental
intervenção diagnóstica	Avaliar papel parental
diagnóstico	Sem papel parental comprometido
Data	11/07/2022
intervenções de enfermagem	- Avaliar papel parental - Avaliar condição papel parental - Promover o papel parental

#### Quadro 7- Foco Atenção - processo familiar

Foco de Atenção	Processo familiar
intervenção diagnóstica	Avaliar processo familiar
diagnóstico	Processo familiar
Data	11/07/2022
intervenções de enfermagem	- Avaliar comunicação - Avaliar interação de papéis - Avaliar a dinâmica da família

#### Quadro 8- Foco Atenção - comportamento procura de saúde

Foco de Atenção	Comportamento procura de saúde
intervenção diagnóstica	Avaliar conhecimento de procura de saúde
diagnóstico	Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde
Data	11/07/2022
intervenções de enfermagem	- Incentivar comportamento de procura de saúde - Ensinar sobre os serviços de saúde - Ensinar sobre comportamento de procura de saúde

## BIBLIOGRAFIA

Figueiredo M. (2009). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Lusociência.

Leahey, M., Wright L. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para avaliação e intervenção na família*. Roca

Monteiro, Rui (2019). *Impacto Do Modelo De Calgary Na Capacitação Familiar: Perspetiva Da Enfermagem De Saúde Familiar*. IPEiria – Escola Superior Saúde de Leiria.

Santos, S. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto desempenho profissional do enfermeiro*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd\\_re1182\\_td.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf)