

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**Relatório Final de Estágio**

Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar

Dora Garcia Pinheiro Leitão Caria

Leiria, março de 2022

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**Relatório Final de Estágio**

Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

**Dora Garcia Pinheiro Leitão Caria**

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional,  
em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em

Contexto de USF/UCSP, com Relatório Final

Professor Orientador: Doutor João Frade

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.”

Platão

## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho académico é sempre resultado de um enorme esforço de quem o realiza, orienta e ajuda, por esse motivo e ao completar este projeto não posso deixar de agradecer a todos os que de alguma forma permitiram a concretização do mesmo e me apoiaram na sua realização que constitui mais uma etapa do meu percurso académico.

Ao Luís, por ser a minha força, existir ao meu lado. Por todo o apoio, ajuda, amor e alento nos momentos mais complicados, pelo seu suporte imprescindível, de valor incalculável.

À minha família, nomeadamente aos meus filhos pelos momentos em que se privaram da minha companhia e por tudo o que me incentivaram a construir.

Ao meu pai pelo apoio incondicional nas minhas escolhas, pelas palavras de conforto, e motivação nos momentos difíceis.

À Cecília, minha companheira neste percurso, que me apoiou, motivou e acompanhou em todos os momentos de maior ou menor tensões vividas. Provámos que somos grandes, do tamanho dos nossos sonhos e que independentemente dos caminhos teremos sempre ambição para chegar ao objetivo pretendido.

Ao Professor João Manuel Graça Frade, pelo rigor científico das suas orientações, pelo incentivo, disponibilidade e confiança depositada ao longo deste projeto, indispensáveis à concretização da presente tese.

À Professora e coordenadora deste curso, a Professora Maria Clarisse Carvalho Martins Louro por todo o apoio, motivação, incentivo e empenho na defesa deste curso com tantas adversidades e problemas relacionados com a pandemia que me prejudicaram e alongaram no tempo a concretização deste mestrado.

A todos os enfermeiros que colaboraram neste estudo, por se mostrarem disponíveis para ajudar e pela disponibilidade da riqueza das suas experiências profissionais.

A todos os colegas e amigos, sem exceção, que de alguma forma me transmitiram força, coragem e um apoio incondicional sempre constante no decorrer deste percurso.

## RESUMO

A Enfermagem de família emerge como um fenómeno distinto quer para a prática de enfermagem generalista quer para a prática avançada. Os fundamentos teóricos assentam no pensamento sistémico e interacional. Defende-se uma abordagem sistémica e relação colaborativa de suporte, no cuidado à família para garantir cuidados competentes e de excelência nas intervenções de enfermagem, que acontecem reciprocamente em contexto de intersubjetividade e complexidade.

A família representa para a pessoa doente uma poderosa fonte de suporte, é inerente ao processo de cuidar e encontra-se intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença. Por isso é de suma importância a preocupação e o comprometimento de que a família seja integrada nos cuidados de saúde garantindo a promoção de saúde familiar.

A evidência da lacuna entre o teórico e o prático ao nível da enfermagem levou ao estudo sobre conhecer as atitudes dos enfermeiros e alunos relativamente à importância da família no processo de cuidar, sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, no desempenho profissional.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, realizado a uma amostra de 7 enfermeiros que exercem a sua prática numa Unidade de Saúde familiar e a um grupo de 22 alunos a frequentar a licenciatura em enfermagem. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o questionário de caracterização sociodemográfica e a escala IFCE-AE (A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros), validada para a população portuguesa por Oliveira et al., 2009.

Nos dados obtidos, em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais que caracterizam a amostra, apenas foi possível verificar associação entre as atitudes dos enfermeiros e alunos, relativamente à importância da família no processo de cuidar, nas variáveis género e título profissional.

Compreendeu-se que a família é uma unidade complexa, com necessidades e impacte no estado de saúde. Com evidência, podemos concluir que nas transições do ciclo vital, as famílias, carecem da abordagem holística dos enfermeiros de família. A enfermagem de família detém essas competências para cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo uma posição de centralidade, sendo a formação essencial para dotar os enfermeiros de conhecimento, ferramentas e eficiência nessa otimização dos cuidados.

**Palavras-chave:** Família, Enfermeiros de Família, Atitudes dos Enfermeiros, Saúde familiar e enfermagem.

## ABSTRACT

Family nursing emerges as a distinct phenomenon for both generalist and advanced nursing practice. The theoretical foundations are based on systemic and interactional thinking. A systemic approach and collaborative support relationship are used in the care of the family to ensure competent care and excellence in nursing interventions, which take place reciprocally in a context of intersubjectivity and complexity.

Family represents a powerful source of support for an ill person, it is inherent to the care process and it is intrinsically involved in the health/disease process. That is why it is of paramount importance the concern and commitment that the family is integrated into health care, ensuring the promotion of family health.

The evidence of the gap between the theoretical and the practical in terms of nursing led to a study on knowing the attitudes of nurses and students regarding the importance of the family in the care process, the systemic approach to family care, in professional performance.

This is a quantitative, descriptive, analytical, and correlational study, carried out with a sample of 7 nurses who practice in a Family Health Unit and with a group of 22 students attending the degree in nursing. As a data collection instrument, the sociodemographic questionnaire and the FINC-NA scale were used, validated for the Portuguese population by Oliveira et al., 2009.

In the data obtained, in relation to the sociodemographic and professional variables that characterize the sample, it was only possible to verify an association between the attitudes of nurses and students, regarding the importance of the family in the care process, in the variables gender and professional title.

It was understood that a family is a complex unit, with needs and impact on the health state. With evidence, we can conclude that in the life cycle transitions, families lack the holistic approach of family nurses. Family nursing has these skills to take care of families as a system, assuming a central position, being essential training to provide nurses with knowledge, tools, and efficiency in this optimization of care.

**keywords:** Family, Nursing Care, Nurses Attitudes, Family Health and Nurses.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
ÍNDICE DE QUADROS .....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	xi
NOTA INTRODUTÓRIA.....	13
<b>1 CONTEXTOS E CARATERIZAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	17
1.1.1 Município – Caracterização histórico-cultural de Cascais .....	18
1.1.2 Património .....	19
1.1.3 Caracterização Demográfica .....	20
1.1.4 Taxas de Natalidade e Mortalidade e Índice de Dependência .....	21
1.1.5 Equipamentos .....	22
1.1.6 O ACES .....	23
1.1.7 Enquadramento Regional .....	25
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	26
1.2.1 Área Geográfica de Influência.....	27
1.2.2 A USF Mare – Missão e Valores.....	27
1.2.3 Estrutura Organizacional da USF Mare.....	28
1.2.4 Organização e Articulação Interna .....	28
1.2.5 Horário de Funcionamento da UCSP e Cobertura Assistencial.....	30
1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	31
1.3.1 Dados de Morbilidade .....	32
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>36</b>

2.1	FAMÍLIAS.....	36
2.2	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	40
2.1	ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA .....	45
2.2	SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM.....	47
2.2.1	<b>Fundamentos Teóricos e Conceptuais para a Enfermagem de Família .....</b>	<b>53</b>
2.3	Teorias das Terapias Familiares.....	58
<b>3</b>	<b>COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA</b>	
	<b>ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>62</b>
3.1	COMPETÊNCIAS COMUNS .....	63
3.1.1	<b>Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal .....</b>	<b>63</b>
3.1.2	<b>Domínio da Melhoria da Qualidade .....</b>	<b>65</b>
3.1.3	<b>Domínio da Gestão dos Cuidados.....</b>	<b>68</b>
3.1.4	<b>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....</b>	<b>69</b>
3.2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS .....	71
3.2.1	<b>Cuida a Família, enquanto Unidade de Cuidados, e de cada um dos Seus</b>	
	<b>Membros, ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção .....</b>	<b>72</b>
3.2.2	<b>Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da Enfermagem de</b>	
	<b>Saúde Familiar.....</b>	<b>78</b>
3.3	INTRODUÇÃO.....	80
3.4	METODOLOGIA .....	84
3.4.1	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>85</b>
3.4.2	<b>Objetivos.....</b>	<b>86</b>
3.4.3	<b>Questão de Investigação.....</b>	<b>86</b>
3.4.4	<b>Hipóteses .....</b>	<b>87</b>
3.4.5	<b>Operacionalização das Variáveis .....</b>	<b>87</b>
3.4.6	<b>Caraterização da População e Amostra .....</b>	<b>90</b>

3.4.7	Instrumento de Colheita de Dados.....	92
3.4.8	Procedimento de Colheita de Dados .....	95
3.4.9	Procedimentos Formais e Éticos .....	95
3.4.10	Processamento de Análise dos Dados .....	97
3.5	RESULTADOS.....	99
3.5.1	Caracterização da Amostra .....	99
3.5.2	Análise Inferencial das Hipóteses.....	104
3.6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	112
3.7	APLICAÇÃO DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	122
4	NOTA FINAL .....	126
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>130</b>

#### **APÊNDICES**

APÊNDICE I – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA

APÊNDICE II – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

APÊNDICE III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DO ACES DE CASCAIS PARA A INVESTIGAÇÃO

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – USF MARE

#### **ANEXOS**

ANEXO I – MODELO CALGARY APLICADO NO ESTÁGIO II

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Nº de inscritos na USF Mare com médico de família .....	31
Tabela 2 - Nº de Famílias/ Nº de elementos por família - Ficheiro Médico, SClínico abril 2021 .....	32
Tabela 3 - TOP de Problemas UF- Médico, abril 2021 .....	33
Tabela 4 - Operacionalização das Variáveis em estudo .....	89
Tabela 5 - Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE) .....	95
Tabela 6 - Teste de Levene - Teste de homogeneidade de variâncias .....	98
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o género .....	99
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a idade .....	100
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o título profissional .....	100
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas .....	100
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a experiência profissional .....	101
Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo a unidade onde exerce funções .....	101
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício da atividade na Unidade .....	102
Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo se tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização .....	102
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo o “Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique “qual ou quais” .....	102
Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo se tem formação em Enfermagem da Família .....	103
Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a experiência com familiar gravemente doente .....	103
Tabela 18 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE (n=29) .....	105
Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem .....	106
Tabela 20 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e ao género	106
Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a idade....	107

Tabela 22 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o título profissional .....	108
Tabela 23 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e as habilitações académicas .....	108
Tabela 24- Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência profissional .....	109
Tabela 25 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o tempo de exercício na unidade .....	110
Tabela 26 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes .....	111

#### ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 -Organograma do ACES de Cascais .....	24
Quadro 2- Visão USF Mare- áreas de Ação .....	34
Quadro 3 - Dimensões da Escala IFCE-AE.....	93

#### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Enquadramento da freguesia de Cascais .....	19
Figura 2 - Enquadramento da freguesia de Parede .....	27
Figura 3 - Fontes teóricas de enfermagem de família (Hanson, 2005).....	54

#### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da população residente no Concelho de Cascais (de 1960 a 2017) .....	21
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ARSLVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

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

**SÉC.** – Século

**CE** – Conselho de Enfermagem

**CS** – Centro de Saúde

**CSP** - Cuidados de Saúde Primários

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

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ESSLei** – Escola Superior de saúde de Leiria

**EBSCO** – Elton B. Stephens and Company

**Enf<sup>o</sup>** - Enfermeiro

**Hab.** – Habitantes

**ICE** - International Council of Nurses

**ICPC** - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

**IDG** - Índice de Desempenho Global

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**MGF** - Medicina Geral e Familiar

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

**N<sup>o</sup>** - Número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade

**ULS** - Unidades Locais de Saúde

**UP** - Unidades Ponderadas

**URAP** – Unidade de recursos Assistenciais Partilhados

**USF**- Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de saúde Pública

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**RAM** – Região Autónoma da Madeira

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

**Km** – Quilómetros

**Km<sup>2</sup>** – Quilómetros quadrados

**SBC** – Cuidar Baseado nas Forças

**SCML** – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

**SPSS** – Stastiscal Package Social Science

**VD** – Visita domiciliária

**WHO** - World Health Organization

## NOTA INTRODUTÓRIA

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes (Nightingale, 1871).

A preocupação crescente com os cuidados à família tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem ao longo de décadas, enquanto profissão e disciplina do conhecimento. A responsabilidade exigida aos enfermeiros é hoje notável e reflete-se nas equipas de saúde familiar assim como na necessidade de evidência teórica no âmbito da enfermagem de família.

Nos últimos anos, com as alterações políticas e sociais houve um aparecimento de novas tipologias familiares com novas necessidades ao qual a enfermagem não ficou alheia tentando ajustar-se e dessa forma à necessidade de dotar a enfermagem de novas ferramentas, novos saberes e meios que permitam a compreensão das dinâmicas familiares.

Assim, a DGS (2015) preconiza que, de entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, devem adotar-se as centradas na família e baseadas no ciclo de vida, nomeadamente no que concerne aos estilos de vida e aos problemas de origem social, que permitem uma perceção mais integrada dos problemas de saúde e das prioridades que devem ser estabelecidas para os diferentes grupos etários, nos papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida.

A capacidade de compreender esta componente relacional da família constitui um dos pré-requisitos da proficiência profissional de enfermagem, que tem vindo a ganhar particular evidência, à medida que foram surgindo teorias para explicar a natureza e a prática dos cuidados (Carvalho, 2010).

Apesar de todo o desenvolvimento ocorrido, quer nas orientações políticas, quer no desenvolvimento da teoria em enfermagem de família, verificam-se, ainda, dificuldades na construção das práticas dos enfermeiros, relacionadas com o desfasamento entre a teoria e a prática, e que se devem a várias razões, tais como: alguns enfermeiros acreditam que a

presença da família significa que o seu trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se, por isso, ameaçados (Martins M. M., 2004).

O presente relatório expõe o percurso desenvolvido no “Estágio de Natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final”, do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, da terceira turma, do 2º ano, 2º semestre desenvolvido em estágio na USF Mare, tendo como objetivos a apresentação de conhecimentos adquiridos durante a fase de aquisição de conteúdos teóricos, e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da Enfermagem de Saúde Familiar, na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O estágio teve a duração de 162 horas de trabalho, com 2 dias por semana na USF Mare, num total de 486 horas. O ensino clínico decorreu entre 4 de janeiro e 12 de março de 2021 e teve como objetivos gerais:

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

G2. Desenvolver competências específicas da enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

Como objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar.

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva.

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas.

E5. Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas da enfermagem em saúde familiar.

E6. Redação de relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados em enfermagem de Saúde Familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.

E7. Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

Como objetivos transversais:

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos.

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Com esta investigação e sendo eu a principal responsável pela minha formação pessoal, pretendo adquirir alguns conhecimentos e obter possíveis respostas sobre as atitudes dos enfermeiros quando da abordagem à família.

Para uma melhor compreensão do presente trabalho, o mesmo encontra-se estruturado em quatro partes:

Fundamentação teórica; Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Área de saúde Familiar; Prática Especializada na Evidência (investigação propriamente dita) com discussão de dados e conclusão.

Na primeira parte será elaborada a caracterização da unidade onde serão descritos os contextos da prática clínica e descrição da unidade funcional com recursos humanos e materiais.

Na Fundamentação Teórica será dada ênfase à forma como a enfermagem é entendida como uma ciência e uma arte, a arte de cuidar a pessoa, fazendo por isso o enquadramento teórico da temática em estudo.

O conceito de Família é abordado enquanto Sistema, no sentido de construir o ponto de partida para uma melhor compreensão dos processos intrafamiliares, como o funcionamento

familiar, a comunicação familiar, o conflito, a coesão e integração dos elementos da família, as crises, as ameaças externas e a adaptação à mudança (Eusébio, 2014).

No terceiro capítulo serão descritas as Competências gerais e específicas e como se relacionam com a responsabilidade ética e deontológica, a melhoria da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No capítulo seguinte é exposto o estudo de investigação com a respetiva divulgação dos resultados, com as evidências encontradas bem como as implicações e sugestões resultantes desta investigação e as limitações decorrentes do longo do processo de investigação.

Por último será apresentada a conclusão com uma breve descrição do percurso desenvolvido, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## 1 CONTEXTOS E CARATERIZAÇÃO

O saber profissional de enfermagem assenta num processo de construção pessoal, sustentado numa prática que nos é implicada e refletida, centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados. Como tal, os ensinamentos clínicos são momentos privilegiados para a implementação e desenvolvimento de atividades que ocorrem a nível pessoal, profissional e académico.

A prática clínica é um momento de aprendizagem privilegiado para o aluno, visto que há um contacto direto com os doentes e as suas realidades, há uma descoberta do que significa prestar uma atenção particular ao outro através de todas aquelas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000).

A formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Para um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das ações posteriores à formação; é necessário que confirmemos as competências (Hesbeen, 2001).

### 1.1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Como campo de estágio, para desenvolvimento das minhas aprendizagens a USF Mare revelou-se um local de aprendizagem enriquecedor para o desenvolvimento das competências exigidas e autorreflexão das mesmas. Esta USF assim como a sua equipa multidisciplinar, enquanto contexto de estágio, foram facilitadores no processo de aprendizagem. Toda a equipa multidisciplinar permitiu uma boa integração, manifestando sempre disponibilidade, aceitação e interesse, principalmente os elementos da equipa de enfermagem e em concreto o Enfermeiro P. R. que supervisionou a experiência de aprendizagem.

As minhas expectativas face ao estágio a realizar foram instigadas por dois fatores: o de trabalhar numa UCSP em que a metodologia de trabalho é o modelo de equipa de família, mas neste momento teria a possibilidade de pôr em prática os meus conhecimentos integrados numa USF e por outro lado poderia relacioná-los com conhecimentos adquiridos recentemente na especialidade.

Todavia, considero que devido à realização dos anteriores estágios nesta unidade funcional, a integração nesta USF e devido ao contexto profissional onde me encontro a desempenhar funções, as competências anteriormente adquiridas, a autonomia e a confiança na prestação de cuidados e os prévios conhecimentos foram favoráveis para alcançar o sucesso obtido nesta unidade curricular.

De forma para garantir um melhor conhecimento e compreensão do contexto onde decorreram os Ensinos Clínicos I, II e III farei a caracterização da estrutura, dos recursos humanos, dos valores, visão e missão da USF Mare assim como a descrição do respetivo ACES, onde se insere esta unidade, nomeadamente no ACES de Cascais.

#### **1.1.1 Município – Caracterização histórico-cultural de Cascais**

Cascais, vila portuguesa que faz parte do distrito e da área metropolitana de Lisboa, mais propriamente a 27 km de Lisboa, junto à orla marítima, numa pequena baía. Em 2018 possuía 212 474 habitantes, distribuídos por uma área de 97,4 Km<sup>2</sup>. Atualmente encontra-se dividido por quatro freguesias (Alcabideche, Carcavelos e Parede, Cascais e Estoril e São Domingos de Rana).

Cascais encontra-se limitada no extremo sul-ocidental da península de Lisboa, que limita a norte com Sintra, a leste com Oeiras e a sul e a oeste com o oceano Atlântico. O seu ponto mais ocidental é no Cabo Raso, o mais oriental em Talaíde, na margem direita da Ribeira da Laje. O seu ponto mais setentrional, assim como o seu ponto mais alto é na Peninha com 465 metros. À semelhança dos restantes municípios da Península de Lisboa as zonas mais marcantes da paisagem são normalmente os vales e as ribeiras, como por exemplo a Foz do Guincho, das Vinhas, da Penha Longa, de Caparide e Ribeira da Lage. O quadrante nordeste é dominado pela Serra de Sintra. A sul, até ao Cabo Raso corresponde uma superfície de abrasão marinha.



Figura 1 - Enquadramento da freguesia de Cascais

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cascais>

Cascais teve a sua origem enquanto entidade independente, data da *Carta da Vila* a 7 de junho de 1364, quando o Rei D. Pedro I de Portugal a separou do termo de Sintra e teve o seu foral em 1517 (Wikipédia, 2021).

Pelos seus valores naturais e paisagísticos, tanto a vila como o município conheceram um surto de popularidade que a viram tornar-se no destino preferido das elites portuguesas e estrangeiras a partir do século XIX. A chegada e eletrificação do caminho de ferro foram transcendentais para o progresso do município, sendo o principal fator para a sua urbanização a partir de 1930. Desde então, cresce até se afirmar como um dos principais subúrbios de Lisboa e um dos principais destinos turísticos do país (Wikipédia, 2021).

### 1.1.2 Património

No que à história e à cultura diz respeito e visto Cascais se situar junto à costa, muito do seu património relaciona-se com a defesa e a navegação, por esse motivo existem inúmeras arquiteturas que aqui destaco algumas:

#### 1.1.2.1 Fortificações marítimas

Bases da muralha; Bateria Alta; Cidadela de Cascais, incluindo a Fortaleza de Nossa Senhora da Luz de Cascais e a Torre de Santo António de Cascais; Cortinas de Atiradores; Farol de Santa Marta; Farol da Guia; Forte Novo; Forte de Crismina; Forte do Guincho; Forte de Oitavos ou

Forte de São Jorge; Forte de Nossa Senhora da Guia; Forte de Nossa Senhora da Conceição; Forte de São Teodósio; Forte de São Pedro do Estoril; Fonte de São João ou Cantinho de São João; Forte de Santo António da Barra; Forte de Santa Marta e Vigia do Facho.

#### 1.1.2.2 Património religioso

Capela de Nossa Senhora da Nazaré; Capela de Nossa Senhora da Graça; Capela de Nossa Senhora da Conceição da Abóboda; Capela de Nossa Senhora da Conceição dos Inocentes; Capela de Nossa Senhora da Piedade; Capela de Nossa Senhora da Vitória; Ermida de São Sebastião; Igreja de Nossa Senhora da Assunção (Igreja Matriz de Cascais); Igreja de Nossa Senhora dos Navegantes e Igreja de São Domingos de Rana.

#### 1.1.2.3 Património arqueológico

Cemitério visigótico de Alcoitão; Cetárias romanas de Cascais; Grutas de Porto Covo; Grutas do Poço Velho; Grutas de São Pedro do Estoril; Necrópole eneolítica de Alapraia; Poço Velho; Povoado pré-histórico da Parede; Ruínas do antigo posto de turismo de Cascais; Villa romana do Alto do Cidreira; Villa romana dos Casais Velhos; Villa romana de Freiria; Villa romana de Miroiço; Villa romana de Miroiços e Villa romana do Outeiro de Polima.

### 1.1.3 Caracterização Demográfica

Nas últimas três décadas e de acordo com a Direção Municipal de Planeamento do Território e da Gestão Urbanística, o concelho de Cascais manifestou um acréscimo populacional significativo. Em 1970 o concelho teria recenseados 92.630 indivíduos, em 1981 contava com 141.498 e em 1991 registavam-se 153.294 indivíduos. Finalmente, no último recenseamento populacional realizado em 2001, e segundo os dados do INE, no concelho de Cascais foram recenseados 170.683 habitantes. Este crescimento demográfico, em conjunto com o aumento das acessibilidades e o crescente ritmo de construção foi caracterizador do concelho de Cascais e os que integram a grande Lisboa. No que diz respeito à análise dos dados do Concelho, tendo em conta o elevado crescimento populacional nos últimos cinquenta anos posso concluir que este permanece atrativo, uma vez e tendo em conta a análise dos dados dos Censos 2011 o crescimento populacional foi significativo (21%), de 170683 em 2001 para 206479 habitantes em 2011 e por último em 2017 seria de 211714 residentes.

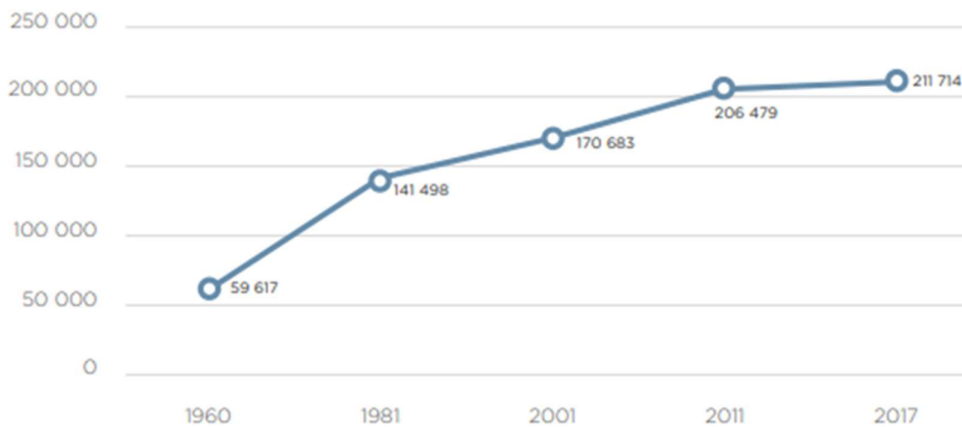


Gráfico 1 - Evolução da população residente no Concelho de Cascais (de 1960 a 2017)

Fonte: [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/dsc\\_pessoas.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/dsc_pessoas.pdf)

O elevado crescimento populacional que a população do concelho demonstrou nas últimas décadas não atrasou o progressivo envelhecimento, pelo contrário, pode-se considerar o desenvolvimento da natalidade e mortalidade e julgá-las como sendo elevadas, típicas de países com características de se encontrarem em desenvolvimento com níveis de natalidade e mortalidade baixos, com maior número de elementos idosos e menor número de jovens.

#### 1.1.4 Taxas de Natalidade e Mortalidade e Índice de Dependência

Em 2001, a população do concelho ainda revelava alguma vitalidade demográfica, com o índice de envelhecimento em 100%, ou seja, a evolução da população no que aos jovens diz respeito, nas idades compreendidas entre os 0 - 14 anos era igual ao de idosos com mais de 65 anos. Em 2011 este valor aumentou substancialmente para os 112%, o que aponta para o aumento de idosos e conseqüente aumento do nível de dependência destes relativamente à população ativa (15 - 64 anos), população esta que, entretanto, decresceu, tornando assim a dependência dos jovens e idosos ainda mais acentuada sobre a população ativa.

Relativamente ao crescimento populacional no concelho diz respeito e comparando 2001 com 2011 não foi provocado por um aumento substancial de nascimentos da população residente, mas sim, por um acréscimo de nascimentos (20%) proveniente de população estrangeira. Desta forma poderei inferir, conforme consta em dados dos censos, que a população do concelho de Cascais sofreu um crescimento contínuo por elevado fluxo de imigrantes.

Quanto à taxa de mortalidade da população, temos neste concelho maior prevalência de mortes por tumores malignos seguida das doenças do aparelho circulatório (2001-2005, Perfil Cascais 2010).

### 1.1.5 Equipamentos

#### 1.1.5.1 Equipamentos de Saúde

No que concerne a equipamentos de saúde, Cascais apresenta uma estrutura atual de cuidados de saúde primários que garante a prestação de cuidados da população abrangendo todo o concelho. Refiro-me a equipamentos como Hospital, Centros de Saúde/Extensões, Farmácias, Laboratórios de Análises Clínicas e consultórios (Cascais 2020).

No Concelho de Cascais existe um Hospital (Dr. José de Almeida), que apesar da sua área direta abranger o concelho de Cascais estende ainda a sua influência na prestação de cuidados à população do concelho de Sintra. Esta unidade de saúde de cuidados garante a prestação de cuidados diferenciados em três urgências distintas, são elas: Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Ginecológica e Obstétrica (nas vinte e quatro horas), com a capacidade de 277 camas disponíveis para internamento.

No âmbito das unidades de cuidados primários do Serviço Nacional de Saúde, existe o Centro de Saúde de Cascais, que desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolve ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Cascais 2020).

#### 1.1.5.2 Equipamentos Sociais

Os equipamentos sociais visam o investimento na saúde e infraestruturas sociais, contribuindo para a prevenção de situações de carência socioeconómica. Procuram com instalações destinadas a servir como: centros de dia, de acolhimento, de recuperação e de residência temporária, bem como postos clínicos, creches, jardins-de-infância e residências

para estudantes garantir especial proteção a grupos mais vulneráveis, como as crianças, os jovens, os portadores de qualquer tipo de deficiência e os idosos.

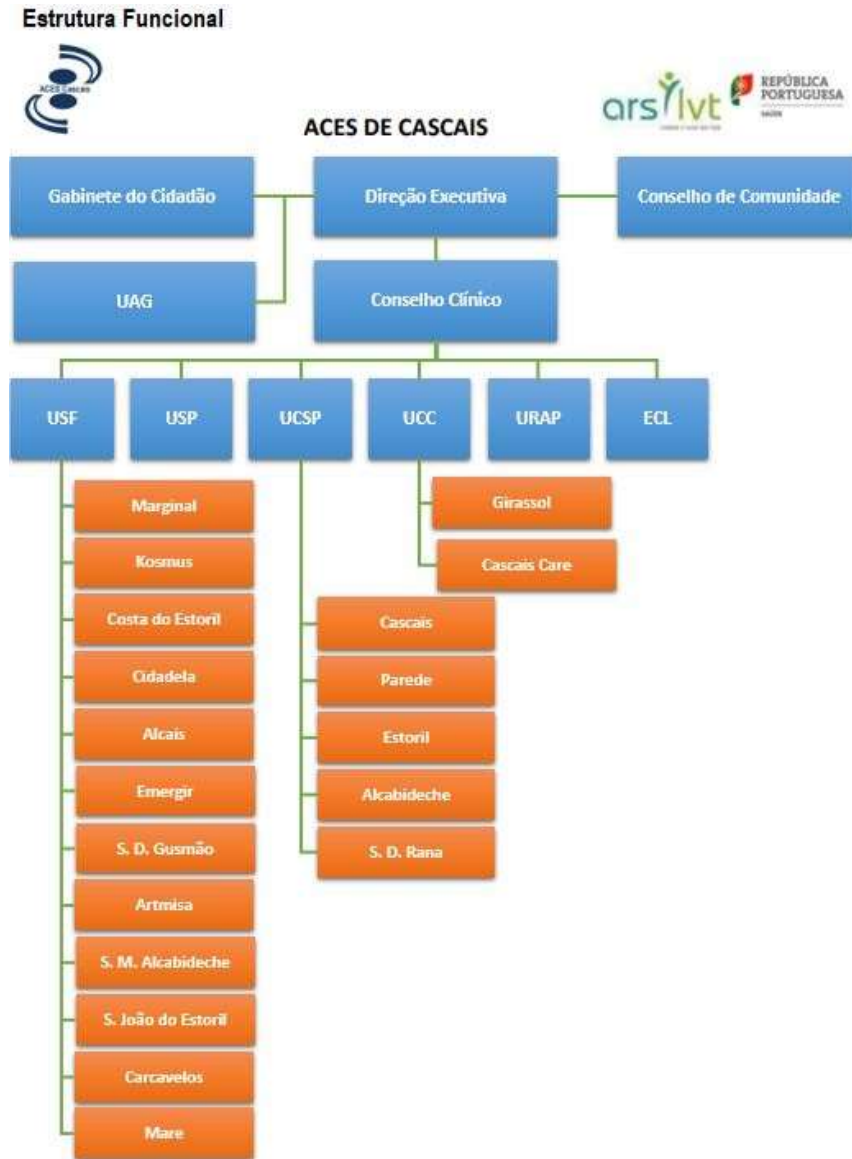
#### 1.1.6 O ACES

De acordo com Mendes (2011), os serviços de saúde devem promover a integração sistémica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência económica.

É no modo de cuidar que se expressam fluxos assistenciais seguros garantidos ao utente, no sentido de intervir nas suas necessidades de saúde. Dependente da configuração da rede de cuidados à saúde assim como protocolos estabelecidos, com entidades na comunidade e de assistência social que é facilitado o acesso aos utentes e é mantida uma excelente prestação desses mesmo cuidados. Logo, o ACES reúne ações preventivas, curativas e de reabilitação.

O quadro 1, representado a seguir, representa a estrutura do ACES de Cascais e o agrupamento de Centros de Saúde do concelho de Cascais e reúne os Centros de Saúde de Cascais e Parede.

Quadro 1 -Organograma do ACES de Cascais



Fonte: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-cascais/>

Está organizado em vinte unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde: doze Unidades de saúde Familiar (USF), cinco unidades de cuidados de saúde personalizadas (UCSP), duas unidades de cuidados de saúde na comunidade (UCC), uma unidade de saúde pública (USP) e uma unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP). Tem um conselho clínico e de saúde, uma unidade de apoio à gestão e um gabinete do cidadão.

#### 1.1.6.1 Caracterização da População do ACES de Cascais

A escolaridade da população do concelho, no período entre 1991 e 2011, aumentou significativamente as suas qualificações académicas. Em 1991 cerca de 55,2% da população detinha somente até ao 2º e 3º ciclo do ensino básico, e a população com o ensino superior registava um valor de 11%, em 2001. Observa-se um acréscimo no conjunto de população que completou o ensino dos dois primeiros graus académicos referidos, mas sobretudo no ensino superior, com um acréscimo de 5%. Em 2011, verifica-se uma alteração estrutural da população do concelho, uma vez que 25% já detém um curso superior e observa-se um ligeiro acréscimo percentual da população que completou o ensino secundário e o 2º e 3º ciclos do ensino básico. Este acréscimo deve-se principalmente a uma diminuição da população sem qualquer nível de instrução, diminuição essa de 10% de 1991 para 2011, 12,8% e 2,5% respetivamente (Censos 2011). Logo, entre 1991 e 2001 o nível de empregabilidade aumentou no concelho (4%) para a década seguinte, de 2001 a 2011 (5,8%), sendo o sector terciário o que tem vindo a perder valor percentual relativamente à empregabilidade e consequentemente o sector secundário está a ganhar maior ênfase na população empregada. Na última década, de 1991 a 2001 o número total de famílias cresceu no concelho (de 30% para 60%). Este crescimento refletiu-se com maior relevância nos núcleos familiares com apenas um elemento, que em 2011 representava 25% dos núcleos familiares e com dois indivíduos, no mesmo ano representava 32,5%. No total estes núcleos familiares representam 57% sendo que os núcleos familiares com maior número de elementos apresentam um decréscimo gradual (Censos 2011).

#### 1.1.7 Enquadramento Regional

No período compreendido entre a ocupação pré-histórica da Parede, há cerca de quatro mil anos, e nos finais do séc. XIX são escassas as informações sobre esta localidade e seus habitantes.

Parede, é uma antiga vila e freguesia portuguesa inserida no leste do município de Cascais, distrito e área metropolitana de Lisboa, pertence à comarca (tribunal) de Cascais. Com 3,6 km<sup>2</sup> de área, é a menos populosa das três vilas do concelho, em 2011 possuía 21,660 hab./Km<sup>2</sup> (Wikipédia, 2021).

A tuberculose no final do séc. XIX foi um mal que afligiu a humanidade e como a Parede é caracterizada pelas suas praias cuja abundância de sol e iodo lhes confere características terapêuticas, surgiu em 1904 um sanatório, o de Sant'Ana. Estas características viriam a ter reflexos na própria composição da vila tornando-a um lugar de veraneio dos séculos. XIX e XX. Em 1913 e após a gestão deste sanatório ser assegurada por entidades, sendo um deles a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa esta casa conheceu outra dinâmica tendo-se então montado salas de RX e serviço de Medicina Física de Reabilitação, dando início a primeiras intervenções cirúrgicas ortopédicas. A partir daí o sanatório sofreu várias modificações, entre as quais uma sala de operações. Com isto sugeriram médicos da especialidade de ortopedia, anestesiologia, e Medicina Física de reabilitação que trariam maior dinâmica no tratamento de doentes e em 1961, por despacho ministerial passou de sanatório a hospital (Wikipédia, 2021).

O Hospital de Sant'Ana, vocacionado essencialmente para prevenção, tratamento e reabilitação no campo da ortopedia, iniciou em 1981, ainda antes de ter sido retomado pela SCML, a cobertura traumatológica da área circundante de Cascais/Sintra. Presentemente, e desde maio de 1999, faz a cobertura traumatológica, conjuntamente com o Hospital Egas Moniz, dos Concelhos de Oeiras e Lisboa, no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier. Assim na área de Saúde da Parede o hospital de Sant'Ana e o Centro de Saúde da Parede são os dois serviços que se destacam, um na prestação de cuidados diferenciados e o outro na prestação de cuidados primários.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Neste ponto farei referência à identificação, constituição e área geográfica da USF Mare e a caracterização da Unidade de Saúde Familiar.

O ACES de Cascais engloba os centros de Saúde de Cascais e Parede e tem unidades prestadoras de cuidados, uma em cada Freguesia do Concelho com a sua sede em São João do Estoril, é dependente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e pertence ao distrito de Lisboa.



Figura 2 - Enquadramento da freguesia de Parede

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cascais>

### 1.2.1 Área Geográfica de Influência

A USF Mare é uma unidade funcional situada na Parede, inserida no agrupamento de Centros de Saúde do concelho de Cascais, faz parte da Região de Lisboa e Vale do Tejo e pertence ao Distrito de Lisboa.

A sua área de influência coincide com a totalidade da população residente na freguesia da Parede, Carcavelos e São Domingos de Rana, cerca de 11.407 utentes inscritos. É ainda de salientar que alguns utentes de concelhos limítrofes se mantêm inscritos, por razões devidamente justificadas como é o caso da acessibilidade, preferência de equipe ou por razões de utilização de serviços disponíveis na USF. Nestas situações e tendo em conta os cuidados domiciliários, ficam sujeitos às limitações previstas na legislação.

### 1.2.2 A USF Mare – Missão e Valores

A USF Mare foi inaugurada no início de fevereiro de 2018. Presta cuidados por valências tornando-se difícil que cada enfermeiro preste cuidados de saúde individualizados e mais direcionados aos utentes/famílias, constantes do seu ficheiro clínico, como enfermeiro de família e ao longo do ciclo vital. No entanto, técnica e funcionalmente atua numa perspetiva de atuação em rede entre os seus diversos elementos e outras unidades funcionais do agrupamento.

Tem por **missão** garantir a prestação dos cuidados de saúde personalizados à população que se encontra inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 73/2017, art. 4º). As atividades da equipa visam melhorar o nível de saúde da população que se encontra inscrita, através da promoção de hábitos de vida saudáveis e

do empoderamento dos cidadãos, tendo em vista a sua qualidade de vida e o bem-estar. (USF Mare, 2020).

A USF Mare tem como **visão** ser uma referência na prestação de cuidados de saúde aos utentes que se encontram inscritos, com base num trabalho da equipa empreendedor e eficiente.

**Os valores da USF são então:**

- Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados;
- Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações de cada grupo profissional;
- Autonomia funcional e técnica;
- Avaliação, que visa a adoção de medidas corretivas;
- Gestão participativa de todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional (USF Mare, 2020).

### 1.2.3 Estrutura Organizacional da USF Mare

Da estrutura interna da USF fazem parte o coordenador desta, o Conselho Geral, o Conselho Técnico, o Interlocutor de Enfermagem e o Interlocutor Administrativo (USF Mare, 2020).

### 1.2.4 Organização e Articulação Interna

Na sua equipa multidisciplinar fazem parte sete Médicos, seis Enfermeiros, cinco Secretários Clínicos e uma Assistente Operacional.

Na equipa de enfermagem esta USF depara-se muitas vezes com as suas características individuais e muito próprias que a caracterizam como é o fato da falta de pessoal e/ou características individuais dos diversos elementos e suas restrições ou contingências. Por esse motivo e apesar dos esforços do enfermeiro interlocutor para integrar toda a equipa de enfermagem e neste momento, também devido às restrições próprias da pandemia, torna-se difícil a integração dos mesmos nas diferentes áreas sendo a sua metodologia de trabalho por valências. Este motivo é limitador a cada enfermeiro para que consiga prestar cuidados de

saúde mais direcionados aos utentes constantes no seu ficheiro clínico, como enfermeiro de família e ao longo do ciclo vital.

Por outro lado, o espírito de entre ajuda intra e inter grupos profissionais além de notável é facilitador nesta forma de organização e distribuição de tarefas. Apesar de no *SClínico* os utentes estarem devidamente identificados e coincidentes com o ficheiro do médico a que pertencem ainda não estão criadas condições para que cada elemento possa assumir a sua lista de utentes, possa estabelecer uma relação entre enfermeiro de família/utente de forma a existir um profissional de referência que constitui o elo entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade. As funções que cada grupo profissional assume são as que estão estabelecidas na lei das respetivas profissões.

Tendo em consideração a distribuição de responsabilidades e cooperação dos elementos de enfermagem, as áreas que integram os programas na carteira básica foram distribuídos (Programa de Saúde infantil e Juvenil com o apoio ao núcleo de crianças e jovens em risco; Programa de Planeamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva e Programa de Saúde Materna; Programa de Prevenção Oncológica; Programa de Saúde do Adulto e do Idoso; Programa de Vigilância de Grupos de Risco: Vigilância de Diabetes, Vigilância de Hipertensão Arterial e Vigilância de Hipocoagulados; Programa de Vacinação; Programa de Cuidados Domiciliários com a rede nacional de cuidados continuados integrados; Programa de Cuidados em situações de Doença Aguda; Programa de Formação e Melhoria Contínua), por todos os profissionais. Para além dos enfermeiros existem ainda elementos dos três grupos profissionais (médico, enfermeiro e assistente técnico) responsáveis pelos programas.

Ao enfermeiro interlocutor está ainda delegada a função de organização dos recursos humanos, materiais de uso clínico, medicamentos da farmácia e do stock de vacinas.

Outras atividades ainda desenvolvidas pela USF Mare são a Academia de Saúde destinada aos utentes portadores de Diabetes, com idades acima dos 50 anos, identificados pela equipa de enfermagem ou médica que se mostrem interessados (uma vez por semana). Neste momento devido ao risco de contágio de Covid-19 a atividade encontra-se suspensa o que me causou algum desanimo por não poder observar a interação dos diferentes grupos e suas vantagens no processo de benefício dos utentes.

Reuniões semanais de organização e formação também fazem parte das atividades embora e de novo devido à pandemia se encontrem suspensas. Mensalmente realiza-se uma reunião com a equipa da UCC para troca de informação e continuação do acompanhamento dos utentes dependentes, beneficiários de cuidados domiciliários, pertencentes à USF Mare, que durante o tempo de pandemia e após reorganização dos serviços se realizou online.

#### 1.2.5 Horário de Funcionamento da UCSP e Cobertura Assistencial

O horário de funcionamento da USF Mare é de segunda a sexta das 8h às 20h, sendo o horário assistencial das 08:15 às 19:45 horas tentando garantir uma boa acessibilidade aos utentes.

Desta forma, os utentes dentro do horário acima descrito poderão ter acesso à unidade de forma presencial, marcam consulta/tratamento médico ou de enfermagem no secretariado, de acordo com o horário e disponibilidade do momento procurando dar resposta no próprio dia. Os horários de cada médico e enfermeiro são desfasados, de modo a que o horário de disponibilidade da USF seja coberto em todos os dias da semana.

Os utentes poderão ainda contactar a unidade funcional telefonicamente, sendo o pessoal administrativo responsável por atender as chamadas e reencaminha-las para o profissional.

Poderão ainda recorrer ao correio eletrónico em que obterão uma resposta em cinco dias úteis.

Cada médico e enfermeiro de família é responsável pela prestação de cuidados aos utentes, contudo, o corpo clínico e a restante equipa profissional deverão manter intersubstituição na situação de ausência de algum dos elementos para garantir a continuidade da prestação de cuidados aos inscritos na USF.

Os enfermeiros garantem ainda: consulta aberta e consulta programada aos grupos de risco e grupos vulneráveis, atendimento telefónico e correio eletrónico, visita domiciliária para promoção da saúde, gestão e tratamento da doença, vacinação e atividades de foro curativo. No âmbito dos atendimentos, a enfermagem assume serviços considerados prioritários a utentes que queiram adquirir pílula, fazer IVG ou que tenham um recém-nascido com necessidade de fazer o teste do pezinho.

### 1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

A USF Mare e segundo o Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), em 2018 iniciou a sua atividade com 11.550 utentes (15.990 Unidades Ponderadas). Neste momento, na recolha de dados o número de utentes inscritos teve uma ligeira variação, talvez devido a mortes por Covid-19. Nesta unidade funcional e após esta colheita de dados verifiquei que ainda existem registos de utentes que apesar de já terem falecido se encontravam inscritos nas listas de alguns médicos.

De acordo com dados assegurados pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), a USF contabilizava a 30 de setembro de 2021, 11.407 utentes inscritos, sendo 5.233 do sexo masculino e 6.174 do sexo feminino. (USF Mare, 2021). Na tabela que se segue estão representadas as faixas etárias, género e respetiva correspondência em unidades ponderadas (UP).

Tabela 1 - Nº de inscritos na USF Mare com médico de família

Grupo etário	Género Masculino	Género Feminino	Total	UP
≤ 6 anos	407	371	778	1.167,00
7 - 64 anos	3.749	4.277	8.026	8.026,00
65-74 anos	608	745	1.353	2.076,00
≥75 anos	469	781	1.250	3.125,00
<b>Total</b>	<b>5.233</b>	<b>6.174</b>		

Na análise da tabela, verifica-se que dos utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a USF Mare acompanha 2.603, utentes estes que requerem elevadas necessidades de cuidados de saúde (61,73%).

Respetivamente aos utentes pertencentes ao ficheiro de família que constituem a lista do Enfermeiro (P.R.) irei fazer uma análise no que concerne à dimensão, peso relativo e áreas de patologia mais codificadas na lista de problemas.

Em abril de 2020 constavam desta lista do médico/enfermeiro de família 1796 utentes, dos quais 802 são do sexo masculino e 994 do sexo feminino. (Mimuf, 2020). Estes encontravam-se divididos em 723 processos familiares encontrando-se identificados no quadro abaixo como se distribuíam com os elementos, por família.

Tabela 2 - Nº de Famílias/ Nº de elementos por família - Ficheiro Médico, SClínico abril 2021

Número de Famílias	Nº de elementos por família
232	1
152	2
181	3
94	4
36	5
21	6
7	>7

Destas famílias, destacam-se em maior número as famílias monoparentais (232) e as famílias com dois elementos (152) e por último as famílias numerosas com menor número de elementos (7), cruzamento este que culmina com a tendência atual do crescente número de núcleos familiares em que só constam 1 ou 2 indivíduos.

### 1.3.1 Dados de Morbilidade

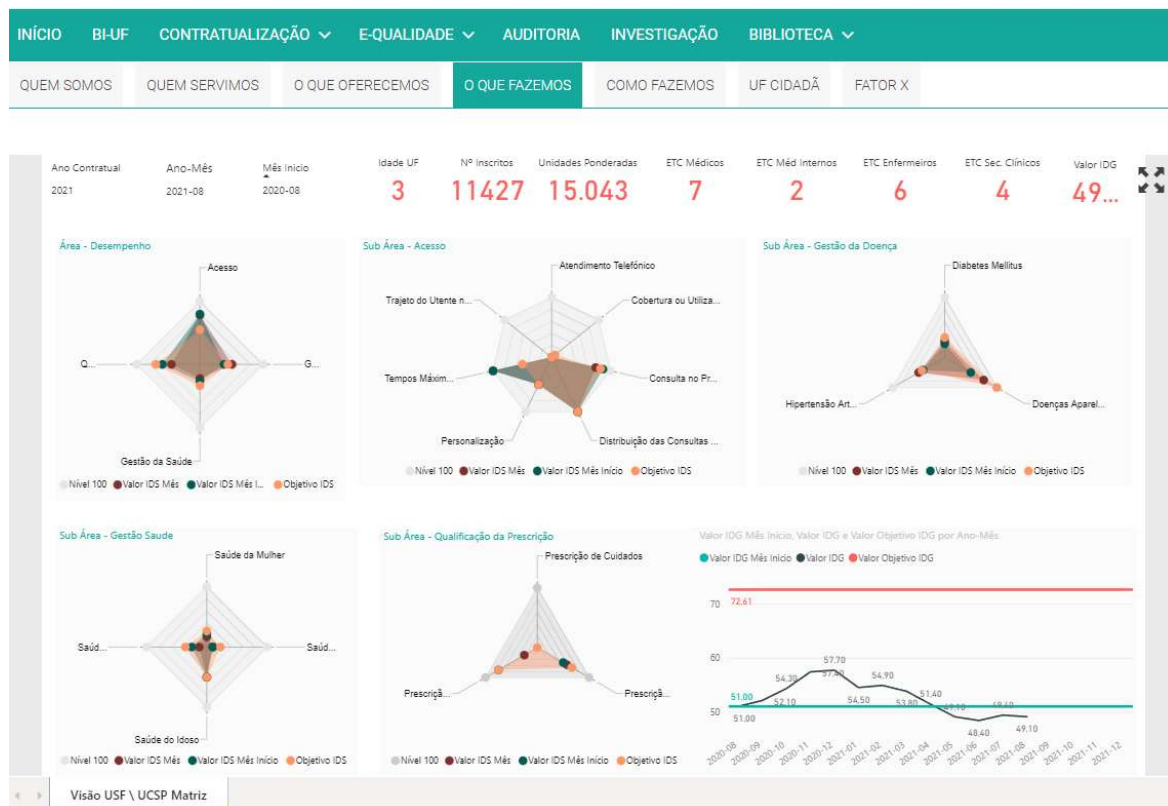
Analisando a tabela abaixo, dos utentes pertencentes à lista, os que mais comumente necessitam de cuidados, representando para este médico o top das complicações/problemas são: as alterações do metabolismo dos lípidos, as rinites alérgicas e a hipertensão sem complicações.

Tabela 3 - TOP de Problemas UF- Médico, abril 2021

ICPC		TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	1
R74	RINITE ALÉRGICA	2
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	3
T83	HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES	4
P17	OBESIDADE	5
T82	OSTEOARTROES	6
U71	ABUSO DO TABACO	7
W11	EXCESSO DE PESO	8
T90	VEIAS VARICOSAS NOS MEMBROS INFERIORES	9
L86	DIABETES TIPO II	10

Dos utentes seguidos na USF Mare e por Programa, eram acompanhados 33,3% de doentes com Diabetes Mellitus, 50% por Hipertensão Arterial, 75% em doenças do Aparelho Respiratório, 35,7% na Saúde Infanto-Juvenil e 26,6% na Saúde Materna. Suponho que a baixa assistência a nível da unidade, como pude constatar durante o estágio, se deve ao fato de a USF ainda ser recente (4 anos), em que muitos dos utentes procuravam resposta a nível privado. Anteriormente encontravam-se sem médico numa UCSP do ACES e por esse motivo tinham dificuldade em ter, ou mesmo ter-lhes-ia sido vedado, acesso aos serviços de saúde (USF Mare,2021).

Quadro 2- Visão USF Mare- áreas de Ação



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30004/3112876/Paginas/default.aspx> (SNS, BI- USF, 2021)

No início do ano de 2021, para além da motivação e empenho da equipa de enfermagem da USF para aumentar o padrão de eficiência, tinham por objetivo poder proporcionar à população melhor qualidade dos serviços prestados, algo que ficou comprometido com a pandemia (Covid-19), pois as necessidades de staff de enfermagem noutras unidades de combate a esta doença puseram em causa esta mesma resposta. Apesar do ano atípico torna-se necessário e deveras importante a implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde, para avaliar metas definidas pelos gestores.

Os resultados dos estudos desenvolvidos indicam que, embora os enfermeiros tenham um conceito da importância das famílias nos cuidados, esta não é visível nas intervenções que desenvolvem (El-Masri & Fox Wasylyshyn, 2007; Duhamel, 2010; Segaric & Hall, 2005).

Apesar de se verificar a necessidade de avaliar, por métodos objetivos, a qualidade dos cuidados, torna-se fundamental realçar que a conceção da qualidade deve inserir-se sempre numa perspetiva do cuidar, o que, circunscreve qualquer definição objetiva de uma

complexidade e sensibilidade difíceis de mensurar, sem atender a diversas variáveis (Hesbeen, 2001).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 FAMÍLIAS

Dias (2011) considera que “apesar da família ser uma instituição universal e em todos existir uma ideia de família, temos dificuldade em dar uma definição”.

Alarcão (2002, p. 35) reconhece que “é habitual pensarmos na família como o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais que uma família”, mas que para além disso a família é um grupo institucionalizado, com relativa estabilidade, constituinte de uma importante base da vida social.

Segundo Lemos (2019, p. 47) família é “considerada uma unidade básica da sociedade e ligada por laços afetivos, a família é uma unidade complexa, dinâmica e influenciada pelo meio social e cultural de onde esta está inserida”.

Dias (2011) citando (Amaro, 2006, Alarcão & Relvas, 1996) consigna que os “diferentes tipos de família são entidades dinâmicas com a sua própria identidade, compostas por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetividade ou interesse e que convivem por um determinado espaço de tempo durante o qual constroem uma história de vida que é única e irreplicável”.

Atualmente, existem “muitas definições de família mas talvez o mais importante seja vê-la como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única” (Alarcão, 2002, p. 36).

Em Portugal, comparativamente à Europa, têm-se verificado no início da década de noventa, embora mais lentas, grandes alterações ao nível da estrutura das famílias portuguesas e começa a haver indícios de que a estrutura conforme a conhecíamos não se manteria por muito mais tempo (Freitas, 2009).

Esta alteração na sua estrutura é fruto das fortes influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais do contexto onde estão inseridas, dando origem a mudanças nos papéis e nas relações no seu interior (Dias, 2011; Guedes, 2008; Simionato e Oliveira, 2003).

No decorrer dos anos, houve alteração da estrutura e da dinâmica na sua organização interna, diminuição da fecundidade levando a diminuição das famílias numerosas, diminuição do número médio de filhos, maior número de pessoas que vivem sozinhas, ao aumento de

famílias recompostas devido ao acréscimo do número de divórcios, das uniões de facto e uniões livres, e, mais recentemente o aparecimento das famílias homossexuais (Dias, 2011).

Para Ratti et al. (2005), o conceito de família movimentou-se de uma visão limitada como unidade estática no tempo, para ser analisada como processo ao longo da vida inteira dos seus membros. Se durante anos se deu ênfase ao estudo sobre os indivíduos que compunham a família nuclear, no presente a família percebe-se como um todo, sendo em investigação, mais valorizadas as interações familiares, quer entre os membros que a compõem, quer com os sistemas exteriores, que incluem pessoas e grupos (amigos, vizinhos, comunidade) e, ainda, contextos (acontecimentos como guerras, catástrofes, crises económicas).

Da anterior definição de família reconhecida por Nogueira (2007), em que a sua forma natural seria formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou afinidade, em que a descendência resulta dos laços de sangue e a afinidade dá-se por entrada de cônjuges e parentes que se associam à entidade familiar pelo casamento, passa-se a uma definição de família em que esta se encarrega de ter um papel fundamental no contexto sociocultural, formado por laços subjetivos rodeados de uma certa complexidade. É uma entidade dinâmica, que não se fecha sobre si mesma, interage com as transformações da sociedade, não se resigna a uma instituição padronizada baseando-se em princípios morais e psicológicos.

Aas famílias atuais, segundo Figueiredo (2009), integram-se pela necessidade de afeto, estabelecem uma unidade básica na construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social.

Estas mudanças conduziram a alterações na família conforme a conhecíamos como modelo tradicional, dando origem a novas formas de organização familiar tornando-a um fenómeno de carácter universal e complexo. Atualmente existe um conjunto amplo de teorias, modelos ou quadros conceituais sistémicos, que tomam como conceito básico a ideia de que a família é semelhante a um sistema orgânico que procura manter o equilíbrio perante as pressões internas e externas (Silva, 2003).

Uma vez que a família é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e, igualmente, o local onde se vivencia um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade, representa também um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições (Guedes, 2008).

É por intermédio da família que o ser humano aprende a pensar, a agir, a reagir através de conceitos éticos, morais, religiosos e sociais, que lhe são instaurados, definindo desta forma a sua personalidade, a forma de ser e de estar na sociedade onde se encontra inserido. O indivíduo, de uma maneira geral, encontra na família todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos, éticos, culturais, sociais e cívicos, sendo estas características fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Guedes, 2008).

Relvas (1996, p. 11) menciona que, (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”.

Conforme Dias (2011) as estruturas e funções familiares alteram e adaptam-se continuamente às tendências sociais e ao meio exterior para manterem o funcionamento.

Assim, as famílias orientam-se de duas formas: uma ao nível interno, como a proteção psicossocial dos seus membros e outro, a nível externo, como a acomodação a uma cultura e a sua transmissão. Estas situações requerem contínuas e constantes transformações da posição dos membros no sistema familiar e social, na sociedade e na família, impondo uma relação de influências mútuas (Dias, 2011; Sousa, 2011).

Segundo Rodrigues (2013), a família atende às mudanças internas e externas, de modo a responder às novas circunstâncias, sem, no entanto, perder a continuidade, propiciando sempre um esquema de referência para os seus membros. Assim, cada membro, em todas as famílias, ocupa determinada posição ou determinado estatuto, como é o caso do marido, da mulher, filho ou irmão sendo orientados por papéis e funções familiares.

Monteiro (2010), refere que cada família adapta os papéis familiares e os componentes esperados dos seus membros, tendo em consideração as forças internas e externas à unidade familiar, devendo, no entanto, existir alguma flexibilidade e a possibilidade de troca ocasional dos papéis interiorizados por determinado membro.

O dever parental concretiza-se em função dos filhos e das suas necessidades particulares, mas também para assegurar que as expectativas sociais atribuídas aos pais são respondidas (Sousa, 2011). As normas são as regras que governam a conduta individual e grupal na família e normalmente encontra-se relacionadas com a idade ou o estadio de ciclo de vida da família (Silva, 2003). Também aqui surgem modificações nos papéis familiares para ajudar as famílias

na concretização das transições para novos estádios e haver satisfação das necessidades em cada um.

Quando surge nas famílias dificuldades na adaptação, inerentes às diferentes etapas do ciclo, podem instalar-se “crises de desenvolvimento”, definidas por serem universais e previsíveis, gerando alterações na função familiar e problemas nos seus membros. a família desempenha neste ciclo um papel estabilizador, através do processo de socialização, o qual procura produzir nos indivíduos conformidade, por forma a que se adaptem à nova estrutura como um todo a que pertencem (Relvas, 1996).

Daí, a mudança da família enquanto sistema aberto para unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, permitindo que cada elemento tenha a sua forma de realizar deveres e responsabilidades que permitem o seu desenvolvimento (Dias, 2011). Desta forma este lugar de interação, assume uma função e estabilidade normativa, com vista a aceitação dos valores sociais pelos seus membros (Dias 2011; Figueiredo, 2012).

O sistema de valores desenvolvido pela família, patenteados pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos, na medida em que a família protege a saúde dos seus membros nas vertentes física e psicológica, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença (Figueiredo, 2012; Monteiro, 2010).

“Família saudável: é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde seus membros convivem e se percebem mutuamente como família, tendo uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de seus membros” (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001).

Concluindo então, pela sua grande capacidade de ajuste às novas exigências no meio, a família tem conseguido sobreviver apesar das intensas crises sociais. Segundo Figueiredo (2012), a família, enquanto grupo evolui de acordo com os seus objetivos, face aos quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais. Ainda segundo o mesmo autor, como sistema relacional, introduzido e articulado em diferentes contextos, a família agrega um sistema de valores, de conhecimentos e de práticas, num espaço relevante de socialização e humanização. Para o

desenvolvimento humano consiste na base e também é a principal fonte de saúde dos seus membros (Simionato e Oliveira, 2003).

## 2.2 ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Segundo Collière (1999), desde o início da história da humanidade que o cuidar é o imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser Humano” inserido numa comunidade.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Leonardo Boff). Acima de tudo é o comprometimento pela manutenção e integridade da pessoa enquanto unidade de cuidados e muitas vezes está associada à imagem feminina.

Até final do séc. XIX, o cuidado a doentes estava muito correlacionado a princípios religiosos, como se de uma “vocação” espiritual se tratasse. Durante muitos anos a enfermagem foi considerada uma profissão inferior e mesmo subalterna, com origem nos cuidados de manutenção da vida, indissolavelmente associados à família, constando que as enfermeiras eram mulheres pertencentes a entidades religiosas que não possuíam conhecimento científico atuando de forma meramente curativa.

Em 1860 Florence Nightingale distinguiu-se pela aplicação de toda a sabedoria e experiência na arte do cuidar em enfermagem, com a fundação da primeira escola de enfermagem no St. Thomas Hospital em Londres, que teve como objetivo a formação e preparação de enfermeiras, mas também a formação de profissionais para o ensino da profissão e foi graças à sua iniciativa que se deu a evolução da enfermagem. Estas propostas em que Florence Nightingale fundamentou as suas conceções são ainda hoje consideradas como base da enfermagem moderna.

De acordo com Delanne e Ladner (cit in Queirós, 1999), “Florence Nightingale acreditava que as enfermeiras necessitavam de educação formal, tanto na dimensão teórica como no campo da prática, devendo ser preparadas para tratar os doentes e não as doenças, e que

distinguindo-se a prática da enfermagem da prática médica, deviam intervir num ambiente que rodeia o doente de forma a promover a sua recuperação e cura”.

O exercício da enfermagem em Portugal remonta a finais do séc. XIX, sendo que as alterações a nível das competências exigidas aos enfermeiros começaram a partir da segunda metade do séc. XX. Dessa forma, a formação académica tem-se tornado cada vez mais exigente, complexa e diversificada.

Na Primeira Conferência Ministerial sobre os cuidados de enfermagem, realizada em junho de 1988 em Viena, foi reconhecido que os enfermeiros deviam introduzir alterações para atingir as metas de saúde para todos. Mais tarde, já em 1995 foram desenvolvidas experiências piloto e políticas de saúde cujo objetivo é revelar a importância da saúde familiar e o modelo de enfermeiro de família, como metodologia de trabalho, para a melhoria da qualidade dos cuidados. “(...) como enfermeiro de família o enfermeiro que é responsável por mais ou menos 1500 utentes, e que presta cuidados de enfermagem ao indivíduo em todo o ciclo de vida, cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença e curativos, a nível do Centro de Saúde e do domicílio, tendo em atenção o indivíduo inserido na família” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 38).

Segundo Hesbeen (2001), os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta através dos atos, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor.

Várias instituições internacionais foram de grande contributo para este desenvolvimento, como a Organização Mundial de Saúde e a Declaração de Munique (2000), onde surgiu a figura do Enfermeiro de família, o estabelecimento de programas de saúde e as políticas de Saúde Para Todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, Saúde 21 (OMS), revelaram a importância dos cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos e respetivas famílias, bem como, um sistema de cuidados que tivesse maior ênfase nos Cuidados de Saúde Primários.

A transferência do conhecimento, relativo à enfermagem de saúde familiar, para a prática clínica de enfermagem é um desafio. No processo de integrar a teoria à prática, as motivações e atitudes dos enfermeiros são fortemente influenciadas pelas suas perceções de autoeficácia (Cruz A. C., 2015).

Desta forma é designado o Enfermeiro de Família que assegura cuidados diferenciados, de qualidade, pois é uma figura central nas equipas multidisciplinares. É então, o Enfermeiro de Família que assegura a determinado número de famílias um leque de aconselhamento sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários.

A Enfermagem é, historicamente, uma das profissões, da área da Saúde, que mais convive com a família, o que tem gerado, além de pesquisas, a disseminação, na literatura científica, de temas relacionados com a atuação dos enfermeiros para com a família, sem, contudo, ter provocado mudanças significativas na prática assistencial daqueles (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2010).

Até esta nova afirmação, de enfermagem enquanto ciência, foi percorrido um longo caminho e foi graças ao desenvolvimento dos conhecimentos em enfermagem e ao aparecimento de novas teorias, que foi possível caminhar numa nova dimensão.

A enfermagem é uma ciência harmoniosa, que integra os saberes provenientes das ciências sociais e humanas em que o seu objeto de estudo é o homem, visto de forma holística, ou seja, o doente é visto como um Todo, físico, psíquico e espiritual e não só como a soma das suas partes.

Watson (2002), define ainda a enfermagem como sendo a ciência humana de experiências e vivências tanto de saúde tanto de doenças humanas, que se efetuam de transações humanas, profissionais, individuais, científicas, estatísticas e éticas de cuidar entre seres humanos.

Atualmente, a enfermagem constitui uma comunidade profissional e científica de relevo no funcionamento do sistema de saúde, que lhe permite prestar cuidados junto do indivíduo, família e comunidade.

Conforme Malagutti e Miranda (2010), o enfermeiro é hoje, a nível mundial, um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e grupos dentro de sua comunidade, estando preparados para atuar nas áreas assistencial, administração /gestão e na formação.

“Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade” (Malagutti, 2010, p. 273).

O papel do enfermeiro é evidenciado como gestor e organizador de recursos, que potenciem as forças das famílias enquanto sistemas sociais dinâmicos, pró-ativos, dos seus processos de vida.

O enfermeiro de família deve ter um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde, resolução dos problemas e reconhecimento de fatores que interferem e que prejudicam ou não o seio familiar (OMS, 2000).

Contribui para a ligação entre a família, profissionais de saúde e recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos, nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde (OE, 2010).

Assim, o enfermeiro de família é definido como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade” (OE, 2011, pg. 4).

Os enfermeiros dedicam-se a desenvolver atividades autónomas e interdependentes, o que lhes confere qualidades significativas nas instituições e nas políticas de saúde. Os seus conhecimentos, dedicação e foco dos cuidados básicos garantem o acesso à atenção integral à saúde, contemplando a diversidade social, cultural, situação geográfica, histórica e política para favorecer a superação dos fatores que tornam os povos mais vulneráveis aos agravos à saúde (Malagutti, 2010).

O Enfermeiro de família trabalha com as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente na promoção da saúde e gestão da doença (regulamento 126/2011 de 18 de fevereiro).

Segundo Amendoeira (1999) entende-se, assim, por profissional competente, aquele que possui um vasto e diversificado conjunto de conhecimentos e capacidades, executa e avalia as decisões que toma em situações um tanto ou quanto imprevisíveis, de maneira a que se

constituam como socialmente legitimáveis e sujeitas a constantes reajustamentos para poderem continuar a assegurar a sua responsividade à instabilidade permanente.

Kaakinen et al. (2015) identificaram a “enfermagem de cuidados de saúde da família como o fornecimento de necessidades de saúde para as famílias que estão dentro do âmbito da prática dos enfermeiros e pretende abordar, todas as quatro abordagens de ver uma família para tratar a família como um todo.”

Na exigência da atuação da enfermagem, está implícito ao enfermeiro o foco na relação interpessoal com uma pessoa ou grupo de pessoas, família e comunidades. Tanto o enfermeiro como a pessoa são detentoras de um conjunto de crenças, valores e desejos de natureza individual que são fruto de experiências pessoais e que se refletem nesta relação e a influenciam. Por esse motivo, o enfermeiro evidencia-se e destaca-se pela sua formação pessoal e experiência, sendo detentor de um conhecimento aprofundado para o exercício da profissão, impulsionando os seus conhecimentos no sentido da compreensão e respeito pela individualidade do outro, numa perspetiva holística, onde procura realizar as suas intervenções de enfermagem procurando abstrai-se de apreciações face à pessoa que se encontra ao seu cuidado.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001) e “no âmbito do exercício profissional , o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor reativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

É reivindicado ao enfermeiro de saúde familiar, que se apresenta como profissional com competências específicas integrado numa equipa multidisciplinar e nos diversos contextos do sistema de saúde, que desenvolva um trabalho de parceria caminhando na capacitação das famílias, para a resolução eficaz das suas crises acidentais, no decorrer do seu ciclo de vida, tendo em conta o contexto vivencial, que tudo altera nos membros e no equilíbrio da família, que estes cuidados sejam dirigidos e individualizados às necessidades das mesmas.

Assim, neste contexto, e mesmo com todos os limites adjacentes, impostos na construção da imagem do enfermeiro, o exercício da profissão para além da relevância pela capacidade técnica, centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre o

enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidade, reconhece-se pela formação, experiência profissional, mas também pela capacidade de compreender e respeitar o outro.

Desta forma, referindo Figueiredo (2012, p. XI) no contexto dos cuidados de Saúde Primários, para que os enfermeiros revelem um profundo entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo da vida da família, é necessário que reconheçam a unidade familiar como foco dos seus cuidados.

## 2.1 ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Sousa (2011), menciona que a palavra atitude, pelo francês *attitude*, define-se enquanto demonstração de uma intenção, uma forma de agir. A atitude pode ser definida como “uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas”.

Para Rodrigues (2013) as atitudes refletem a capacidade de sentir, perceber e interpretar do ser humano, dando significado à sua vida e assumem um papel de relevo na orientação e adaptação à sua circunstância.

Em 1960, Rosenberg e Hovland descrevem “atitude” na sua teoria, recorrendo a três tipos de variáveis: as dependentes, as intervenientes e as independentes. Referem que as variáveis dependentes surgem da explicação verbal dos afetos e o funcionamento do sistema nervoso simpático, a percepção e a explicação das crenças, e ainda as ações abertas e as explicações do comportamento. Nas variáveis intervenientes incluem o afeto, a cognição e o comportamento. Como variáveis independentes e dimensíveis apontam os estímulos.

É ponto assente que, a atitude dos profissionais influencia a qualidade dos cuidados centrados na família e é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre a família e o enfermeiro (Benzein, Årestedt & Saveman, 2008b; Wright & Leahey, 2012).

Também Benzein et al. (2008b) refere que as atitudes dos enfermeiros influenciam a qualidade dos encontros, entre os enfermeiros e os familiares dos doentes e é determinante para a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Frade (2021, p. 2) considera que, “as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em

enfermagem, (...) ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar.” Ainda segundo o mesmo autor, possibilitam ao “enfermeiro conhecer as forças que a família detém, de modo a que, em conjunto e num trabalho de parceria, consigam planear intervenções que vão ao encontro das necessidades da família”.

O tipo de relacionamento que o enfermeiro estabelece com as famílias é condicionado pelo significado que este atribui às interações vivenciadas (Cruz A. C., 2015) e a sua atitude é influenciada pelo modo como entende a importância da família nos cuidados, prevendo o seu comportamento: se entende a família como importante e a qualidade do relacionamento estabelecido é significativo, favorece o caminho para uma prática profissional avançada (Ribeiro, Sousa, & Santos, 2018).

É de todo impossível falar de atitudes sem ter em conta as experiências de vida de cada indivíduo (Alves 2011). A atitude dos enfermeiros para com as famílias é condicionada pelas experiências vividas, assim como anteriores experiências de doença com os seus familiares, que condicionam uma atitude positiva do enfermeiro relativamente à família (Benzein et al., 2008; Sousa, 2011).

As atitudes são influenciadas pelas vivências de cada profissional, pelos seus próprios conceitos de família e cuidados à família, neste sentido a tomada de decisão, assim como, o planeamento e implementação de cuidados à família, está dependente das experiências vividas e dos próprios conceitos de cada Enfermeiro (Rodrigues, 2013).

Para Oliveira et al. (2011) “as atitudes dos Enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias”.

Na impossibilidade de ser a família, só por si, a dar resposta efetiva a uma situação de doença surgem os profissionais de saúde, em específico os enfermeiros, enquanto aliados com conhecimento profundo das necessidades de cada família, capacitados para dar resposta quer às necessidades de cuidados quer à necessidade de adaptação a uma nova realidade (Rodrigues, 2013).

Em todos os contextos em que operam, os enfermeiros orientam a sua prática para a família, com o propósito de intervir tanto na família como uma unidade, como em cada um dos seus elementos em particular (Figueiredo, 2009).

A capacidade de entender as experiências e de cada elemento da família, por parte da enfermagem favorece a identificação de necessidades e conduz ao desenvolvimento de competências e à efetivação de intervenções, no sentido de facilitar a adaptação de toda a família, a cada nova etapa no processo saúde/doença (Santos, 2011).

Rodrigues (2013) refere “A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar”.

## 2.2 SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM

Na atualidade as famílias vêem-se confrontadas com um conjunto de alterações políticas, sociodemográficas e culturais, impondo-se uma capacitação efetiva para a adoção de respostas adaptativas designadamente em questões que dizem respeito à saúde e à enfermagem. Nesta ciência, surge um novo paradigma no cuidar do indivíduo, para a família e desta forma, surgem novas vertentes de práticas clínicas, com todos os elementos da família, e aumento da investigação de forma a incluí-los no processo dos utentes.

Assim, com a finalidade de desenvolver competências nos enfermeiros, que permitam cuidar da família, como unidade básica de cuidados, é fundamental compreendê-la como grupo com a sua identidade própria, com a sua organização, compreensão da sua dinâmica de relações e interações, com o meio exterior e entender as transformações que nela ocorrem, como resultado de mudanças sociais e estruturais que diretamente a afetam.

Segundo Rodrigues (2013), a pessoa doente e a sua família, necessitam de acolhimento e ser compreendidos, tendo por base a sua história pessoal, social, os seus valores e sentimentos. Desta forma, a intervenção do enfermeiro será eficaz e os ganhos em saúde sensíveis à sua intervenção, resultando do desempenho ao nível afetivo, cognitivo e comportamental, da intervenção de enfermagem, útil à mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos elementos da família (Wright & Leahey, 2009).

Quando a compreensão da estrutura, funcionalidade e processos de desenvolvimento das famílias for percecionada, será potenciada a capacidade para uma prática adequada e específica, direcionada para uma capacitação funcional face às imposições das diferentes fases do seu ciclo vital. Desta forma, e face ao exposto, é imprescindível capacitar os enfermeiros de um corpo de conhecimentos, competências, que lhes permitam a compreensão dos fenómenos, no que concerne às questões de saúde familiar e que lhes permita autonomia no planeamento de cuidados, relativamente à tomada de decisões em processos de avaliação e intervenção familiar.

As famílias encontram-se nos ambientes de trabalho onde os enfermeiros exercem funções, fazem parte da sua rotina, são o seu próprio trabalho e os enfermeiros são participantes nas suas histórias de vida familiar quando se encontram em situação vulnerável, e inevitavelmente, relacionam-se com elas neste momento de mudanças e sofrimento (Cruz A. C., 2015).

A sociedade atual exige, cada vez mais, que os enfermeiros sejam capazes de desempenhar o processo de cuidados com maior eficácia, que tenham maior nível de conhecimentos, maior capacidade de dar resposta aos problemas da população, isto é, que tenham maior competência, tanto para ensinar como para dar resposta técnica e cultural, o que se tem também verificado através da integração da Enfermagem no Ensino Superior (Magão, 1992).

De acordo com Figueiredo (2012), “A enfermagem de família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo”.

Araújo (2014, p. 67), sobre a Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família, prefere o termo “enfermagem com Famílias” em detrimento de “Enfermagem de Saúde Familiar”, alegando que a última designação suscita algumas incertezas à clarificação, podendo dessa forma gerar contestação no seio da comunidade portuguesa de enfermagem. A terminologia a empregar para que se transmita a necessidade de um relacionamento cooperativo, não hierárquico, entre os intervenientes do processo, ainda está em discussão entre as diversas designações atribuídas à ligação entre a

enfermagem e as famílias: Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidado centrado na Família, Enfermagem das Famílias, Enfermeiras e Famílias.

O conceito de enfermagem familiar em Portugal é recente, no entanto, as famílias estiveram sempre presentes, envolvidas e implícitas nos cuidados de saúde, para a enfermagem. Para Wright & Leahey (2002) “a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, é natural que envolva os membros da família e forneça cuidados centrados na família”.

O percurso da enfermagem com famílias tem vindo a apresentar um crescimento considerável e consolidado nas últimas duas décadas. Barbieri (2011), refere que este desenvolvimento "foi materializado em oferta da formação e de produção científica, que evoluiu em simultâneo com a reorganização dos cuidados de saúde, com uma forte liderança política da Ordem dos Enfermeiros" (2011, p.45).

A Enfermagem como todas as disciplinas necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos, de forma a alcançar a autonomia, o prestígio e a sua credibilidade (Araújo, 2010).

Assim, segundo Fortin a enfermagem deve basear-se também na “investigação, reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo da profissão. Um corpo profissional é credível quando os seus membros são reconhecidos, por outros profissionais, como sendo peritos num domínio particular de conhecimento e da prática “(2009, p 18).

Heath (2003) descreve que “a enfermagem progrediu de uma confiança na teoria empírica aplicada à prática para o reconhecimento de que a experiência desenvolve conhecimentos que podem orientar as ações dos profissionais”.

Santos (2012) refere que Wright & Leahey (2009), se anteciparam a todos os outros autores, quando consideraram que a enfermagem de família surge da relação entre três áreas do conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar. Às ciências sociais a enfermagem de família vai procurar a explicação do funcionamento e das dinâmicas familiares, à terapia familiar a abordagem terapêutica centrada na família, e às ciências de enfermagem as teorias, valores e conceções do sentido de pessoa que norteiam o enfermeiro nos processos de saúde e doença (Santos, 2012).

Das definições clássicas de enfermagem, destaco a definição elaborada que define a função da enfermagem como: "ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência" (Virgínia Henderson referenciada por Tomey, 2004).

Hesbeen (2000), faz uma tentativa de definição dos cuidados de enfermagem, sintetiza e apoia a multidimensionalidade e vastidão que estes cuidados de enfermagem abrangem, "Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares - ou a um grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem (...) compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas."

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. A família emerge como foco de cuidados de enfermagem, como tal deverá ser entendida como unidade básica da sociedade, que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e capacidades, que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se inserem. Neste sentido, para a compreensão da família como unidade é essencial a sua concetualização através de um paradigma, que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera a autenticidade da família (Figueiredo, 2012).

Hanson (2005) e Wright & Leahey (2009) citado por Santos (2009), direcionam as seguintes explicações para a conveniência da família enquanto foco dos cuidados de enfermagem "(...) a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias têm importância para a sobrevivência da sociedade; a saúde e doença são assuntos da família; a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significativo nos cuidados de saúde e bem-estar dos seus membros; a família como um todo tem impacto no modo com os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os

comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo; a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando o ênfase é colocado sobre a família, e não apenas, sobre o indivíduo” (p.12).

Para Hanson (2005) a enfermagem de saúde familiar, é entendida como o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (...) podendo ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade (Hanson, 2005, p. 8).

Para a ordem dos enfermeiros “a enfermagem representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família, tanto na saúde como na sociedade. A enfermagem de saúde Familiar como prática avançada, baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família. Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Familiar dão resposta às necessidades da família, como biológico, social e espiritual, interagindo com as famílias e indivíduos (...) possuem conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta.”

Figueiredo (2012) refere que os cuidados de enfermagem à família “centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas”, “tem por foco a promoção dos projetos de saúde da família, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade”.

Ainda segundo a mesma autora, a enfermagem de família é um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo.

Friedamn (2003), no que concerne à intervenção familiar menciona quatro níveis, onde o último evidencia a família como cliente e o sistema familiar como foco de atenção, sendo este o de intervenção mais eficaz (Silva S., 2009).

Segundo Relvas (2000, Pg. 22), o ciclo vital da família “tem como grande objetivo mostrar a importância da continuidade nas relações humanas”, é por isso deveras importante que se mantenha flexibilidade na sua utilização, e a perspectiva de que cada família, com as suas singularidades, pois é única (Relvas, 2000).

Para o desenvolvimento da enfermagem de família, é fundamental contextualizar alguns contributos teóricos, e entender que para a construção desta contribuíram os pressupostos das teorias de enfermagem e de outras disciplinas do saber, nomeadamente das ciências sociais e da terapia familiar (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

Não se encontra uma única teoria ou estrutura conceptual, que faça descrição adequada das relações da família. As ideias poderão surgir de diversas fontes, incluindo as diferentes disciplinas da ciência, sobretudo e especificamente das experiências com as nossas próprias famílias.

Apesar da evolução em enfermagem de família, a família ainda é vista pelos enfermeiros de forma fracionada, uma unidade divisível em partes, em que são dirigidos os cuidados de enfermagem, ao indivíduo em particular sem ter em conta o seu contexto familiar (Freitas, 2009; Kaakinen, 2010; Wright & Leahey, 2009).

Os fatores que contribuem para que os cuidados se mantenham direcionados ao indivíduo e não à família são inúmeros, desde a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, as representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família, a escassez de recursos materiais e humanos até aos conteúdos e metodologias de formação em enfermagem (Figueiredo, 2012; Freitas, 2009; Wright & Leahey, 2009).

Na prática de enfermagem as atitudes dos enfermeiros, o contexto de cuidados, a formação dos enfermeiros e a política institucional, parecem ser fatores que afetam os comportamentos relacionados com a presença da família (Fisher et al., 2008). O facto de considerarem que é importante envolver a família nos cuidados de enfermagem é um passo importante (Benzein et al., 2008), perspectivando a família como parceira, como alvo e unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011).

Os benefícios em saúde, face à intervenção do enfermeiro, resultam de funcionamentos eficientes aos níveis afetivo, cognitivo e comportamental. Alguns enfermeiros não valorizam

o envolvimento da família nos cuidados, enquanto outros, porém, conseguem prestar cuidados criativos, profissionais e inovadores às famílias, cuidados altamente complexos (Oliveira P. C., et al., 2011).

“O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico. O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como, o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu meio ambiente” (Ordem Enfermeiros, 2010).

A especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, tem-se tornado um foco específico da prática e envolve o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias, que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem, podendo ter como objetivo a família como um todo, a família como um sistema, ou a família como um componente da sociedade (Hanson, 2005).

Silva et al. (2013), reconhece a relevância da família nos cuidados de saúde, por esse motivo, em Portugal, foram regulamentadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar que sustenta a relevância de termos profissionais de enfermagem com formação específica a trabalhar com as famílias.

### 2.2.1 Fundamentos Teóricos e Conceptuais para a Enfermagem de Família

A enfermagem onde a família é o foco dos cuidados carece da integração das várias teorias; da teoria dos sistemas, da cibernética e das terapias familiares (Wright & Leahey, 1990). Os fundamentos da enfermagem baseiam-se nas estruturas conceptuais ou teóricas que cresceram de três grandes tradições e disciplinas conforme figura abaixo.

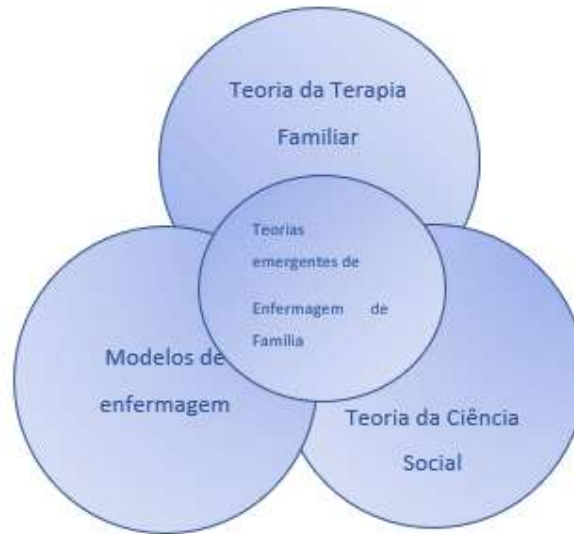


Figura 3 - Fontes teóricas de enfermagem de família (Hanson, 2005)

#### 2.2.1.1 Contributos dos modelos teóricos de enfermagem

No âmbito da enfermagem familiar foram diversas as teorias, que no desenvolvimento dos seus modelos contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento dos modelos e conceitos e todos eles, detêm elementos comuns para a prática de enfermagem de família.

As teorias em enfermagem de família, têm assumido um papel enriquecedor ao nível do conhecimento e são baseadas em três perspetivas: ciência social familiar, terapia familiar e enfermagem, devendo ter uma abordagem integradora pois na perspetiva teórica, a utilização de uma única teoria é limitadora da ação dos enfermeiros a nível do conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Por esse motivo é de extrema importância que os enfermeiros, no exercício da profissão, sejam capazes de recorrer a múltiplas teorias para uma prestação de cuidados mais eficaz e eficiente.

Assim Martha Rogers (1970), fortaleceu o seu modelo, em que o indivíduo é o foco num sistema aberto, em constante troca com o meio ambiente, além de ter introduzido o princípio da homeostasia. Para Hanson (2005), a família é vista como um campo de energia de sistema aberto constante que está sempre a modificar as suas interações com o meio ambiente.

Sister Calista Roy (1976), na sua teoria engloba o conceito de que a pessoa é um sistema aberto, em constante adaptação, reagindo a estímulos ambientais. O modelo de Roy, em 1981 introduz a família como sistema adaptativo, em que o enfermeiro assiste as famílias no

processo de adaptação. Este sistema tem entradas, controle interno, processo de feedback e saída. O estímulo deste modelo é entender a forma como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2010).

Imogene King (1981), criou a teoria da adaptação, compreendeu a família como um sistema social e interpessoal, com interação entre os diferentes sistemas, na concretização dos objetivos. A família é percebida como o veículo de transmissão de valores e normas de comportamento ao longo da vida, que engloba o papel de um familiar doente, transmitindo a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al., 2010).

Por outro lado, Betty Neuman acredita na família como um sistema, em que o principal objetivo é manter a estabilidade, mantendo a integridade da estrutura abrindo e fechando os limites. É um modelo que representa a família em movimento, e não como uma visão, de forma estática (Kaakinen, Coehlo, Gedaly-Duff & Hanson, 2015).

Dorothea Orem, observa a família e encara-a como o apoio do indivíduo e não como foco de cuidados, sente-a em segundo plano, concentrando-se especificamente no papel dos elementos que dela fazem parte, e desempenham ajuda ao indivíduo no cuidado a si próprio (Hanson, 2005).

Marie-Louise Friedemann (1995) desenvolveu uma teoria que percebe a família como um sistema social, cujo objetivo é transmitir a cultura aos seus elementos, em que os principais constituintes para esta teoria, serão a estabilidade da família, o crescimento desta, o controle e a espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2010).

#### 2.1.1.2 - Contributos das Teorias das Ciências Sociais da Família

Na área da ciência social da família, as teorias que apoiam a compreensão da família são então: a teoria estrutural-funcional, a teoria de sistemas, a teoria interativa, a teoria do stress, a de desenvolvimento e a da mudança.

As teorias das ciências sociais, são de entre as três ciências, as que estão mais desenvolvidas e informativas sobre os fenómenos familiares. Como exemplo, nestas teorias estão incluídas a função familiar, o intercâmbio ambiente-família, interações e dinâmicas no interior da

família, mudanças na família ao longo do tempo e a reação da família à saúde e à doença (Kaakinen et al., 2015).

Todas elas são necessárias, embora com tendência a serem abstratas, condicionando por vezes, a compreensão da família e a sua aplicabilidade no exercício da enfermagem (Hanson, 2005).

### **Teoria estrutural-funcional**

Esta teoria, da Sociologia, é abrangente e holística reconhecendo a família com interação com os ambientes internos e externos. Reconhece a família dentro de um sistema mais vasto na comunidade e o seu principal objetivo é reconhecê-la, inserida na estrutura global da sociedade e perceber de que forma os modelos familiares se adaptam às instituições. (Hanson & Kaakinen, 2005).

### **Teoria dos Sistemas**

Em 1936 Von Bertalanffy desenvolveu esta teoria, que tem sido utilizada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias. Nesta teoria o sistema pode ser encarado de forma organizada ou complexa, uma reunião de coisas ou partes que formem um todo complexo ou unitário. A sua aplicabilidade na família será considerá-la como um sistema complexo, de que fazem parte elementos em mútua interação, em que cada elemento da família é um subsistema e em simultâneo um sistema individual, isto é, é um todo e uma parte.

Conforme Andrade & Martins citado por Olívia (2011), “nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema. O foco da nossa intervenção será a interação entre os seus elementos não esquecendo que a família é maior do que a soma destes. Esta teoria tem sido a mais influente ao longo dos anos, referindo que, os sistemas familiares se estendem para além da soma das partes apontando, no entanto, uma fragilidade que será o fato de não dar ênfase a cada elemento da família, mas sim à interação da família com outros sistemas, o que fazem com que esta seja disfuncional (Kaakinen et al., 2015).

### **Teoria Interativa**

Ainda designada por interação simbólica, define a ação do ser humano com o mundo, tem foco na natureza de interação, a dinâmica social entre as pessoas influenciada pelo pragmatismo filosófico e behaviorismo (Lopes e Jorge, 2005). O foco desta teoria está no ciclo de vida das famílias e nos estágios normativos do desenvolvimento familiar. Na enfermagem tem sido utilizada com sucesso, por se tratar de uma teoria cujo significado é o conceito central, em que as ações individuais e coletivas são construídas a partir do relacionamento entre as pessoas (Lopes & Jorge, 2005).

### **Teoria do Stress**

Constitui outra teoria fundamental para o desenvolvimento da enfermagem de família. Esta teoria enfatiza que um acontecimento stressante, provoca mudanças ou mesmo desorganização dentro do sistema familiar, que possui recursos próprios que lhe permitem lidar com os fatores, recuperando, reorganizando-se e posteriormente tornando-se mais forte. No atendimento às necessidades de famílias saudáveis, e no que à enfermagem diz respeito, torna-se limitada a sua utilidade em termos de promoção da saúde e prevenção das doenças. Friedman et al., (2003).

Relativamente ao acontecimento stressante é importante que o enfermeiro consiga ajudar os elementos da família na perceção do mesmo.

### **Teoria de Desenvolvimento familiar**

Para esta teoria, o foco encontra-se no ciclo de vida das famílias e na representação dos estágios normativos do desenvolvimento familiar. Aos enfermeiros concede avaliar o estadió de desenvolvimento das famílias, as tarefas que lhe estão relacionadas e os problemas que poderão coexistir.

A interpretação da vida familiar encontra uma boa ferramenta na teoria do desenvolvimento familiar, pois dá uma perspetiva das alterações que ocorrem ao longo do tempo na família (Teixeira, 2009, p. 44).”

### **Teoria da Mudança**

Teoria de grande contributo, enquadrada no pensamento sistémico, desenvolvida com base na autopoiese e na biologia do conhecimento por Maturana e Varela (1992). As transições

familiares são o seu foco central. As famílias ao longo do seu ciclo vital interagem com os sistemas, encontram-se em constante desenvolvimento e conseguem o equilíbrio num contínuo processo de homeostasia. De acordo com esta teoria, a mudança na família é originada por estímulos, quer internos quer externos ao próprio sistema e ocorre como uma compensação pelas perturbações, com o objetivo da manutenção da estabilidade do sistema. As mudanças podem ser de 1ª ou 2ª ordem. Enquanto que nas de 1ª ordem e apesar de poderem atravessar por algum tipo de mudança, o sistema mantêm-se inalterável, nas de 2ª ordem ocorrem dentro do próprio sistema familiar, alterações reais nas regras de regulação do sistema, isto é, sofre alterações a nível de estrutura ou da comunicação (Hanson 2005).

### 2.3 Teorias das Terapias Familiares

Os modelos de terapia familiar, contrariamente às teorias das Ciências Sociais, são mais dirigidos à prática clínica, com perspetiva da patologia familiar. Estas teorias são uma amálgama de teorias de ciências sociais familiares e teorias da prática. Os modelos conceptuais que farei descrição posteriormente, são modelos conceptuais, descrevem dinâmicas e padrões familiares, que de alguma forma se encontram em todos os sistemas familiares.

A generalidade dos modelos descritos de seguida, encaram a família composta por sistemas interdependentes, e maior que a soma das suas partes. É importante a observação do grupo familiar como um todo, sublinhando que toda a família é afetada numa situação de mudança (Hanson, 2005).

#### **Teoria da Terapia Familiar Estrutural**

Desenvolvida por Minuchin, estuda a família como um sistema sociocultural aberto, que continuamente é confrontado com demandas por mudança, tanto de dentro do sistema familiar como de fora deste. O foco é todo o sistema familiar, seus subsistemas, fronteiras bem como padrões transacionais familiares e regras secretas (Kaakinen et al., 2015).

A nível de terapia esta centra-se na reestruturação da família, centrada no problema e focada para a ação. (Kaakinen et al., 2010).

## **Terapia Familiar Interativa**

Também conhecida por teoria da comunicação. Considera a família como um sistema de comportamentos, conjugados ou processamento de comunicações entre os seus elementos. Dá ênfase ao presente e não ao passado. Segundo Relvas (1999), consiste mais num modelo do que numa teoria pois orienta para um conjunto de práticas. Na terapia destaca-se o valor da comunicação e a componente estratégica (sendo o terapeuta que define objetivos claros para a solução do problema), para além da posição do terapeuta enquanto agente de mudança. Baseia-se assim, nos princípios fundamentais da comunicação, que refere que o ser humano não pode deixar de se comportar por isso não pode deixar de comunicar. Como todo o comportamento é comunicação, para ser compreendido terá de ser examinado. Segundo Hanson (2005) todos os sistemas, não sendo a família exceção, são definidos por regras que mantêm o equilíbrio homeostático preservando o sistema.

## **Teoria da terapia dos sistemas**

Proposta na sequência de um trabalho desenvolvido na área da esquizofrenia por Bowen em 1978.

Centra-se na abordagem dos membros da família a examinar os seus processos de forma a obter *insight* e compreensão do presente e do seu passado sendo exigente no tempo de longevidade da terapia (Kaakinen et al., 2015). Promove ainda a diferenciação do self da família promovendo também a diferenciação do intelecto da emoção.

As teorias descritas anteriormente, são importantes para a avaliação e intervenção na família. “A integração de teorias permite que os enfermeiros vejam as famílias, a partir de uma variedade de perspetivas, que aumentam a probabilidade das intervenções selecionadas serem implementadas pela família, porque se “encaixam” na estrutura, processo, e estilo de funcionamento daquela família (Hanson & Kaakinen, 2005, p. 57).”

### 2.3.1.1 Modelos de Enfermagem de Família

Uma correta avaliação e intervenção familiar por parte dos enfermeiros só será bem-sucedida se houver conceptualização e operacionalização baseadas num modelo de enfermagem.

“Ao utilizar um processo sistemático, as áreas problemáticas da família são identificadas e as forças familiares são realçadas como ponto de partida para as intervenções “(Kaakinen & Birenbaum, 2011, p. 594)”.

Também Wright e Leahey (2009) concordam com esta perspetiva, no entanto são defensoras que em contexto de cuidados, os enfermeiros devem adotar uma estrutura de conceitos clara, para que, com maior facilidade possam sintetizar os dados, identificar os problemas e as forças das famílias, planear as intervenções proporcionando um foco para a intervenção. Se as teorias de enfermagem fornecem aos enfermeiros diversificadas perspetivas de enfermagem, os modelos, por outro lado, têm origem em princípios filosóficos aceitáveis e do desenvolvimento de conhecimento complementar, relacionados com conceitos fundamentais, problemas e objetivos da disciplina (Meleis, 2012).

Diversos foram os estudos que, desenvolveram abordagens teóricas, incluindo algumas das teorias referidas anteriormente, sendo de seguida evidenciados alguns desses trabalhos.

### **Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF)**

Modelo elaborado por Wright e Leahey e publicado em livro com a primeira edição em 1984, atende a dois modelos, o de avaliação e o de intervenção da família que na prática clínica podem ser utilizados em associação ou em separado, atendendo à etapa do processo de cuidados. O conceito de família é: “a família é quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2009; p. 48).

O modelo de Calgary de avaliação da família (MCAF), “é uma estrutura multidimensional, integrada (...) que consiste em três principais categorias” (estrutural, de desenvolvimento e funcional). O objetivo é a avaliação familiar para a ajudar a encarar os seus problemas de saúde criando intervenções para os mesmos. Este modelo (MCIF) fornece uma estrutura organizada, para a conceptualização do relacionamento entre profissionais de enfermagem e as famílias, cuja perspetiva é “(...) interseção entre o funcionamento dos membros da família e as intervenções oferecidas pelas enfermeiras” no sentido de auxiliar na realização de mudanças e iniciar a “cura” (Wright & Leahey, 2009; p.45 e p.15).

Tanto o modelo MCAF como o modelo MCIF apresentam como fundamentos a teoria dos sistemas, a teoria da cibernética, a teoria da comunicação e a teoria da mudança e da biologia da cognição.

### **Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (MDAIF)**

Baseado no modelo de Betty Newman, foi elaborado em 1991 por Berkey e Hanson, e em 1996 por Hanson e Mische. Neste modelo, as famílias são vistas como um sistema dinâmico, aberto, por isso, sujeitas a pressões causadas por fatores stressantes e que a reação desta dependerá da forma como os encara e da profundidade de como estes fatores penetram na família, assim como, a capacidade desta em manter a estabilidade. O enfermeiro deve ajudar a encontrar e minimizar estes fatores de stress e proteger a família como um todo (Kaakinen & Hanson, 2010). Deve ajudar ainda a encontrar as suas forças, e em conjunto planear intervenções que vão de encontro às necessidades da família (Kaakinen & Hanson, 2010).

### **Modelo de Avaliação de Friedman de apreciação da família**

Criado por Friedman em 1998, tem como base a teoria dos sistemas, a teoria do desenvolvimento e a teoria estrutural funcional, que se unem num instrumento de avaliação, que dá uma visão macroscópica das famílias (Hanson & Kaakinen, 2005). Esta abordagem favorece a apreciação da família como um todo e possibilita orientações para a entrevista, de forma a obter uma visão global do que se está a passar na família (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

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

Descrever intervenções de enfermagem, em enfermagem de família, coloca-nos face a comportamentos dos enfermeiros e dos clientes contextualizados no relacionamento enfermeiro família, (Hanson et al, 2005; Wright & Leahey, 2009).

A par da componente teórica do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar surge a componente prática com o intuito de reflexão na aquisição de competências especializadas. A frequência dos vários ensinamentos clínicos permitiu momentos de observação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família, ao longo do ciclo vital, com ênfase nas respostas das famílias a problemas de saúde reais e potenciais.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), o Enfermeiro Especialista deve deter um conhecimento aprofundado, num domínio específico de Enfermagem, e, atentando nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas, relativas a um campo de intervenção (OE, 2011).

O crescimento pessoal e profissional, advém do conhecimento adquirido, associado ao científico, reflexo de experiências e situações vivenciadas que passo a descrever neste trabalho.

Os objetivos propostos para o ensino clínico, encontram-se enquadrados nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como base legal o Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e o Regulamento n.º 428/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (2018) respetivamente.

Logo, a aquisição de competências especializadas, que se considera que foram desenvolvidas, resultaram no aprofundar dos anteriores domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizou-se em competências comuns e competências específicas.

### 3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

A atual exigência dos Cuidados de Saúde, nomeadamente dos cuidados de Enfermagem, traduz a real necessidade destes profissionais se munirem de saberes e competências mais específicas e exigentes, para a realização de uma prática mais especializada na arte de Cuidar.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Ainda, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) as esferas de ação destas competências assentam em quatro domínios fundamentais: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### 3.1.1 Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

Neste domínio situam-se as áreas de competências comuns dos enfermeiros especialistas, que são:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Este regulamento refere que o Enfermeiro Especialista para além de demonstrar capacidade superior na tomada de decisão também o deverá ter em diversas situações, refletindo o conhecimento e a experiência, na qual o juízo emitido se baseia.

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, da Ordem dos enfermeiros (2011), é avaliada a tomada de decisão como um processo sistematizado, em que o profissional identifica as necessidades dos cuidados de enfermagem à pessoa, família (grupo) ou comunidade, definindo as intervenções para com o problema identificado. Estas intervenções são prescritas de forma a evitar complicações, devem detetar precocemente os potenciais riscos e resolvendo ou minimizando os reais problemas do utente. A tomada de decisão, que

para o enfermeiro o orienta o seu exercício autónomo da enfermagem, tendo em conta que, na fase de execução das intervenções, incorpora na prática clínica todo o resultado do seu estudo e investigação.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considero que, os objetivos inicialmente propostos foram atingidos no decorrer do ensino clínico. A Ordem dos Enfermeiros (2012) refere que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”. Segundo o Código Deontológico dos enfermeiros esclarece que, os mesmos estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O fundamento ético da Declaração Universal dos Direitos do Homem são a base da Deontologia em enfermagem, logo acredito que, durante a minha atuação enquanto profissional de enfermagem fui de encontro às práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Nunes, 2004 citado por Morgado et al. (2014, p. 114) refere que “A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, surgindo dilemas e problemas éticos, que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Existe um campo de reflexão próprio, ao agir dos enfermeiros que nasce da nossa prática e das preocupações profissionais, que se refere àqueles a quem prestamos cuidados denominado “Ética de Enfermagem”.

Na prática clínica recorreu-se aos registos com recurso aos aplicativos informáticos existentes, denominado por SClínico (2007). Silva (2007), refere que independentemente da aplicação informática, os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde, trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação. Rodrigues (2010) também sublinha que, os fundamentais benefícios do processo informatizado são a maior confidencialidade, segurança e facilidade em obter informação, uma vez que pode ser acedida por outros profissionais, de forma remota, imediata e

simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

O ensino clínico deve ser sinónimo de reflexão e crítica, sobre as situações com que diariamente nos confrontamos e que nos suscitam dúvidas, dilemas éticos, de forma a adequar respostas, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. No decorrer dos ensinamentos clínicos, a responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem esteve sempre espelhada na minha atuação, demonstrei sempre participação ativa na tomada de decisão perante a equipa, tendo sempre em conta, o cumprimento dos artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015).

Considero que a conduta foi traçada no sentido do respeito pelo utente, pelas suas vontades e crenças, promovendo o seu bem-estar, conforto, estabilização, dignidade, privacidade e o respeito pela sua intimidade.

No decorrer do ensino clínico, foram tomadas decisões em conjunto com o enfermeiro orientador e respetiva equipa de enfermagem, assim como, com a restante equipa multidisciplinar. Estas tomadas de decisão basearam-se na colheita de dados, diagnósticos de enfermagem e na avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas.

### 3.1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade

Neste domínio de competência comum do Enfermeiro Especialista, surgem 3 competências individualizadas, segundo o Regulamento n. 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011.

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade dos cuidados está sempre presente nas instituições de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2001), quando redige as orientações na forma de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, objetiva a “implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das instituições de saúde.” Ainda segundo a OE, a qualidade em saúde não se obtém só pela ação,

mas também depende da atuação do enfermeiro por isso, é de fundamental importância o exercício profissional e o esforço do enfermeiro. No mesmo documento regulador, a Ordem dos Enfermeiros (2015) determina que o enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”.

A prática de enfermagem possibilita aos enfermeiros, uma visão de estímulo na prestação responsável de cuidados de saúde. Constitui uma abertura nos horizontes para rever e procurar diferentes formas de atuação, sendo sempre norteados pela excelência do cuidar (Pinto, 2010).

A preocupação com a qualidade é intrínseca ao ser humano, evolui com ele e gera no decorrer do tempo um esforço contra a imperfeição, consoante as circunstâncias.

O exercício da profissão de enfermagem passa pela construção de um sistema de melhoria contínua dos padrões de qualidade. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar e englobar os diferentes aspetos do mandato social referente à profissão de enfermagem. É com intenção que estes se tornem num documento importante que ajude a precisar o papel do Enfermeiro de família perante clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Foram enunciadas sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2015).

O cidadão, conforme o Despacho nº 1400-A de 2015, têm direito a cuidados de saúde de qualidade, pois é-lhe reconhecida a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados prestados, já que a segurança, é um aspeto primordial para a confiança dos doentes no sistema de saúde. Já o enfermeiro deverá procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados, às concretas necessidades da pessoa (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, foi aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, e visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. O seu principal objetivo é potenciar e reconhecer a

qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Por esse motivo, as prioridades determinadas, obrigam ao reforço de ações como: melhoria da qualidade clínica e organizacional através da promoção para a saúde, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015).

Integrado na Estratégia Nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano, inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes, associados à prestação de cuidados de saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos (DGS, 2015).

Nos cuidados de Saúde Primários, a avaliação da cultura de segurança do doente, deve realizar-se nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nas Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os responsáveis pela promoção da avaliação da cultura de segurança do doente, nos cuidados de saúde primários, são os dirigentes dos ACES e ULS, através das comissões da qualidade e segurança (Despacho nº 3635/2013). A avaliação da implementação da presente norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa. A efetividade da implementação da presente norma nos cuidados de saúde primários e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde (DGS, 2019).

Na instituição onde foram realizados os ensinamentos clínicos, os enfermeiros têm como objetivo primordial a segurança do doente, baseando a sua prática em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar, com o objetivo de uma melhoria de qualidade constante e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas disciplinares ou de reclamações, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Para além de garantirem a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada. A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e as vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Para que os padrões de qualidade nos serviços sejam alcançados, é preciso lembrar a importância de uma correta gestão dos recursos humanos e materiais, pois sem ela, não é possível uma prestação de cuidados com elevada qualidade.

A formação em serviço também é, cada vez mais reconhecida, como instrumento de atualização científica e melhoria dos cuidados. O mais importante são as implicações na prática diária e a atualização dessa prática com base na evidência científica. A busca de evidência para melhorar as práticas deve ser uma constante.

Durante o ensino clínico, houve momentos de partilha de experiências, momentos de reflexão com o orientador permitindo troca ativa de conhecimentos, que contribuíram para a melhoria de cuidados e para a pesquisa de novos conhecimentos e novas evidências científicas na busca da melhoria dos cuidados de enfermagem.

### 3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio existem sempre duas competências segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros:

- Gestão dos cuidados e otimização da resposta dos enfermeiros e restantes profissionais da equipa, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.
- Adequação do estilo de liderança à situação, gerindo os recursos à necessidade de cuidados, objetivando a qualidade dos cuidados.

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante, para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O enfermeiro com

competências ao nível da gestão, desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência com vista à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações (Regulamento n. 976/2018).

Para serem atingidos os padrões de qualidade, dos cuidados de enfermagem, é preciso lembrar a importância da gestão dos recursos humanos e materiais, pois sem uma correta gestão não é possível a prestação de cuidados de elevada qualidade. Tendo em conta, que compete às instituições de saúde, adequar os recursos e criar as estruturas, que conduzam ao exercício profissional de qualidade.

Neste âmbito, foi oportuno acompanhar o Enfermeiro coordenador e também orientador de estágio, na organização e gestão de stock, assim como, na gestão de recursos humanos. Foi possível verificar como era feita a gestão dos stocks de vacinas e de recursos humanos nomeadamente no encaminhamento dos recursos humanos, para os centros de vacinação Covid-19.

O modo de funcionamento e articulação dos recursos também foi observada, tendo em conta, que cada vez mais as instituições se baseiam em alcançar metas, projetos, indicadores e objetivos. O modo como se articulam os recursos e as unidades e como é feita a referenciação dos utentes para a RNCCI também foi ponto assente neste ensino clínico.

Ainda no que à gestão diz respeito, o facto de ter sido possível desenvolver competências nesta área ao longo dos três módulos e a “obrigatoriedade da ação no terreno” contando por vezes, com algumas limitações, como o caso de dividir o carro dos domicílios com outra unidade, para dar resposta eficaz a todas as necessidades, contribuiu, para perceber a grande importância que existe no correto planeamento e agendamento das visitas domiciliárias.

#### 3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio de competência comum do Enfermeiro Especialista, surgem 2 competências individualizadas, descritas no Regulamento n. 122/2011 de 18 de fevereiro (2011):

- Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Durante o decurso dos ensinamentos clínicos, foram diversos os momentos que possibilitaram a possibilidade de raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências, da prática especializada de enfermagem. A partilha de informação, tanto com os demais colegas de equipa, assim como, com o enfermeiro orientador do centro de Saúde da Parede, foram enriquecedoras. A pesquisa bibliográfica também se mostrou um forte aliado, no processo de aprendizagem. A melhoria contínua dos cuidados prestados associados à mudança da prática é visivelmente uma vantagem.

No decurso dos ensinamentos clínicos houve a preocupação de pôr em prática todo o potencial, tanto ao nível dos conhecimentos teóricos aprendidos, como ao nível da relação interpessoal e da gestão de sentimento. Foi fundamental a mobilização de conhecimentos teórico-práticos que já detinha, uma vez que trabalho nos cuidados primários há alguns anos, mas adaptando-os agora para os cuidados enquanto futura Enfermeira de Saúde familiar. Nesse sentido a frequente pesquisa bibliográfica demonstrou-se preciosa. A aprendizagem é inerente ao ser humano e com ela crescemos como pessoas e profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, e apesar da pandemia, foram sempre aproveitadas as oportunidades de aprendizagem que se revelaram basilares no processo de desenvolvimento, enquanto futura Enfermeira Especialista, uma vez que me permitiram refletir acerca das mais recentes normas, guidelines e orientações científicas desenvolvidas como norteadoras da prestação de cuidados de saúde à família.

Relativamente à prestação de cuidados nos três módulos, foi possível desenvolver novos conhecimentos atuando ao longo de todo o ciclo vital, no sentido de prevenir a doença, assim como de promover a readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência nas atividades de vida e adaptação funcional e multifatorial através de processos de aprendizagem. Houve a oportunidade de ajudar a pessoa e família a gerir os recursos da comunidade e promover a aprendizagem, como forma de lidar com os desafios de saúde.

Os objetivos foram alcançados em conformidade com os programas nacionais de saúde em vigor, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pelo Conselho de Enfermagem da OE (2001), intervindo nas áreas de saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso. Foram então desenvolvidos conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem tendo por base programas de saúde transversais a todo o ciclo vital, programas destinados a fases específicas do ciclo vital e programas específicos para situações de vulnerabilidade.

Para além disto, foi demonstrada capacidade de trabalho noutra equipa e noutra realidade, na equipa multi e interdisciplinar, o que provocou uma capacidade de reflexão sobre os cuidados prestados de forma a adequá-los às novas e diferentes situações do dia a dia.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A formação especializada em enfermagem, permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen (2001), a formação deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços que lhe permitam uma prática refletida mais portadora de sentido.

É fundamental que o enfermeiro desenvolva a sua atividade responsabilmente num contínuo processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Na procura permanente da excelência dos cuidados, o enfermeiro se Saúde Familiar maximiza o bem-estar da família e promove a sua capacitação prescrevendo e implementando intervenções com rigor técnico/científico, que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar (OE, 2011).

Wright e Leahey (2009) distinguem dois níveis distintos de enfermagem de família, sendo dois níveis de especialização, são eles os generalistas e os especialistas. Em que no primeiro a família é contextualizada como contexto e o foco é o indivíduo no contexto familiar, ou aos membros da família como contexto e suporte para o indivíduo.

No segundo nível é requerido a especialização em enfermagem dos sistemas familiares, correspondendo à prática avançada de enfermagem de família. Apoiada no pensamento sistémico as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea. O cliente passa a ser o sistema familiar, tornando-se a família a unidade de intervenção.

No presente trabalho, pretende-se fazer uma reflexão sobre o percurso desenvolvido na aquisição de novas competências. Será assim descrito o percurso da aprendizagem, fazendo a descrição das atividades desenvolvidas no âmbito do desenvolvimento de competências exigidas e a autorreflexão sobre as mesmas.

Os ensinamentos clínicos desenvolveram-se na USF- Mare na Parede, ACES de Cascais considerando-o um bom campo de estágio que me proporcionou aquisição de competências, não só pela aceitação e disponibilidade de toda a equipa como por ser um local onde ainda se trabalha segundo o modelo biomédico, enriquecendo ainda mais a experiência de aprendizagem.

### 3.2.1 Cuida a Família, enquanto Unidade de Cuidados, e de cada um dos Seus Membros, ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção

Considerou-se desenvolvida ao longo deste percurso. Inicialmente houve a necessidade de estabelecer relação com as famílias para promoção da saúde, em contexto ambulatorio nas consultas programadas e de vigilância e nos tratamentos continuados, procurando estabelecer uma relação próxima com os elementos da família de forma individual e coletiva, tentando sempre envolver outros elementos da família no processo de saúde/doença do seu familiar. Sempre com a finalidade de prevenção de doenças e controlo de situações complexas. Esta competência foi também possível de desenvolver em contato direto com as famílias, embora restrito devido à pandemia, através da realização de visitas domiciliárias (avaliação familiar) e consultas de vigilância. A prestação de cuidados em contexto domiciliário, permite o conhecimento da família e a forma como se organiza no seu ambiente de desenvolvimento. O contexto de visita domiciliária também permitiu perceber os recursos e as forças da família, de forma a capacitá-la para a satisfação das necessidades identificadas. No entanto, houve dificuldade no envolvimento da família nos cuidados porque, a maior parte dos utentes em contexto domiciliário se encontravam apenas acompanhados

por uma pessoa, que nem sempre era membro da mesma (ou considerado como tal) e os utentes aos quais foram prestados cuidados de enfermagem, em contexto ambulatorio deslocavam-se sozinhos à USF.

De qualquer forma as famílias demonstraram grande confiança com a Enfermeira de Família e com outros enfermeiros da equipa da USF, o que facilitou a presença como estagiária, no seio familiar de modo a conseguir realizar o estudo familiar. Foi estabelecida uma relação colaborativa, respeitando a competência da família na tomada de decisões, gestão de vida e abordagem à doença. A abordagem às famílias foi sempre feita de forma disponível, bem-disposta e criativa possibilitando o diálogo para favorecer a escuta das suas necessidades e ir ao encontro dos seus objetivos. Esta forma de estar, criando um clima de confiança foi facilitadora para o processo terapêutico, de modo a auxiliar a família em momentos de crise.

Depois de definidos os objetivos de saúde, tendo em conta o ponto de vista da família, reforçou-se os pontos fortes no âmbito da saúde levando a perceber que os desafios variam consoante a família e os contextos, sendo motivador para a enfermagem, a percepção de que as abordagens têm de ser distintas e os cuidados mais efetivos, que visem a melhor saúde da família e dos seus elementos. Para uma melhor abordagem a determinadas famílias são precisas boas competências comunicacionais.

A criação de um ambiente seguro assim como a confiança da família, o conhecimento das famílias e a abordagem colaborativa, revelaram-se fatores facilitadores na interação com as famílias que foram estudadas, o que é facilitador na recuperação do seu bem-estar perante a crise atual que vivenciavam. No contexto da prestação de cuidados à família, foi realizada a avaliação, tendo em conta, as dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Selecionou-se as mais vulneráveis com necessidade de intervenção para a aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família. A metodologia utilizada foi a avaliação familiar, com recurso às estratégias de observação, tendo em conta, a linguagem verbal e não-verbal e a entrevista. No que diz respeito à família, cada família só dá a conhecer de si o que quer que se conheça. E, por vezes, a complexidade, a maneira como se organizam e as relações estabelecidas entre os seus membros são difíceis de identificar/percecionar se a família não quiser partilhar, ou se não houver uma relação de confiança previamente estabelecida. Inicialmente, foi sentida alguma dificuldade por ser um elemento estranho, mas com o

decorrer do estágio a proximidade foi-se criando, a continuidade de cuidados e a relação de confiança estabelecida, por esse motivo considera-se que essa dificuldade foi ultrapassada, não criando obstáculos no desenvolvimento destas competências.

Foram colhidos os dados considerados pertinentes para o estado de saúde da família, integrando também informação adicional de outras fontes exteriores, utilizando instrumentos de avaliação familiar, para identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

Foram aplicados os instrumentos de avaliação familiar considerados pertinentes para o estudo de Avaliação Familiar, métodos, modelos e escalas que orientem para a colheita de dados e o planeamento de intervenções como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Anexo I) e alguns instrumentos de avaliação que se acharam pertinentes para esta situação: - Genograma, - Ecomapa, - Escala de Morse, - Escala de avaliação social de Graffar, - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que permitiram reforçar essa mesma avaliação familiar. Juntamente com o Enfermeiro orientador registaram-se os dados possíveis no SClínico para a avaliação do “Processo Familiar” e a “Saúde da Família” que não conseguem de momento traduzir, o trabalho realizado em contexto prático.

Foi identificada a sua estrutura (subsistemas, limites e normas), e percebeu-se os padrões de interação entre os seus elementos e com outros sistemas recorrendo a instrumentos de avaliação válidos (ex.: genograma, ecomapa, mapa familiar) em paralelo a observação ativa da dinâmica familiar. Tendo como base os conceitos da Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da comunicação e Parâmetros de diagnóstico de Minuchin (estrutura da família, desenvolvimento da família, maleabilidade do sistema, ressonância à individuação e funções do sintoma), e as crises normativas relacionadas com as etapas do ciclo vital, de acordo com a Teoria de Duval.

Os problemas foram identificados e priorizados de acordo com a percepção da família e sobre a importância da sua resolução, mobilizando os recursos e forças da família, para a maximização do seu potencial de saúde promovendo a aquisição de novas competências. Foi avaliada a capacidade da família para se manter unida e agilizados processos de mudança, apoiando todos os seus membros na sua interação com o meio ambiente.

Foi elaborado um plano de cuidados juntamente com a família, recorrendo à pesquisa bibliográfica para atingir os resultados desejados pela mesma e analisando como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. A avaliação familiar foi realizada já em situação de crise, resultado das diferentes fases do ciclo vital com riscos diagnosticados (diagnóstico de demência) e ainda em transição saúde/doença com situação de doença crónica relacionadas com estilos de vida (diabetes, hipertensão e obesidade).

Foi utilizado o Modelo de Calgary de avaliação da família, debatido com o enfermeiro orientador e verificadas as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades da família de forma a capacitá-la, segundo a CIPE na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde. Foi criado um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis e utilizado um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família, quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar, consultando a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde. Estimulou-se as componentes afetivas e espirituais da família, recorrendo à reflexão sobre o sentido de vida, de forma a estabelecer com a família as intervenções para os problemas identificados, que permitiam o fortalecimento da capacidade funcional da família.

Conjuntamente com o enfermeiro orientador e restante equipa, fez-se a recolha de necessidades sentidas por todos, no que à prestação de cuidados aos doentes diz respeito, na comunidade/acamados e foram desenvolvidos dois vídeos, que seriam fornecidos às famílias que mostrassem interesse na aquisição desses conhecimentos (massagem e lavagem dos dentes). Reconhecimento e dinamização de ações de formação, que inserido no contexto atual de pandemia, constituíram um conceito alternativo para dar resposta às necessidades da USF e dos utentes quando impossibilitados de visita domiciliária, por parte da equipa de enfermagem.

Estas novas experiências permitiram uma visão mais ampla de como Cuidar de uma família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, o que permitiu um envolvimento de forma ativa e intencional na prática de enfermagem familiar. Com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, procurou-se orientação/cooperação a fim de melhorar a prática em

Enfermagem de Saúde Familiar, com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Foram realizadas consultas de acompanhamento junto da equipa de enfermagem, nomeadamente nas consultas de Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Ginecológica, Hipertensão Arterial e Diabetes. Nas consultas de saúde materna e nas consultas de Saúde Infantil foi incentivada a presença de outro elemento da família tendo-se verificado a presença do mesmo, nas consultas subsequentes.

Nas consultas programadas nomeadamente na de Diabetes percebeu-se a importância do acompanhante ou de quem confeciona as refeições. Na de Saúde Materna e Infantil reconheceu-se a importância do pai e da mãe para que ambos se envolvessem no desenvolvimento saudável do seu filho (prevenção de acidentes, hábitos de vida saudáveis e atividades promotoras).

Após a elaboração do plano de cuidados com a família, foram monitorizados os resultados perante as intervenções implementadas e renegociando ou reajustando a implementação de novas intervenções, de acordo com a identificação de necessidades e forças da família.

Foram identificadas necessidades formativas de grupos sociais mais vulneráveis ou mais isolados, pertencentes a esta Unidade de saúde familiar, com vista a dotá-los de conhecimentos.

O desenvolvimento do Processo Familiar através de visitas domiciliárias ou das consultas de enfermagem foram determinantes, para perceber oportunidades de mudança das famílias em estudo e assim desenvolver um processo de enfermagem adaptado. A avaliação, diagnóstico, intervenções e avaliação de resultados não foram desenvolvidos de forma rígida e sequencial, mas sim sistematizada e oportunista, dando resposta às expectativas das famílias e, ao mesmo tempo, recolhendo informações relativas à estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Desta forma, foi possível levantar focos adequados, perceber os problemas percebidos pela família e intervir num processo colaborativo, no sentido de desenvolver potencialidades da mesma com a finalidade de dar resposta aos seus problemas numa perspetiva sistémica.

No contínuo dos ensinamentos clínicos ressaltou a evidência da família ser aliada dos profissionais na arte de cuidar, evidenciando-se a capacitação da família, otimizando os recursos e as forças que possuem para gerir a sua saúde. Foi também percebida a importância da utilização de

modelos de avaliação e intervenções familiares, na prática dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, assim, como algumas limitações que se realçam como a disponibilidade de tempo deficiente, a dificuldade na documentação nos sistemas de informação, a exigência de treino em relação à entrevista familiar e ainda o fato da estrutura familiar estar em constante mudança e evolução. A importância da relação de confiança ficou comprovada, pois sem ela é difícil qualquer tipo de contextualização.

Em resumo, a necessidade de formação que sentia neste específico domínio da enfermagem, para desempenhar funções como Enfermeira de Família tinham de ser desenvolvidas e reconheço a pertinência e a necessidade de formação inerente à saúde familiar para todos os profissionais, que desempenham funções nesta área.

É essencial uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica, impulsionando a maximização das suas forças, recursos e competências, bem como a sua capacidade de decisão na gestão do seu funcionamento, segundo a pedra angular do estilo colaborativo. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, focando as respostas da família aos seus problemas. Torna-se, pois, impreterível a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição (Figueiredo, 2009).

A teoria das transições refere-se a uma teoria de médio alcance, com realce em fenómenos de enfermagem que refletem a prática clínica e o processo de enfermagem, segundo a premissa de que uma transição não é uma simples mudança, tratando-se de um processo através do qual a pessoa se capacita a integrar a mudança na sua vida.

Participar num processo de transição que leve à mestria implica a aquisição de conhecimento, participação em redes de suporte social, manutenção ou desenvolvimento de estreitas relações com outros e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através do desenvolvimento do autoconhecimento (aumentando a resiliência) (Meleis, 2005).

O desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com as famílias cuidadas foi a estratégia desenvolvida, para facilitar o desenrolar do processo transicional em que se encontravam, alcançando o *Coping* das famílias.

O enfermeiro de família deve ser um elemento de referência, não só como fonte de informação, como agente mobilizador e de ligação entre a família e os recursos existentes e mais adequados para dar resposta em cada caso. Sempre que o enfermeiro facilita o processo de transição de uma família está a capacitar a família numa situação de crise, dando-lhe ferramentas e trabalhando com a família para atingir uma situação de resiliência, originando processos de *Coping* familiar. De salientar, que os processos de transição possuem propriedades transversais e comuns, nomeadamente a consciencialização, o envolvimento, a mudança, tempo de vida e eventos críticos. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve ser uma ponte de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Dessa forma, os estágios foram desenvolvidos fomentando a continuidade dos cuidados, referenciação dos utentes a outros profissionais, recursos da comunidade, família extensa e a redes de suporte, sempre que necessário.

O enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Familiar deve maximizar o bem-estar da família, promovendo a capacitação da família para suplementar/complementar as atividades de vida, relativamente às quais um dos seus membros é dependente. A educação para a saúde foi desenvolvida nas diversas dimensões, dependendo das necessidades das famílias, permitindo a capacitação das mesmas.

### 3.2.2 Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Para a concretização deste objetivo enunciado nas competências formuladas pela OE (Regulamento nº 428/2018, publicado in Diário da República, 2.ª série-N.º 135, 16 de julho de 2018) foram desenvolvidas capacidades na gestão, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Articulou-se com a restante equipa de saúde e multidisciplinar, mobilizando os recursos necessários para a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, com as necessidades identificadas na família, de forma a referenciar para outros profissionais de saúde. Percebeu-

se de que forma a USF se articula e interage com as respetivas unidades de interação e que outros recursos estão disponíveis na comunidade.

O sistema de cuidados de saúde da família foi gerido aos diferentes níveis de prevenção, participando no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar tendo sido criada e sustentada uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção e utilizando sistemas de informação e tecnologias disponíveis, para melhorar os resultados de saúde familiar. Entendeu-se a necessidade de registos padronizados, que evidenciem ganhos de saúde, associados aos cuidados de enfermagem de família no SCLínico.

Fui integrada de forma pró-ativa na equipa de saúde, participando em atividades de gestão com o enfermeiro orientador. Foi selecionada uma família para aplicação do Modelo de Calgary, aplicada a matriz operacional e respetivas escalas de avaliação. Foram elaborados diagnósticos e aplicadas intervenções de enfermagem. Foi realizado o preenchimento das respetivas escalas no processo familiar, e preenchido o programa de referência para a rede nacional de cuidados continuados integrados (para utentes dependentes que necessitam de reabilitação e/ou manutenção motora e/ou descanso do cuidador).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar será o profissional de referência que garante o acompanhamento da família ao longo do ciclo vital. O enfermeiro necessita de mobilizar todo um conjunto de competências académicas, experienciais e habilidades pessoais, para valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Neste sentido, a comunicação em saúde torna-se um elemento cada vez mais importante na capacitação das famílias.

Refletindo neste período formativo, e tendo em atenção os objetivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se concretizam em forma de competências, considero que foram atingidos de uma forma global encarando que a evolução será gradual e favorável, muito acentuado pela dedicação, empenho e pela força do querer, que de certo se farão ecoar num futuro próximo.

### 3.3 INTRODUÇÃO

De modo geral, todos sabemos o que é uma família, como funciona, quais as principais preocupações e quais as competências que lhe são atribuídas. Todos a reconhecemos como um lugar de partilha de afetos, de cuidados e de responsabilidades.

Ao analisar a família na perspetiva sistémica e comunicacional verificamos uma evolução do conceito e do enquadramento desta nos diversos contextos socioculturais que conduziu a uma diversidade de transformações na mesma, traduzindo-se em mudanças na sua estrutura e função. Atualmente, novas formas de organização familiar têm surgido, nomeadamente famílias monoparentais, famílias reconstituídas, congregando adultos e crianças sem laços sanguíneos em novas estruturas familiares.

A família sofre fortes influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais do contexto onde estão inseridas, desenvolvendo mudanças nos papéis e nas relações, no seu interior, implicando deste modo uma alteração na estrutura no que diz respeito à composição familiar (Dias, 2011; Guedes, 2008; Simionato e Oliveira, 2003).

A par destas alterações estruturais da sociedade e procurando devolver, o mais rapidamente possível, à comunidade os seus clientes, onde a família não é integrada surge a reestruturação dos cuidados de saúde, com ênfase na rentabilização e utilidade dos recursos.

O *International Council of Nurses* (ICN) faz a seguinte definição de família: “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015 p.143).

Já a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 6), define família como sendo um grupo de seres humanos, vistos como unidade social ou um todo coletivo, composta por elementos ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, sendo vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas relevantes para o utente, que constituem partes do grupo.

Wright e Leahey (2011) defendem, que (...) família é quem os membros dizem quem são”.

Segundo (Dias, 2011) existem vários papéis na estrutura familiar, os papéis familiares surgem e modificam-se para ajudar as famílias a realizarem as transições para novos estádios ao longo da sua vida e para satisfazerem as suas necessidades em cada estádio.

Depreende-se então que, família é um sistema onde existe um conjunto de elementos ligados por um determinado conjunto de relações, em contínua relação com o meio envolvente, tentando manter o equilíbrio ao longo de todo o processo de desenvolvimento decorrido dos diversos estados de evolução.

A unidade de suporte a todos aqueles que carecem de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos, em Portugal é a família (Frade, 2021).

A Enfermagem defronta-se com estas novas transições que constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família, no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Collière (1999) refere que do nascimento à morte, a vida é marcada por sucessivas passagens, durante as quais se verifica a necessidade de cuidar dos seus autores. Para se trabalhar na perspetiva de família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família.

As famílias têm uma identidade própria, construída ao longo dos anos, que as tornam únicas e irrepetíveis, são a base do que são os seus elementos, estruturam-nos como pessoas e dão-lhes sentido (Núncio, 2018).

Segundo (Figueiredo, 2012), para a compreensão da família como unidade, é essencial perceber a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que torna a família autêntica e única.

Embora o trabalho dos enfermeiros seja muitas vezes com as famílias, muitos deles, relatam ter conhecimento limitado sobre como proporcionar cuidados de enfermagem de saúde familiar úteis. A formação prática e o conhecimento teórico são importantes durante a formação-base e pós-graduação e tem aumentado o nível de preparação para as atividades de enfermagem de saúde familiar e de autoconfiança, quando se trabalha com as famílias (Flowers, St. John & Bell, 2008).

Wright e Leahey (2002) foram as primeiras teóricas a afirmar que a enfermagem de família aparece da interceção de três áreas de conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências

sociais e a terapia familiar, que dizem respeito ao indivíduo, à família e comunidade com o objetivo de promover a saúde familiar. Com o propósito de promover a autonomia do sistema familiar, as intervenções de enfermagem devem fundamentar-se numa filosofia de cooperação com a família, direcionando-a para a aquisição de competências e independência, pretendendo apoiá-las na procura de soluções para problemas identificados, englobando-a no planeamento, na execução das intervenções e na mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

A pessoa doente e respetiva família necessitam de ser acolhidos e compreendidos tendo em consideração a sua história pessoal e social, nos seus valores e sentimentos (Rodrigues, 2013).

É ao enfermeiro nos serviços de saúde, que compete ouvir, ser sensível, estar presente, comprometer-se, lutar, respeitar e garantir os direitos da família, para além de participar na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde que visam a saúde e o bem-estar das famílias (Cossette et al., 2016).

A família ainda é vista pelos enfermeiros de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar, apesar dos desenvolvimentos em enfermagem de família (Freitas, 2009; Kaakinen, 2010; Wright & Leahey, 2009).

A intervenção do enfermeiro será eficiente ao nível afetivo, cognitivo e comportamental, com ganhos para a saúde se a intervenção de enfermagem resultante de relacionamentos for eficaz, tornando-se assim mais útil à mudança, na estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família (Wright & Leahey, 2009). Assim em saúde familiar os enfermeiros mobilizam conhecimentos, estratégias de *coping* e os recursos necessários, sejam eles a nível pessoal ou coletivo na procura da identificação de problemas para ajudar as famílias (Hagedoorn et al., 2017).

As atitudes assumidas pelos enfermeiros relativamente à família são cruciais para o processo de cuidar. Assim, é fundamental, que na prestação de cuidados as equipas de saúde considerem a família parceiro no processo de cuidar, e promovam as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função. De acordo com Monteiro (2010) citado por Fernandes et al (2015, p. 22) “É, na nossa opinião, fulcral que os cuidados de enfermagem

sejam centrados na família, prestados em parceria com esta, o que obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros, a uma alteração das políticas e da filosofia da instituição e até das próprias unidades de saúde” (Monteiro, 2010, p. 178).

A família pode ser um precioso aliado na luta contra a doença e um poderoso aliado dos profissionais de saúde, na prestação de cuidados. Desde tempos idos que os familiares foram considerados agentes de extensão da prestação de cuidados, uma espécie de “enfermeiros do amor” (Remondes-Costa, 2015).

É ao enfermeiro, enquanto profissional, que compete habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados colaborativos, para poder prestar e consolidar, da melhor forma, esses cuidados, pelo que, os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo e valorizam o seu envolvimento nos cuidados (Rodrigues, 2013).

“(…) O modelo de parceria de cuidados, onde se procura envolver a família nos cuidados de enfermagem, deve ser adequadamente conceptualizado e aplicado pelo enfermeiro, já que o profissional, por um lado não deve sentir-se ameaçado pela presença do familiar, por outro, o familiar não deve ser visto como um elemento que vai substituir algumas das suas funções. Os enfermeiros, independentemente da área de especialidade, devem estar habilitados e mostrarem-se capazes de envolver as famílias em todos os domínios da sua prática clínica, promovendo a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas” (Frade, 2021).

Segundo a OMS, a família integra a equipa de saúde (Dias, 2000) e é um dos objetivos do Conselho internacional de Enfermeiros, cuidar da família (ICN – *International Council of Nurses*; Figueiredo, 2009).

Segundo Koliaf et al., (2018) os enfermeiros que demonstram ter atitudes mais apropriadas face ao envolvimento das famílias nos cuidados sabem que é crucial a relação recíproca entre o enfermeiro e a família. Por esse motivo, o enfermeiro, deve procurar preparar a família na prestação e envolvimento nos cuidados de cooperação para obter melhores resultados com maior qualidade nos cuidados prestados.

Para Lozano et al. (2019), as intervenções de enfermagem, que visam capacitar a família na prestação e envolvimento em cuidados de colaboração devem centrar-se em dar segurança, aumentar a proximidade do doente e da família/pessoa significativa, tratar de informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio.

Fernandes et al. (2015), num estudo em que avaliou as atitudes dos enfermeiros perante a inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem, revela que uma parte significativa dos enfermeiros portugueses que trabalham nos cuidados de saúde diferenciados apresenta uma atitude positiva para com as famílias, o que revela um indicador favorável para a integração das famílias no processo de cuidados, no entanto, as intervenções de enfermagem às famílias em ambientes hospitalares são diminutas, privilegiando a família como contexto e não como foco. Nesse mesmo estudo, é ainda salientada a necessidade e vantagem dos enfermeiros possuírem formação e competências para avaliar e intervir nos ambientes familiares.

As atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento das famílias no cuidado de enfermagem têm sido estudadas em diferentes contextos clínicos e há já fortes evidências sobre a importância de envolver a família na assistência à saúde, onde as famílias têm sido consideradas importantes para o utente tanto agudo como crónico como por exemplo (Halldorsdottir & Svavarsdottir, 2012; Kamban & Svavarsdottir, 2013; Knaf, Deatrck e Havill, 2012; Konradsdottir & Svavarsdottir, 2011; McClement, Fallis, & Pereira, 2009; 2014).

#### 3.4 METODOLOGIA

A metodologia, segundo Vilelas (2017) é uma “palavra que vem do grego; meta que significa para além de; odos, caminho; logos, discurso ou estudo”. Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações. Corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento. Metodologia define-se como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

A investigação em enfermagem é essencial para tomada de decisões fundamentadas e inteligentes, para melhor prestação de cuidados aos utentes. Segundo Fortin (2009, p. 4) “constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimento, pelo seu carácter sistemático e rigoroso” O desenvolvimento contínuo da profissão baseado no saber e na ciência possibilita à

enfermagem a criação de alicerces para melhor fundamentação e reconhecimento para a sua visibilidade social.

Para Vilelas (2017) “a investigação é entendida como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza perante a realidade do mundo. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação”.

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas com interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. A metodologia científica é, portanto, um instrumento sem o qual a ciência, em si mesma, não poderia existir (Vilelas, 2017).

O processo de investigação incorpora três fases fundamentais: a conceptual, a metodológica e a empírica. Na fase metodológica verifica-se qual o melhor método a utilizar para obter uma resposta à questão de investigação. Após definida a questão que pretendo investigar procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura partindo da questão: “Atitudes dos enfermeiros e alunos face à importância da família no processo de cuidar”. É necessário definir quais as decisões a tomar para atingir os objetivos do estudo, para que haja resposta à questão de investigação e dessa forma conduzir a conhecimento para a profissão de Enfermagem.

Na presente investigação iniciou-se, com a contextualização do estudo, de seguida será definida a questão de investigação, os objetivos do estudo, a população e o instrumento de recolha de dados.

#### 3.4.1 Tipo de Estudo

Uma das etapas de um trabalho de investigação consiste na recolha de dados, por isso, foi necessária a aplicação de um instrumento que me habilitasse para a obtenção dos mesmos, indo de encontro aos objetivos do estudo e às características da população a ser estudada.

Considerando a natureza da problemática a investigar, optou-se por um método de cariz quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal. Este método considera que “é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas” (Vilelas, 2017). É um método descritivo porque o principal objetivo é descrever e elucidar os fenómenos ou conceitos inerentes a uma população, logo serve para

expandir os conhecimentos das características e dimensão de determinado problema. Analítico, porque analisa os dados e correlacional pois permite-nos estabelecer relações entre as variáveis e descrever essas mesmas relações (Fortin, 2009; Vilelas, 2009).

### 3.4.2 Objetivos

Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
- Conhecer as atitudes dos alunos na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
- Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

### 3.4.3 Questão de Investigação

A questão de investigação constitui um elemento fundamental para o início de uma investigação, o que se pretende explorar para alcançar novas informações. Segundo Fortin (2000) “... a formulação de um problema de investigação requer determinado processo para transformar um domínio de interesse geral num problema particular”.

Pelo que acima se descreveu, julgo que o problema levantado seja de toda a pertinência para a profissão de enfermagem, uma vez que trará contributos, podendo ser um instrumento a utilizar que permitirá reforçar ou alterar a forma como os enfermeiros se relacionam com a sociedade onde estão inseridos, contribuindo assim, para uma prática fundamentada na evidência e contribuindo também para o desenvolvimento da investigação focada em problemáticas decorrentes da prática de enfermagem.

Logo, para a realização da presente investigação entendeu-se delinear a seguinte questão de investigação:

- Quais as atitudes dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem relativamente à importância da família no processo de cuidar?

### 3.4.4 Hipóteses

As hipóteses surgem da necessidade de estabelecer um caminho que oriente a investigação, com a finalidade de averiguar possíveis relações entre duas ou mais variáveis. É um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provém da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos (Fortin, 2000; Vilelas, 2009). Assim sendo, foi formulado um conjunto de hipóteses, com a finalidade de dar resposta ao problema em questão, assim como conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros e alunos relativamente à família com as variáveis sociodemográficas e profissionais, que são:

**H1** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem.

**H2** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o género.

**H3** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a idade.

**H4** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o título profissional.

**H5** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e as habilitações académicas.

**H6** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência profissional.

**H7** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o tempo de exercício no serviço.

**H8** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

### 3.4.5 Operacionalização das Variáveis

Esta etapa consiste em determinar a forma como os conceitos vão ser medidos, como serão operacionalizados, e convertidos em expressões quantificáveis e mensuráveis (Fortin, 2009).

Segundo Vilelas (2009), operacionalizar variáveis, significa definição dos conceitos de forma, a que possam ser observados e medidos. Este processo de operacionalização desenvolve-se por etapas, destacando a precisão das definições concetuais, a especificação das dimensões

do conceito, a conversão em indicadores empíricos e por fim, a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo (Fortin, 2009). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é uma fase crucial no processo de investigação e contribui de forma decisiva para o rigor e objetividade do estudo.

As variáveis permitirão um melhor desenvolvimento do marco teórico, com maior precisão, clareza e facilitação do trabalho de verificação (Vilelas, 2017).

Neste estudo de investigação foram identificadas variáveis dependentes e independentes cuja operacionalização passarei a descrever de seguida.

#### 3.4.5.1 Variável Dependente

Para Fortin (2009), variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado predito pelo investigador. A variável dependente do estudo é “a atitude do enfermeiro face à família”.

A operacionalização desta variável teve por base a Escala IFCE-AE- “A importância das famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011). A variável dependente parte da compreensão de que a ideia é desenvolvida através de experiências cognitivas, afetivas e comportamentais sobre o objeto visado; exprime uma autoavaliação sobre o mesmo e é uma predisposição para a ação.

A atitude do enfermeiro face à família mostra a perceção que este profissional possui, sobre a importância de envolver a família nos cuidados e é indiciadora do seu comportamento.

O enfermeiro sublinha a importância do estabelecimento de diálogo quando considera a família como parceiro dialogante, propiciando discussões sobre assuntos relacionados com a estrutura familiar e o planeamento dos cuidados (Benzein E., Johansson, Arestedt, & Berg, 2008a; Oliveira et al., 2011).

A família é um recurso para os cuidados de enfermagem, se o enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica. A família é analisada como um recurso de *coping* quando este profissional a valoriza pelas suas características, potencialidades e pontos fortes (Wright e Leahey, 2009).

Visualizar a família como um fardo, implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar das famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis (Alves M. A., 2012).

### 3.4.5.2 Variáveis Independentes

A variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009).

Assim, neste estudo de investigação o grupo, o género, a idade, o título profissional; as habilitações académicas; a experiência profissional; o tempo de exercício no serviço e a experiência anterior com familiares gravemente doentes são as nossas variáveis independentes (tabela 4).

Tabela 4 - Operacionalização das Variáveis em estudo

<b>Variável dependente</b>			
<b>Variável</b>	<b>Escala de medida</b>	<b>Continuidade das variáveis</b>	<b>Opções de resposta</b>
<b>A Importância atribuída à família</b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: (1) Discordo completamente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo completamente
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, sendo que varia entre 26 e 104 pontos.
<b>Variáveis independentes</b>			
<b>1. Grupo</b>	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: (1) Aluno de Enfermagem (2) Enfermeiro
<b>2. Género</b>	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: (1) Feminino (2) Masculino
<b>3. Idade</b>	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre: 0 e $+\infty$

<b>4. Título Profissional</b>	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: (1) Enfermeiro (2) Enfermeiro Especialista
<b>5. Habilitações Académicas</b>	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: (1) Bacharelato (2) Licenciatura (3) Mestrado (4) Doutoramento
<b>6. Experiência Profissional</b>	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre: 0 e $+\infty$
<b>7. Tempo de exercício de funções na Unidade</b>	Variável qualitativa ordinal	Contínua	Resposta categorizada em grupos: (1) < 1 Ano (2) 1-4 Anos (3) 5-8 Anos (4) 9-12 Anos (5) 13-16 Anos (6) 16-19 Anos (7) $\geq$ 20 Anos
<b>8. Experiência anterior com familiares gravemente doentes</b>	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Dicotómica: (1) Sim (2) Não

### 3.4.6 Caraterização da População e Amostra

Segundo Fortin (2000), “a população é uma coleção de elementos ou sujeitos, que partilham caraterísticas comuns, definidas por um conjunto de critérios (...) sobre a qual recai a investigação”. Para a mesma autora, a população alvo reporta-se aos “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população é definida por uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit, Beck e Hungler, 2004) que se encontram num espaço ou território conhecido (Vilelas, 2009).

A população de acesso ou amostra refere-se aos casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que estão ao alcance do pesquisador (Fortin, 2009, Polit, Beck e Hungler, 2004).

Sendo o propósito deste estudo, a análise das atitudes dos enfermeiros e alunos na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados, e as possíveis associações com fatores sociodemográficos e profissionais, optou-se por utilizar como população-alvo os enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde da Parede, mais especificamente na USF Mare, e um grupo de alunos que se encontravam a frequentar o 1º e 2º ano da licenciatura na ESSLei, por se considerar ser uma população capacitada para responder à forma e ao conteúdo da escala aplicada. No entanto, não sendo um estudo temporal selecionámos uma amostra populacional, não probabilística acidental, uma vez que foi constituída pelo número de enfermeiros pertencentes à USF Mare e pelos alunos, obtendo um plano preconcebido, com os resultados como produto das circunstâncias fortuitas. Os indivíduos são incluídos no estudo na medida em que estão presentes num local determinado e num preciso espaço de tempo (Fortin, 2009; Vilelas, 2009).

Como a finalidade do estudo é a análise da importância da família, os enfermeiros da USF Mare e os alunos em formação, constituem as duas populações.

A amostra, subconjunto da população, da investigação em análise, é integrada pelos enfermeiros com resposta ao instrumento de colheita de dados.

Os critérios de inclusão foram delineados para que a amostra possua um grau elevado de homogeneidade:

- Ser enfermeiro na prática clínica a exercer cuidados na USF selecionada com consentimento informado e esclarecido;
- Ser estudante de enfermagem no primeiro e segundo ano da licenciatura em enfermagem na ESSLei.

Os dados foram recolhidos de 17 a 21 de janeiro de 2022.

Os critérios de exclusão considerados foram:

- Enfermeiros que mesmo estando na prática clínica, não pertençam à USF Mare;
- Todos os enfermeiros que não satisfizessem os critérios de inclusão.

#### 3.4.7 Instrumento de Colheita de Dados

A etapa do processo de investigação dedicada à seleção do instrumento de colheita de dados, acontece depois de realizar algum trabalho preliminar, relacionado com a definição exata da informação que se necessita obter da realidade (Vilelas, 2009).

Cabe ao investigador, determinar o tipo de instrumento de medida, que mais convém aos objetivos do estudo, o que mais se adequa, no sentido de dar à questão de investigação, às características dos elementos que constituem a amostra e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa (Polit, Beck e Hungler, 2004; Vilelas, 2009).

É mediante uma adequada construção do instrumento de recolha de dados que o estudo alcança a necessária correspondência entre a teoria e os factos (Vilelas, 2009).

Dada a natureza e problemática do presente estudo, e segundo Fortin (2009) “ser a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno” optámos pelo questionário pois parece ser o mais adequado para o alcance dos nossos objetivos.

O questionário é um instrumento de colheita de dados, de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, relativas a conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos (Vilelas, 2017).

A colheita de dados, foi realizada através de autopreenchimento de um questionário constituído por duas partes distintas: A primeira é composta por questões com variáveis sociodemográficas e profissionais com vista a caracterização dos enfermeiros do Centro de Saúde da Parede, na Unidade de Saúde Familiar – Mare e a um grupo de alunos que se encontra a frequentar o primeiro e segundo ano da licenciatura na ESSLei. Na segunda parte consta uma escala que mede as atitudes dos enfermeiros “A Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros” (IFCE-AE), escala esta, que foi adaptada da *Families importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) desenvolvida e testada na Suécia em 2003, sendo que os itens que a constituem englobam a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental (pensar e sentir no trabalho), além de considerar que o conceito de família neste instrumento inclui não só todos os seus membros, bem como também amigos, vizinhos ou pessoas significativas (Benzeinn, Arestedt, Jonhansson, & Saveman, 2008).

Conforme Oliveira et al. (2011) a escala (IFCE-AE), visa ainda estimar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância do envolvimento dos familiares nos cuidados de enfermagem e foi adaptada para a população portuguesa, em 2009 por Oliveira, Fernandes, Figueiredo, Ferreira, Martinho, Figueiredo, Andrade, Carvalho e Martins.

Baseia-se no princípio basilar de que a família é um recurso importante, quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2012).

A escala IFCE-AE à semelhança da escala original é de autopreenchimento, formada por 26 itens e possui 4 opções de resposta segundo uma escala de concordância de estrutura do tipo *Likert* a variar entre *Discordo Completamente* (1 ponto); até concordo completamente (4 pontos). Estes 4 pontos medem as seguintes subescalas ou dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de coping - 12 itens (4,6,9,12,14,15,16,17,18,19,24 e 25); família como recurso nos cuidados de enfermagem 10 itens (1,3,5,7,10,11,13,20,21 e 22) e família como um fardo - 4 itens (2,8,23 e 26). A pontuação para cada item pode variar entre 1 e 4 em intervalos de 26 (score mínimo) e 104 (score máximo). Segundo Oliveira et al. (2011) quanto maior for o *score* obtido mais favorável é a atitude dos enfermeiros perante a participação da família aos cuidados ao utente.

Uma vez que a amostra se demonstrou de tamanho reduzido são aceites as dimensões da escala original, pois não é possível aplicar análise fatorial.

O IFCE-AE foi organizado em três dimensões (Quadro 3): Família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); Família como recurso dos cuidados de enfermagem (10 itens) e Família como um fardo (4 itens).

Quadro 3 - Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
<b>Dimensão Um - Parceiro dialogante e recurso de coping</b>	4;6;9;12;14;15;16;17;18;19;24 e 25
<b>Dimensão Dois - Recurso nos cuidados de enfermagem</b>	1;3;5;7;10;11;13;20;21 e 22
<b>Dimensão Três - Família como um fardo</b>	2;8;23 e 26

#### 3.4.7.1 Consistência interna da Escala IFCAE-AE

As características psicométricas de um instrumento de medida que fornece dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse mesmo instrumento. A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente (Fortin, 2000).

Para que uma escala possa ser considerada como suscetível de conter informação objetiva, deve ter os atributos de fiabilidade e validade, quando de facto mede o que afirma medir (Vilelas, 2017).

Com o objetivo de analisar a fiabilidade, também designada por consistência interna de um instrumento, em que os resultados obtidos por cada inquirido, em cada item deverão ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário, poderá ser realizada o teste de alfa ( $\alpha$ ) de *Cronbach* (Vilelas, 2017). Esta técnica refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). O índice  $\alpha$  estima, quanto uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Marôco e Marques, 2006).

Para *Gliem e Gliem* (2003), o coeficiente não tem um limite inferior, tendo em atenção que quanto mais próximo de 1 for alfa maior será a consistência interna dos itens da escala. Alguns autores para além de *Gliem e Gliem* (2003), também acrescentam que a consistência interna dos itens deveria ser classificada da seguinte forma: valores  $\geq 0,9$  são considerados excelentes;  $\geq 0,8$  são considerados bons;  $\geq 0,7$  são aceitáveis;  $\geq 0,6$  são questionáveis;  $\geq 0,5$  são pobres e  $\leq 0,5$  são considerados inaceitáveis.

Através do alfa de *Cronbach* pode mostrar-se como um conjunto de itens avalia a variável latente, de modo fraco, ou estável, resultando, frequentemente, num teste homogéneo, que facilita os resultados da análise fatorial (Vilelas, 2017).

Na tradução da escala para a versão portuguesa ficou provada a fiabilidade da nova versão pois foi perceptível que alfa de *Cronbach* manteve valores satisfatórios e na prática quase inalterados de 0,82 da escala total (Oliveira P. C. et al., 2011).

No presente estudo, a avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE determinou um  $\alpha = 0,82$ . A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,58 e 0,83 para as três dimensões,

verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem, conforme se pode observar na tabela 5.

Tabela 5 - Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE)

Escala IFCE-AE			
Dimensões	Itens	$\alpha$ Cronbach (adaptação Portuguesa)	$\alpha$ Cronbach (estudo Atual)
<b>Escala total</b> - A importância atribuída á família		0,90	0,82
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i> coping </i>	<b>4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25</b>	0,84	0,83
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22</b>	0,49	0,80
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>2, 8, 23 e 26</b>	0,87	0,58

### 3.4.8 Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada no mês de janeiro de 2022, tendo o instrumento de colheita de dados sido disponibilizado, para autopreenchimento a todos os enfermeiros que se encontram em funções na USF Mare nesse período (7 enfermeiros). (Apêndice IV).

Para além destes, a colheita de dados também foi aplicada aos alunos que frequentam o primeiro e segundo da licenciatura em Enfermagem na ESSLei, tendo o instrumento de colheita de dados sido disponibilizado (22 alunos) (Apêndice V), para autopreenchimento, no período compreendido entre março e maio de 2020, via *Google Forms*.

### 3.4.9 Procedimentos Formais e Éticos

Entendendo-se que todos os estudos impõem responsabilidades ao investigador, foram tomados em consideração os aspetos éticos e formais respeitantes à investigação (Fortin, 2011).

“Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”.  
 “As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência.” (Fortin, 2009, p. 180).

Tendo por atenção a necessidade de não interferência no direito e dignidade das pessoas, o presente estudo procurou orientar-se por esses princípios, assegurando a confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo de todo impossível que o investigador os identifique, assim como, a garantia de voluntariedade e autonomia para participação na investigação por parte dos mesmos. Assegurou-se, que a finalidade das respostas seria a intenção de obter respostas pessoais não havendo respostas corretas ou incorretas e que a utilização destas seria única e exclusivamente para fins académicos.

Foi demonstrada a importância da sua participação para o desenvolvimento do estudo, assim como, os benefícios para a profissão de enfermagem, mas os participantes foram esclarecidos que a sua participação era voluntária e que a qualquer momento poderiam desistir sem que tal fato tivesse consequências pessoais.

Uma vez que, já havia um parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para o trabalho de investigação iniciou-se o pedido de autorização ao ACES de Cascais. Foi-nos imposto que para a dita autorização, tínhamos de submeter um pedido à Comissão de Ética da ARSLVT. Atuámos em conformidade solicitando o pedido de autorização para realização do estudo “Quais as atitudes dos enfermeiros, na USF Mare, face à importância da família no processo de cuidar?”.

Após a exposição do estudo a realizar, todas as identificações dos investigadores envolvidos e a identificação do local onde iria decorrer o trabalho, foi submetida a avaliação à Comissão de Ética da ARSLVT a 12/10/2021 (Apêndice I) tendo parecer favorável da respetiva Comissão a 3/12/2021 (Apêndice II).

Seguidamente solicitou-se o pedido de autorização para a realização do estudo ao ACES de Cascais tendo sido deferido a 12/01/2022 (Apêndice III).

Após esta autorização, foi solicitada, ao enfermeiro coordenador da respetiva USF Mare e restante equipa, a colaboração para o preenchimento do questionário, assim como a autorização do consentimento individual informado.

#### 3.4.10 Processamento de Análise dos Dados

Fortin (2009) refere que “a análise de dados permite, portanto, guiar o investigador na sua amostragem que é de natureza “intencional” e dá-lhe pistas sobre o que lhe resta descobrir sobre o fenómeno em estudo durante o processo de colheita de dados” e é certo que “uma vez que um certo conteúdo foi colhido (...) é necessário organizar estes dados para que eles possam ser analisados”.

Os dados do estudo são mais do que números: são números com um contexto, e na análise de dados o contexto fornece o significado (Martins & Ponte, 2010).

A estatística descritiva inclui, segundo Fortin (2009) “as variáveis de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão”.

As técnicas da estatística utilizadas foram, a descritiva e estatística inferencial, de forma a sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados. Relativamente à primeira determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e desvio padrão de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fez-se uso da estatística paramétrica.

Esta estatística permite resumir a informação recolhida, sem distorção ou perda de informação, permitindo caracterizar os dados da amostra e responder à questão de investigação, enquanto que a estatística indutiva (ou indiferencial) permite inferir até onde os resultados poderão ser expressivos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2017).

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Marôco, 2007). Deste modo, foi utilizado o teste *Shapiro-Wilk* ( $p > 0,05$ ), teste de eleição para situações em que a amostra é inferior a 50 elementos, o que revelou uma distribuição normal na variável em estudo. Os intervalos de confiança foram definidos a 95%. Procedeu-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

Aplicou-se conforme consta da tabela 6, o Teste da homogeneidade de *Levene* ( $p > 0,05$ ). Assim, considera-se que as variáveis apresentam variâncias homogêneas, para todas as hipóteses do estudo.

Tabela 6 - Teste de *Levene* - Teste de homogeneidade de variâncias

Escala IFCE-AE	Teste de <i>Levene</i>
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	$p = 0,080$
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	$p = 0,191$
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	$p = 0,152$
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	$p = 0,423$

Foi aplicado o teste t de *Student*, para comparação de médias de uma variável quantitativa quando, estamos perante dois grupos independentes e se desconhecem as respetivas variâncias populacionais.

A análise de variância a um fator (ANOVA), é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos independentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator, são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2005). Para medir a correlação que pode existir entre duas variáveis e avaliar o efeito que uma pode produzir na outra, será aplicado o coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de correlação de *Pearson*, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Na análise estatística utilizou-se os seguintes valores de significância:

$P > 0.05$  - diferença estatística não significativa;

$P < 0.05$  - diferença estatística significativa;

$p < 0.01$  - diferença estatística bastante significativa;

$p < 0.001$  - diferença estatística altamente significativa.

Após a análise estatística dos resultados obtidos, serão apresentados sob a forma de tabelas com o objetivo de facilitar a sua leitura e interpretação, tornando-a mais clara, simples e acessível.

Os dados colhidos foram tratados estatisticamente no programa informático para Ciências Sociais - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 28 para o *Windows* e a sua apresentação será sob a forma de tabelas.

### 3.5 RESULTADOS

Os dados quantitativos são analisados através de procedimentos estatísticos desde o mais simples até ao mais complexo, dos quais são feitas inferências, confirmando ou rejeitando hipóteses ou teorias existentes (Polit, Beck e Hungler, 2004).

#### 3.5.1 Caracterização da Amostra

Seguidamente, serão apresentados e analisados os resultados obtidos transversalmente aos dados conseguidos.

Da análise da tabela 7 constata-se que os enfermeiros da USF Mare, participantes no estudo são maioritariamente do género feminino, 6 femininos (85,7%) e 1 masculino (14,3%). Relativamente aos enfermeiros em Formação, numa amostra total de 22 alunos, 19 são do sexo feminino (86,4%) e 3 do sexo masculino (13,6%).

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o género

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Género	Feminino	6	85,7	19	86,4
	Masculino	1	14,3	3	13,6
	Total	7	100,0	22	100,0

Na tabela 8 pode observar-se que a idade referente aos enfermeiros da USF Mare varia entre os 39 e os 63 anos, sendo a média de idades de 53 anos e o desvio padrão de 8,73 anos.

Nos alunos em formação, variou entre os 19 e os 24 anos, sendo a média de idades de 21 e o desvio padrão de 1,33 anos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a idade

		n	%	$\bar{x}$	$\sigma$	Min.	Max.
Idade (anos)	<b>Enfermeiros da USF MARE</b>	7	24,1	53	8,73	39	63
	<b>Alunos de Enfermagem</b>	22	75,9	21	1,33	19	24
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>14,57</b>	<b>19</b>	<b>63</b>

Na tabela 9, referente ao título profissional dos enfermeiros da USF Mare, constata-se que na amostra total de 7 enfermeiros apenas 1 (14,3%) é especialista e os restantes 6 (85,7%) não têm especialidade. Relativamente aos alunos em formação a amostra é de 22 (100%) alunos a frequentar o 1º e 2º anos da licenciatura.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o título profissional

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Título Profissional	<b>Enfermeiro</b>	6	85,7	-	-
	<b>Enfermeiro Especialista</b>	1	14,3	-	-
	<b>Aluno</b>	0	0,0	22	100,0
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Percebe-se com a tabela 10, que das habilitações académicas dos enfermeiros da USF Mare, 2 enfermeiros (28,6%) possuem bacharelato e 5 (71,4%) a licenciatura enquanto que os 22 alunos (100%) o 12º ano.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Habilitações Académicas	<b>Bacharelato</b>	2	28,6	-	-
	<b>Licenciatura</b>	5	71,4	-	-
	<b>Aluno</b>	0	0,0	22	100,0
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

No que à experiência profissional diz respeito, a tabela 11 indica-nos que os enfermeiros da USF Mare exercem a profissão entre 15 e os 42 anos, sendo a média da experiência de 30,1 anos e o desvio padrão de 9,99 anos. No que concerne aos 22 (100%) alunos em formação, estes ainda não possuem experiência profissional.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a experiência profissional

Grupos		n	%	$\bar{x}$	$\sigma$	Min.	Max.
Experiência Profissional (anos)	<b>Enfermeiros da USF MARE</b>	7	24,1	30,1	9,99	15	42
	<b>Alunos de Enfermagem</b>	22	75,9	0	0,00	0	0
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>100</b>	<b>7,28</b>	<b>13,92</b>	<b>0</b>	<b>42</b>

De acordo com a tabela 12, relativamente ao local onde exerce funções e tendo em conta que os enfermeiros inquiridos foram só da USF Mare, os 7 (100%) exercem funções nesta unidade. Quanto aos 22 (100%) alunos em formação ainda só estudam.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo a unidade onde exerce funções

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Unidade onde exerce funções	<b>USF</b>	7	100,0	0	0,0
	<b>Outra</b>	0	0,0	22	100,0
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

No que respeita à tabela 13, verifica-se que o tempo de exercício da atividade dos 7 enfermeiros (100%) na unidade, é de 4 anos. Relativamente aos 22 (100%) alunos em formação ainda não possuem tempo de exercício.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício da atividade na Unidade

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Tempo de exercício da atividade na Unidade	<b>&lt;1 ano</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>1- 4 anos</b>	7	100,0	0	0,0
	<b>5- 8 anos</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>9- 12 anos</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>13- 16 anos</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>17- 19 anos</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>&gt;= 20 anos</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	7	100,0	22	100,0

Conforme podemos observar na tabela 14, somente 1 enfermeiro na USF Mare (14,3%) respondeu positivo relativamente ao fato de possuir um curso de especialização e/ou Pós-Licenciatura de Especialização, contra 6 (85,7%) que responderam que não. Relativamente aos 22 (100%) alunos em formação todos responderam que não possuem curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo se tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização?	<b>Não</b>	6	85,7	22	100,0
	<b>Sim</b>	1	14,3	0	0,0
	<b>Total</b>	7	100,0	22	100,0

Dos dados recolhidos na tabela 15, verificou-se que só 1 enfermeiro da USF Mare possui especialidade na área de Saúde Comunitária (100%). Relativamente aos 22 (100%) alunos em formação e conforme já mencionado anteriormente, todos responderam que não possuem curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo o "Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique "qual ou quais"

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem		
		n	%	n	%	
Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique "qual ou quais	<b>Especialidade Comunitária</b>	<b>Saúde</b>	1	100,0	0	0,0
	<b>Total</b>		1	100,0	22	100,0

Quanto à formação em enfermagem de família, e de acordo com a tabela 16 constatou-se que nenhum dos 7 enfermeiros (100%) da USF Mare possuía formação nesta área, assim como os 22 alunos (100%) que se encontram em formação.

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo se tem formação em Enfermagem da Família

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Tem formação em Enfermagem da Família?	<b>Não</b>	7	100,0	22	100,0
	<b>Sim</b>	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	7	100,0	22	100,0

No que concerne à experiência com familiar gravemente doente, tabela 17, verificou-se que 5 (71,4%) dos enfermeiros da USF Mare referem que já passaram por essa experiência enquanto que 2 (28,6%) responderam que nunca tiveram. Os 22 (100%) alunos em formação responderam que ainda não tiveram essa vivência.

Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a experiência com familiar gravemente doente

		Enfermeiros da USF MARE		Alunos de Enfermagem	
		n	%	n	%
Tem experiência com familiar gravemente doente?	<b>Não</b>	2	28,6	22	100,0
	<b>Sim</b>	5	71,4	0	0,0
	<b>Total</b>	7	100,0	22	100,0

### 3.5.2 Análise Inferencial das Hipóteses

Na tabela 18, encontram-se os resultados da estatística descritiva da escala IFCE-AE do presente estudo.

Foi aplicado o teste paramétrico *t-student*. O resultado para o grupo dos enfermeiros da USF MARE, apresenta, para a escala total Importância atribuída à Família, uma média de resposta de 75,00 e um desvio padrão de 10,50. A dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de  *coping* , obtiveram um resultado médio de resposta de 36,00 e desvio padrão de 5,94. Família como recurso dos cuidados de enfermagem, obteve uma média de 30,29 com o desvio padrão de 5,47 e por fim a dimensão Família como um fardo, obteve uma média de 8,71 com um desvio padrão de 1,50.

No que diz respeito aos alunos em formação observa-se, para a escala total Importância atribuída à Família, uma média de resposta de 78,00 e um desvio padrão de 5,12. A dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de  *coping* , obteve um resultado médio de 36,55 e um desvio padrão de 3,50. Família como recurso dos cuidados de enfermagem, obteve um valor médio de resposta de 32,23 com um desvio padrão de 2,86 e por fim, a dimensão Família como um fardo, obteve uma média de resposta de 9,23 e um desvio padrão de 1,85.

Realça-se que a média total é de 77,28 para um score total de 104, o que apresenta níveis positivos altos das atitudes da amostra, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem, apresentando-se um desvio-padrão de 6,71.

Tabela 18 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE (n=29)

Escala IFCE-AE		Total n = 29	Enfermeiros n = 7	Estudantes n = 22	Teste t P
Escala total - A importância atribuída à família	$\bar{x}$	77,28	75,00	78,00	0,311
	[min. - max.]	[57 - 88]	[57 - 88]	[71 - 88]	
	$\sigma$	6,71	10,50	5,12	
Dimensão 1 - Família como parceiro dialogante e recurso de coping	$\bar{x}$	36,41	36,00	36,55	0,765
	[min. - max.]	[27 - 44]	[27 - 44]	[31 - 44]	
	$\sigma$	4,10	5,94	3,50	
Dimensão 2 - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	$\bar{x}$	31,76	30,29	32,23	0,226
	[min. - max.]	[20 - 38]	[20 - 37]	[27 - 38]	
	$\sigma$	3,64	5,47	2,86	
Dimensão 3 - Família como um fardo	$\bar{x}$	9,10	8,71	9,23	0,512
	[min. - max.]	[6 - 13]	[7 - 11]	[6 - 13]	
	$\sigma$	1,76	1,50	1,85	

### 3.5.2.1 Análise Inferencial das Hipóteses

Procedeu-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

**H1** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Para testar as hipóteses deste estudo aplicou-se, na tabela 19, o teste paramétrico *t-Student* que revela, não existirem diferenças estatisticamente significativas, entre os estudantes de enfermagem e os enfermeiros na escala total, Importância atribuída à família e nas diferentes dimensões ( $p > 0,05$ ).

Assim, parece que não há associação entre enfermeiros e estudantes de enfermagem na importância atribuída à família.

Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem

Escala IFCE-AE	Grupo	n	$\bar{x}$	Teste t
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>Estudantes de enfermagem</b>	22	78,00	t = 1,032
	<b>Enfermeiros</b>	7	75,00	p = 0,311
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<b>Estudantes de enfermagem</b>	22	36,55	t = 0,301
	<b>Enfermeiros</b>	7	36,00	p = 0,765
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>Estudantes de enfermagem</b>	22	32,23	t = 1,240
	<b>Enfermeiros</b>	7	30,29	p = 0,226
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>Estudantes de enfermagem</b>	22	9,23	t = 0,665
	<b>Enfermeiros</b>	7	8,71	p = 0,512

**H2** - Há Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o género.

Na tabela 20, aplicou-se o teste paramétrico *t-Student*, que demonstra que a média da importância atribuída à família, total da escala, foi maior no género feminino (média = 78,36) do que no masculino (média = 70,5), sendo que a diferença entre os dois géneros é estatisticamente significativa ( $p = 0,027$ ). Quando avaliada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, feminino (média = 32,44) e masculino (média = 27,50) apenas na dimensão 2, Família como recurso dos cuidados de enfermagem ( $p = 0,009$ ), onde a importância atribuída à família é maior também no género feminino.

Tabela 20 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e ao género

Escala IFCE-AE	Género	n	$\bar{x}$	Teste t
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>Feminino</b>	25	78,36	t = 2,344
	<b>Masculino</b>	4	70,50	p = 0,027
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<b>Feminino</b>	25	36,92	t = 1,719
	<b>Masculino</b>	4	33,25	p = 0,097
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>Feminino</b>	25	32,44	t = 2,813
	<b>Masculino</b>	4	27,50	p = 0,009
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>Feminino</b>	25	9,00	t = -0,786
	<b>Masculino</b>	4	9,75	p = 0,439

**H3** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a idade.

Na tabela 21, neste estudo foi aplicado a medida de associação coeficiente de correlação de *Pearson*, onde parece haver uma correlação negativa entre a idade e a importância atribuída à família nas suas diferentes dimensões, embora não seja estatisticamente significativa ( $r = -0,137$ ,  $p = 0,479$ ).

Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a idade

Escala IFCE-AE	Correlação de <i>Pearson</i>	Idade (anos)
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>r</b>	-0,137
	<b>p</b>	0,479
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<b>r</b>	-0,004
	<b>p</b>	0,984
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>r</b>	-0,218
	<b>p</b>	0,256
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>r</b>	-0,061
	<b>p</b>	0,754
	<b>n</b>	29

**H4** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o título profissional.

Na tabela 22, foi aplicado o teste paramétrico *t-Student*, que demonstra que a média da importância atribuída à família, total da escala, foi maior no título profissional enfermeiro (média = 78,00) do que no enfermeiro especialista (média = 57,00), sendo que a diferença entre os dois títulos profissionais é estatisticamente significativa ( $p = 0,049$ ). Quando avaliada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros (média = 32,00) e enfermeiros especialistas (média = 20,00) apenas na dimensão 2, Família como recurso dos cuidados de enfermagem ( $p = 0,021$ ). No entanto, a análise dos resultados terá de ser avaliada com alguma reserva, tendo em consideração, que a amostra apenas conta com um enfermeiro especialista.

Tabela 22 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o título profissional

Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	$\bar{x}$	Teste t
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>Enfermeiro</b>	6	78,00	t = 2,580
	<b>Enfermeiro Especialista</b>	1	57,00	p = 0,049
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<b>Enfermeiro</b>	6	37,50	t = 2,005
	<b>Enfermeiro Especialista</b>	1	27,00	p = 0,101
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>Enfermeiro</b>	6	32,00	t = 3,320
	<b>Enfermeiro Especialista</b>	1	20,00	p = 0,021
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>Enfermeiro</b>	6	8,50	t = -0,916
	<b>Enfermeiro Especialista</b>	1	10,00	p = 0,402

**H5** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e as habilitações académicas.

Através da tabela 23, pode-se verificar a aplicação do teste paramétrico *One-way ANOVA* no estudo. Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas e a importância atribuída à família, no total da escala, bem como, com as três dimensões ( $p > 0,05$ ).

Tabela 23 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e as habilitações académicas

Escala IFCE-AE	Habilitações académicas	n	$\bar{x}$	ANOVA
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>12º Ano</b>	22	78,00	F = 1,176
	<b>Bacharelato</b>	2	79,50	
	<b>Licenciatura</b>	5	73,20	p = 0,324
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<b>12º Ano</b>	22	36,55	F = 0,549
	<b>Bacharelato</b>	2	38,50	
	<b>Licenciatura</b>	5	35,00	p = 0,584
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>12º Ano</b>	22	32,23	F = 1,070
	<b>Bacharelato</b>	2	32,00	
	<b>Licenciatura</b>	5	29,60	p = 0,358
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>12º Ano</b>	22	9,23	F = 0,248
	<b>Bacharelato</b>	2	9,00	
	<b>Licenciatura</b>	5	8,60	p = 0,782

**H6** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência profissional.

Tendo em consideração a tabela 24, o teste aplicado foi a medida de associação coeficiente de correlação de *Pearson*, onde parece haver uma correlação negativa entre a experiência profissional e a importância atribuída à família, embora não seja estatisticamente significativa ( $r = -0,120$ ,  $p = 0,536$ ). Ao avaliar a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, apenas as dimensões 2 e 3 apresentam uma correlação negativa, não sendo também estatisticamente significativa.

Percebe-se então, que não há associação entre a experiência profissional e a importância atribuída à família.

Tabela 24- Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência profissional

Escala IFCE-AE	Correlação de <i>Pearson</i>	Experiência Profissional (anos)
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	r	-0,120
	p	0,536
	n	29
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	r	0,022
	p	0,911
	n	29
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	r	-0,209
	p	0,276
	n	29
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	r	-0,074
	p	0,702
	n	29

**H7** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o tempo de exercício no serviço.

Na tabela 25, aplicou-se o teste de medida de associação coeficiente de correlação de *Pearson*, onde parece haver uma correlação negativa entre o tempo de exercício em funções

na unidade e a importância atribuída à família, no total da escala e nas suas diferentes dimensões, embora não seja estatisticamente significativa ( $r = -0,195$ ,  $p = 0,311$ ).

Tabela 25 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o tempo de exercício na unidade

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson	Tempo Exercício Funções na Unidade
<b>Escala total</b> - A importância atribuída à família	<b>r</b>	-0,195
	<b>p</b>	0,311
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de coping	<b>r</b>	-0,058
	<b>p</b>	0,765
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	<b>r</b>	-0,058
	<b>p</b>	0,765
	<b>n</b>	29
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	<b>r</b>	-0,127
	<b>p</b>	0,512
	<b>n</b>	29

**H8** - Há associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

Para testar as hipóteses deste estudo utilizou-se, na tabela 26, o teste paramétrico *t-Student*, que demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas, na experiência anterior com familiares gravemente doentes e a escala total, Importância atribuída à família ( $p > 0,05$ ). Quando avaliada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, também se verifica que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Assim, parece que não há associação entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes na importância atribuída à família.

Tabela 26 - Associação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes

Escala IFCE-AE	Experiência anterior com familiar gravemente doente?		n	$\bar{x}$	Teste t
	Não	Sim			
<b>Escala total</b> - A importância atribuída á família	Não		20	76,85	t = -0,503
	Sim		9	78,22	p = 0,619
<b>Dimensão 1</b> - Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Não		20	36,00	t = -0,805
	Sim		9	37,33	p = 0,428
<b>Dimensão 2</b> - Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Não		20	31,55	t = -0,453
	Sim		9	32,22	p = 0,654
<b>Dimensão 3</b> - Família como um fardo	Não		20	9,30	t = 0,894
	Sim		9	8,67	p = 0,379

### 3.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Neste capítulo será feita a análise dos dados obtidos, verificando qual a contribuição dos mesmos para o estudo, tendo em conta as questões de investigação delineadas, contrapondo ou atestando estudos anteriores. Dessa forma, realizar-se-á primeiramente a análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, tendo sempre presente a revisão bibliográfica.

Neste estudo, é realçada a importância da participação da família nos cuidados de enfermagem e as atitudes dos enfermeiros no envolvimento e relacionamento com as famílias.

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Como os estudos que envolvem os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários são escassos, nesta temática, recorreu-se a estudos utilizados nos mais diversos contextos de cuidados, em diferentes países, de forma a enriquecer a pesquisa e tentando generalizar alguns resultados globais.

Em resumo, no **grupo dos enfermeiros da USF** relativamente às características sociodemográficas e profissionais apresenta-se um grupo de enfermeiros com uma média de idade, de 53 anos, maioritariamente licenciados com e sem especialidade na área de Enfermagem de Saúde Comunitária/Reabilitação, que embora tenham muitos anos de serviço estão nesta unidade desde a sua formação, há 4 anos, não têm formação em Saúde familiar apresentando por isso, uma abordagem geral no local de trabalho e já com experiência com familiar gravemente doente.

No grupo dos **alunos em formação** temos pessoas mais jovens, com uma média de idades de 21 anos, apenas com o 12º ano de escolaridade, sem experiência profissional ou especialidade, sem formação em Enfermagem da Família, sem uma abordagem geral para o

cuidado das famílias no local de trabalho e não apresentando experiências anteriores com familiar gravemente doente.

No âmbito da análise das variáveis independentes, que pudessem influenciar a atitude dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias, parte não foram comprovados, nomeadamente: o grupo, a idade; as habilitações académicas; a experiência profissional; o tempo de serviço e as experiências com familiares doentes. Contudo, existem ligeiras diferenças nas pontuações médias totais, particularmente no caso da idade, na experiência profissional e no tempo de serviço, em que houve uma correlação negativa, mas sem diferença estatística significativa.

Quando se avaliam as atitudes dos enfermeiros e dos estudantes relativamente à importância da família verificou-se, que não existem diferenças significativas, entre estes dois **grupos**. Embora a importância atribuída à família apresente uma média superior nos alunos de enfermagem (média= 78,00) face aos enfermeiros (média=75,00), esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Como não é possível comparar com nenhum trabalho de investigação onde se colocassem lado a lado estudantes e profissionais de enfermagem este dado é considerado como muito importante. Segundo Frade (2019) “sabemos e conhecemos o esforço que atualmente os académicos de enfermagem em Portugal fazem junto dos seus estudantes para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, procurando apropriar o estudante de conhecimentos científicos e técnicos para trabalhar com e para as famílias”. No estudo de Pires (2016) foi possível verificar, utilizando o mesmo instrumento de medida que foi aplicado neste estudo, que os enfermeiros invocam elevada concordância, face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, indo ao encontro dos estudos desenvolvidos por Alves (2011), Ângelo et al. (2014), Fernandes et al. (2015) e Silva et al. (2013), em que os enfermeiros revelam atitudes positivas face à importância da integração da família nos cuidados de enfermagem, tida como recurso positivo para o profissional de enfermagem.

Segundo Alves (2011), no seu estudo confirmou a afirmação de que os enfermeiros estão mais conscientes para o envolvimento dos familiares dos seus doentes, tendo em conta, as suas necessidades específicas, isto é, assumindo-os como alvo dos seus cuidados. Refere ainda que

se denota a preocupação por parte dos enfermeiros, na inclusão das famílias dos seus utentes nos cuidados, trilhando assim o caminho para a excelência da qualidade dos cuidados de saúde.

Num estudo de Astedt-Kurki et al. (2001), que se realizou na Finlândia, numa amostra de 155 enfermeiros cuja finalidade era perceber de que forma era desenvolvida a interação entre a família e equipa de enfermagem ao doente internado, concluiu-se que a maioria dos profissionais considera importante a interação com a família integrando-a nos cuidados.

Relativamente ao **género**, esta amostra é maioritariamente constituída por elementos do género feminino. Tais dados encontram-se em conformidade com os valores da população profissional, já que a profissão de enfermagem é fundamentalmente exercida por enfermeiras. Fato corroborado pela OE (2021), que menciona que mais de 82% dos membros inscritos são do género feminino.

No que à profissão de enfermagem diz respeito, em todo o mundo e contrariamente a outras profissões na área de Saúde, a enfermagem está, desde as suas origens associada à condição feminina. Fato este confirmado por Benner (2001), quando refere que a profissão de enfermagem é sobretudo composta por mulheres.

Desta amostra, verifica-se que a média da importância atribuída à família, total da escala, foi maior no género feminino do que no masculino, sendo que a diferença entre os dois géneros é estatisticamente significativa. Por outro lado, quando avaliada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, mas apenas na dimensão Família como recurso dos cuidados de enfermagem, onde a importância atribuída à família é maior também no género feminino.

De acordo, com as autoras Benzein et al. (2008), as mulheres apresentam em média, atitudes mais favoráveis para com as famílias do que os homens.

Alguns autores indicaram que as enfermeiras são mais predispostas para atitudes favoráveis à importância da família no que diz respeito aos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a). Verdade esta, que vem de encontro ao atual estudo, em que se observa que o género

feminino (média = 78,36) atribui maior importância à família do que o género masculino (média = 70,50).

Este achado é semelhante ao do presente estudo e ao pesquisado por Astedt-Kurki et al. (2001), que descobriu que, para o pessoal feminino era mais provável reconhecer as famílias dos utentes como importantes, do que para o pessoal masculino de enfermagem (Benzein E, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008). Estes dados também vão de encontro aos do estudo do Benzein et al. (2008), que afirma que o enfermeiro do género masculino adota uma atitude global menos favorável para com as famílias, como recurso nos cuidados de enfermagem e parceiros no diálogo.

Em contrapartida nos estudos desenvolvidos por Oliveira et al., e Sousa (2011), sobre as atitudes dos Enfermeiros face à família nos CSP não foram encontradas significâncias estatísticas no que se relaciona com o género.

Em relação à idade, os resultados obtidos evidenciaram uma amostra com uma média de **idades** de 53 anos, variou entre os 39 e os 63 anos nos enfermeiros da USF, enquanto que a média dos alunos em formação foi de 21 anos, com variação entre os 19 e os 24 anos. Neste momento e segundo o anuário (2021) da OE o grupo de enfermeiros com maior representatividade é o grupo cujas idades se situam entre os 36 e os 40 anos.

Neste capítulo, a importância atribuída à família, na escala total e nas diferentes dimensões aparenta ter uma correlação negativa, embora não seja estatisticamente significativa.

Logo, a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar, não é influenciada pelo grupo etário.

Oliveira et al. (2011) encontrou o mesmo resultado num estudo em Portugal, assim como noutros estudos, em que também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o grupo etário (Sousa, 2011; Rodrigues, 2013).

Contrariamente, no estudo Ângelo et al. (2014) e de Silva et al. (2013) observou-se que a idade está relacionada com atitudes mais positivas em relação à família nos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros com maior idade apresentam atitudes de maior suporte para com a família.

Outras investigações realizadas também obtiveram resultados diferentes, afirmando que são os enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte (Benzein et al., 2008; Silva et al., 2013).

No que diz respeito à composição da amostra, em relação ao **título profissional** constata-se que a maioria dos enfermeiros na USF Mare ocupam a categoria de enfermeiro (85,7%), havendo um único especialista (14,3%), enquanto que os alunos de enfermagem (100%) têm o 12º ano, ou seja, ainda não possuem formação na área de enfermagem.

Analisando a relação entre a atitude do enfermeiro relativamente à família e o título profissional, percebe-se, que a média da importância atribuída à família, total da escala, foi maior no título profissional enfermeiro do que no enfermeiro especialista, sendo que a diferença entre os dois títulos profissionais é estatisticamente significativa.

Quando examinada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, observa-se, que existem diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros e enfermeiros especialistas apenas na dimensão 2, Família como recurso dos cuidados de enfermagem. No entanto, a análise dos resultados terá de ser avaliada com alguma prudência, tendo em consideração, que a amostra apenas conta com um enfermeiro especialista, o que pode desvirtuar os resultados.

Freitas (2009) salienta que a variável formação adquire significado na forma como os sujeitos percebem a Enfermagem de família, opinião defendida por Wright e Leahey (2009), quando referem que a formação pode ser um agente incitador de uma boa prática de enfermagem com famílias, fazendo mesmo a diversidade entre os diferentes níveis de intervenção junto das famílias.

Esta observação enquadra-se no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), onde é esclarecido que o Enfermeiro Especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, com competência assente num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Deve ainda envolver a família, e outros, no sentido de assegurar a satisfação das suas necessidades, culturais e espirituais.

Em relação às **habilitações académicas**, dos 7 enfermeiros inquiridos, 2 (28,6%) possuem bacharelato e 5 (71,4%) a licenciatura. Os restantes 22 (100%) alunos ainda só possuem o 12º ano.

Em termos relacionais entre a atitude do enfermeiro e as suas habilitações académicas verifica-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não há associação entre a importância atribuída à família e as habilitações académicas. Contrariamente, no estudo realizado por Freitas (2009) nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, a uma amostra de 420 enfermeiros, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da enfermagem de família, os profissionais com licenciatura foram o grupo que atribuiu maior importância ao trabalho com as famílias.

Sousa (2011) obteve diferenças estatisticamente significativas na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, revelando que, quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro para com a família.

No estudo de Martins et al. (2010) também se evidenciou a importância da formação para uma atitude mais favorável face à família e Santos (2012) confirmou que, a atitude face à prática da enfermagem de família é mais favorável, consoante for a formação profissional dos enfermeiros.

Freitas (2009) refere que os profissionais com mestrado são um dos grupos que maior importância dá ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Salienta ainda que, a variável formação adquire significado na forma como os sujeitos percecionam a enfermagem de família. Na investigação por si efetuada, a variável habilitações académicas influenciou, significativamente, a importância atribuída à enfermagem com famílias, no entanto, tal significância não se tenha revelado na prática destes profissionais, o que, em sua opinião pode significar que nos últimos tempos, embora tenha havido um progresso significativo no paradigma da enfermagem de família, ainda são reais as lacunas existentes entre a teoria e a prática. Concluindo ainda no estudo realizado”, os grupos de enfermeiros

com licenciatura, mestrado e enfermeiros especialistas, chefes e supervisores atribuíram maior importância à Enfermagem com Famílias. Este efeito tão significativo relacionou-se com o tipo de formação académica sobre a família.

No atual estudo, tal como no estudo de Rodrigues (2013) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas que revelem influência das habilitações académicas sobre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar. Já Sousa (2011), encontrou significado estatístico dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família.

No que concerne aos enfermeiros, o tempo médio de **experiência profissional** destes foi de 30,1 anos (variou entre 15 e 42 anos). Já os alunos (100%), ainda não são detentores de experiência profissional pois encontram-se a frequentar o primeiro e segundo ano de licenciatura em enfermagem.

Na hipótese relativa à associação da atitude dos enfermeiros com a experiência profissional, verificou-se uma influência estatisticamente não significativa. Quando avaliada a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala, apenas as dimensões Família como recurso dos cuidados de enfermagem e a Família como um fardo apresentam uma correlação negativa, não sendo, no entanto estatisticamente significativa. Este fato vem de acordo com o estudo de Alves (2011) e Oliveira et al. (2011), que utilizaram a mesma escala para avaliar as atitudes dos enfermeiros.

Rodrigues (2013) evidenciou nos resultados do estudo que realizou, não existir relação entre o tempo de serviço e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

Contrariamente aos dados por nós encontrados e relativamente à variável anos de exercício profissional, Silva et al. (2013) demonstraram que quanto maior o número de anos de exercício profissional e de experiência profissional, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, no entanto, no estudo de Ângelo et al. (2014), considera-se que uma maior experiência profissional é indicadora de menor suporte à família, o que vem demonstrar a

necessidade de investirmos na formação contínua dos enfermeiros, ao longo do seu percurso profissional.

A este respeito, Silva, Costa & Silva (2013) referem que a uma menor experiência profissional correspondem resultados de atitudes de menor suporte, face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Os dados divulgados por Benzein et al. (2008), indicavam que os enfermeiros recém-formados são os que mais visualizam as famílias como um fardo, referindo que não têm tempo para elas no seu local de trabalho, enquanto que os enfermeiros com alguns anos de prática, são capazes de considerar mais do que o utente ao seu cuidado e incluem os membros da família como unidade de cuidados.

No que diz respeito ao **tempo de exercício da atividade na Unidade**, a totalidade dos enfermeiros (100%), embora já tendo experiência profissional anterior, exercem funções naquela USF desde que ela abriu (4 anos). Conforme já referido anteriormente os alunos em formação ainda não têm experiência no exercício da atividade, uma vez que se encontram a estudar.

No presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no total da escala e nas três dimensões. Não é possível fazer uma associação entre o tempo de exercício da atividade na Unidade com as atitudes dos enfermeiros, pela falta de significância nos resultados obtidos, bem como, pelas características da amostra, visto não haver variação do tempo de exercício dentro do grupo dos enfermeiros.

De acordo com a questão **experiência com familiar gravemente doente** verificou-se que, da totalidade dos enfermeiros, 5 (71,4%) confirmaram a experiência enquanto que 2 (28,6%) referiram ainda não ter passado por essa vivência.

No que diz respeito aos alunos, face aos resultados obtidos, pode-se concluir que (100%) ainda não tiveram essa experiência.

Os dados obtidos neste estudo revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas na experiência anterior com familiares gravemente doentes, na escala total

Importância atribuída à família. Assim, parece que não há associação entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes na importância atribuída à família.

Benzein et al. (2008) partilham a ideia que enfermeiros e enfermeiras sem experiências com doenças dentro de suas próprias famílias parecem ser menos positivos em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados. Ainda segundo o mesmo autor os enfermeiros que demonstraram já ter tido experiência anterior com familiar gravemente doente que necessitava de cuidados tinham uma atitude mais humanitária em relação às famílias, do que os que não tinham passado por tal experiência.

O mesmo evidencia o estudo de Sousa (2011), cujos resultados apontam para que a experiência anterior com familiares gravemente doentes influencie diretamente as atitudes dos enfermeiros, em contexto profissional.

Benzein et al. (2008), reconhecem que os enfermeiros que negam experiências com familiares doentes apresentam médias mais altas para considerar a família como um fardo, contrariamente aos enfermeiros que relataram ter experiência anterior com um familiar doente. Apresentam uma atitude mais adequada com a família como parceiro dialogante e de recurso, concluindo que, a boa comunicação entre os enfermeiros e família é facilitada, se a pessoa enfrentou uma doença grave, dentro da própria família.

As próprias experiências de doença com os seus familiares poderão levar a atitudes positivas do enfermeiro face à família, no desenrolar do seu trabalho (Benzein et al, 2008a; Sousa, 2011).

Saveman, Mahlen, & Benzein (2005) num estudo, com estudantes de enfermagem, baseado em entrevistas refere que estes, foram extraordinariamente influenciados pelas suas experiências pessoais quando se exploraram as suas crenças sobre as famílias nos cuidados de enfermagem.

A título conclusivo e de acordo com o presente estudo face às potenciais variáveis associadas à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, verificou-se que só o género e o título profissional, na dimensão família como recurso dos cuidados de enfermagem, parecem estar associados à importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem. Os dados encontrados são contrários aos de outros estudos, como por exemplo,

o de Frade (2019) que refere no seu estudo e no que diz respeito à variável formação, os dados que obteve evidenciam que quanto maior a formação na área da enfermagem de saúde familiar, maior a importância atribuída à família, no entanto, esta situação não foi possível de ser constatada no presente estudo.

Como limitação ao estudo, por um lado, apontamos o facto da baixa representatividade do grupo dos enfermeiros, que dificulta a interpretação dos resultados, não permitindo a sua generalização, e por outro, a escassez de estudos nacionais nesta área, talvez devido à ainda precoce e recentemente criada especialidade de enfermagem, o que faz com que ainda não tenhamos uma elevada produção científica neste domínio.

### 3.7 APLICAÇÃO DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

O presente estudo partiu de inquietações instauradas e de questões levantadas no contexto da prática de cuidados. Chegado a este ponto, e considerando a pesquisa efetuada, procurar-se-á efetuar um juízo crítico, transposto para a prática clínica, apontando notas relevantes e linhas de orientação para pesquisas futuras, almejando que os resultados divulgados possam inspirar intervenções, numa maior proximidade, e necessidade de redução do hiato, entre a teoria e prática de saúde familiar.

Num projeto desta natureza e nas circunstâncias em que foi desenvolvido, em contexto pandémico, que nos afetou de forma tão consistente, existiram momentos mais complexos, com dificuldades e constrangimentos só possíveis de ser ultrapassados e contornados com árduo trabalho. Com o elevado ritmo de trabalho na profissão, tendo de dar resposta ao acumular de muitas atividades fora do comum, inerentes à pandemia, foi-nos exigido um esforço hercúleo, nomeadamente na gestão de tempo para concomitantemente realizar a presente investigação.

Foi possível compreender a capacidade de readaptação para dar resposta às necessidades dos utentes e família, bem como estabelecer novas estratégias de comunicação verbal, não verbal e à distância (digital e móvel) para colmatar as necessidades dos utentes e famílias e as limitações funcionais. Foi ainda possível, compreender a importância da resiliência e união da equipa como sentimentos positivos que, contribuíram para se conseguir ultrapassar as barreiras impostas pelo contexto pandémico.

Ciente que nesta pandemia, houve impedimentos e limitações no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos deste estudo, o que originou consequências muito significativas na prática da enfermagem de Família. Apesar dos constrangimentos e dentro do possível, o ensino clínico foi promotor de um desenvolvimento pessoal e profissional, a par com um conjunto de competências que se traduziram em aprendizagens, tendo em conta o desenvolvimento e a capacidade para integrar os diversos saberes nas diferentes áreas de formação, como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar. As atividades realizadas na USF permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas, nos vários domínios, previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar.

Como aspeto menos positivo, saliento o fato de, em simultâneo, no campo de estágio, existirem também alunos do curso base de enfermagem, o que atendendo às restrições do momento, me delimitou algumas possibilidades de novas situações para aquisição de novas oportunidades, para a minha prática profissional no âmbito da enfermagem familiar.

Dentro do possível e das condicionantes impostas, o campo de estágio facultou-me as condições para a concretização dos objetivos do ensino clínico, dos quais destaco a relação de interajuda, apoio e partilha, estabelecida com os profissionais de saúde do mesmo, que enriqueceu e favoreceu o desenvolvimento do percurso. Também saliento o interesse e a disponibilidade demonstrado pela equipa de enfermagem, que foram facilitadores da coordenação das diferentes etapas da investigação.

Reconheço também, que nesta unidade terá de haver mudanças a curto prazo, no sentido de mudarem a organização do trabalho, de enfermagem e médico, por enfermeira e médico de família. Atualmente ainda desempenham funções segundo o modelo biomédico, não sendo facilitador nem para a enfermagem nem para os utentes, impossibilita o estabelecimento mútuo de relações de confiança, com a finalidade de trabalhar a família sistemicamente.

Terminado o projeto, considera-se que o trabalho de campo poderia ter sido ainda mais enriquecedor, caso tivessem sido realizadas mais visitas domiciliárias e reuniões com as famílias, para colher dados de forma presencial, pela experiência única que é conviver com as famílias, pelo tempo gasto na etapa de diagnóstico, que poderia suscitar uma relação de maior confiança, relevante na adesão ao projeto de intervenção.

O fator tempo também constituiu uma limitação para a realização deste estudo, uma vez que apesar de já existir uma autorização prévia da comissão de Ética da zona centro, para a realização deste trabalho, a mesma não foi aceite pela ARSLVT. Por esta razão, houve necessidade de submeter novo pedido, cujo deferimento demorou cerca de três meses, implicando num menor período de tempo disponível para realização do mesmo.

Os enfermeiros sempre reconheceram a importância de envolver a família nos cuidados (Benzein et al., 2008; Wright, 2009) e quando efetivamente cuidam das famílias a sua realização profissional e pessoal aumenta.

Não posso deixar de fazer algumas sugestões que considero pertinentes para que o cuidar da família se torne numa realidade:

- A escassez de estudos neste domínio específico enquanto área disciplinar da enfermagem é ainda uma realidade. É necessário realizarem-se mais estudos que reforcem a importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, perspetivando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde das famílias. Por esse motivo, é de suma importância a replicação deste estudo noutros contextos da prática clínica, com a finalidade de validar resultados e por se constituir, em si mesmo, uma estratégia de transferência de conhecimentos da teoria para a prática de cuidados à família;
- Os resultados devem ser divulgados nas escolas e em instituições de saúde para que sejam criadas condições de cooperação, sejam pensadas e repensadas as estratégias de formação em serviço que promovam uma transmissão de saberes da teoria para a prática e vice-versa, assim como, devem ser repensados os currículos e a formação dos docentes e alunos;
- Os resultados dos estudos deverão ser transmitidos aos profissionais que participaram no estudo e a outros nos serviços por forma a tornar explícita, a importância da formação em serviço para a efetividade da prática de enfermagem de família;
- Promoção de formação pós-graduada em enfermagem dos sistemas familiares;
- Existência de registos eletrónicos e a utilização de uma linguagem classificada, que não está ainda acessível a todos os enfermeiros. A relevância de instrumentos concisos, que utilizados permitam avaliar a família, para a entender quanto aos seus problemas e necessidades reais e quais as necessidades de intervenção para a capacitar na transição que está a ocorrer. As escalas existentes, embora sejam muito importantes, são morosas e exaustivas tendo em conta a organização dos cuidados, para além de serem de difícil perceção na visibilidade dos resultados. Também o Sclínico é de difícil perceção, não contemplando área para a realização de ecomapa e genograma;
- A demonstração entre os resultados esperados na saúde do utente/relação com os cuidados de enfermagem, é uma questão atualmente prioritária a nível internacional e que também o deverá ser entre nós. É fundamental comprovar que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população. A possibilidade de medir resultados é fundamental para a questão da qualidade e

profissionalidade. As implicações que daí advém são diversas: melhoria da saúde das pessoas, haverá incentivo e financiamento dos serviços de saúde e da investigação e, por último, mas de extrema importância, respeito pela profissão e poder do grupo na sociedade.

A constatação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem precisa de atenção, é necessário que a investigação alcance estudos dedutivos, para medir esses mesmos resultados.

#### 4 NOTA FINAL

“Assistir as famílias numa perspetiva sistémica, quer para promover a saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis, quer para promover o autocuidado no sentido de diminuir ou aliviar os sofrimentos emocionais, físicos e espirituais da doença, requer o aprofundamento e/ou aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção dirigidas à família” Figueiredo (2012).

A família é compreendida como a unidade primária de cuidado, pois é nela que os seus membros interagem, se apoiam e trocam experiências. Para a profissão de Enfermagem o cuidado ao ser humano, seu cliente, assume uma importância central, sendo impensável pensar nele sem o contextualizar no meio familiar em que está inserido. A saúde da família é um processo dinâmico, complexo e mutável por muitas e diferentes variáveis e que pode ser influenciado pelos profissionais de saúde (Marcon et al., 2005).

No propósito de fomentar a melhoria na qualidade dos cuidados e assim dar um contributo da enfermagem à sociedade, proporcionando a autonomia da profissão, propus realizar uma investigação que pretende considerar a família como um foco dos cuidados de enfermagem, nos cuidados de saúde primários e de entre a comunidade académica.

No início do estudo os objetivos definidos adivinhavam-se ambiciosos quando confrontados com o vasto trabalho a realizar, com uma imensidão de dificuldades que se poderiam encontrar, mas nunca idealizando que para além da minha inexperiência, ainda me depararia com uma penosa pandemia. Felizmente, os reais constrangimentos não constituíram barreiras intransponíveis e com muita firmeza no querer e perseverança foram ultrapassadas. A inexperiência, as indecisões, as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como impulsionadora e animadora de todo este projeto.

O estudo aqui exposto, descritivo-correlacional visou identificar as atitudes dos enfermeiros, numa unidade de saúde familiar e de futuros colegas de profissão, ainda a frequentar o curso base de enfermagem, relativamente às famílias para determinar possíveis relações entre as atitudes dos enfermeiros e alunos com os familiares.

Do estudo constou a aplicação de um questionário, numa versão atualizada da escala "A Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros" (IFCE-AE), aplicado à nossa amostra, que nos permitiu responder à questão de investigação colocada.

A compreensão geral do problema, pode ser percecionada pelo enquadramento teórico e pela metodologia utilizada. Após a obtenção dos resultados, inferiram-se algumas conclusões, que se encontram expostas no decorrer do trabalho, permitindo responder às questões de investigação colocadas e aos objetivos delineados no início deste percurso.

Uma das preocupações foi garantir o rigor do estudo, isto é, que os dados refletissem exatamente a realidade do fenómeno tal como é vivido. Obteve-se atitudes mais e menos positivas no que diz respeito à interação com a família.

Uma das limitações é o acanhado tamanho da amostra. A aplicação do questionário reclamava uma amostra tão extensa quanto possível pois teria enriquecido os dados e permitiria resultados mais conclusivos. Por outro lado, a escassez de estudos neste domínio específico enquanto área disciplinar de enfermagem, ainda é efetiva.

Os dados obtidos, provêm de duas amostras: uma constituída por 7 enfermeiros de um Centro de Saúde, que lidam diariamente com utentes e familiares, maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 39 e os 63 anos, que se dividem entre bacharéis e licenciados, a exercer funções nesta unidade há 4 anos, sem qualquer formação específica em Enfermagem de família e que na sua maioria tiveram já experiências com familiares gravemente doentes. A outra, um grupo de 22 alunos de enfermagem cujas idades estão compreendidas entre os 19 e os 24 anos, que ainda não tiveram contato com conteúdos formativos da área de enfermagem de família ou ensinios clínicos, pois frequentam o primeiro e o segundo ano de enfermagem, e só uma representação muito pouco significativa é que teve experiência com familiares gravemente doentes.

Pude constatar no trabalho, com os resultados obtidos, que as "*Atitudes dos enfermeiros*" não são influenciadas por características pessoais (idade), profissionais (tempo de experiência profissional, tempo no serviço e formação em enfermagem de família) nem pelas suas experiências de vida, no que diz respeito a terem já tido familiares gravemente doentes.

Obtêm-se diferenças com significado estatístico relativamente ao género, experiência profissional e ao título profissional salientando a ideia de que na amostra consta unicamente um enfermeiro especialista.

Dos resultados obtidos e segundo alguns autores, pode-se afirmar que ainda existe uma relação ambígua, entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância da participação das famílias nos cuidados de enfermagem. Por isso, torna-se fundamental e dada a variabilidade de atitudes dos enfermeiros para com os familiares, que haja sensibilização para a importância que as suas atitudes para com as famílias têm, e, que repercussões delas advêm para o doente, família e enfermeiro. Para tal, importa que sejam conhecidos os fatores promotores das suas atitudes face às famílias.

Neste mundo complexo como o atual, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento efetivo das competências que lhe são adstritas, de forma a poder desenvolvê-las, consolidá-las e contribuir dessa forma para uma praxis pautada por níveis superiores de qualidade, com base em sólidos e válidos padrões de atuação, que requerem uma mobilização constante de conhecimentos baseados na evidência.

A qualidade dos cuidados de enfermagem assume cada vez mais um papel de relevância, não passando somente por progressos técnicos e científicos, mas também pela transformação do próprio enfermeiro enquanto ser humano, pela necessidade de criar espaços para reflexão nos cuidados holísticos que são prestados ao utente, que tem um ambiente de vida de que não se pode separar, sendo a família participante. Sabe-se que os enfermeiros têm atitudes diferentes, diversas e que nem sempre estão de acordo com o padronizado ou até com o que os próprios enfermeiros possam acreditar. Visualizando a melhoria dos cuidados e por conseguinte, um maior envolvimento e participação dos utentes e familiares nos seus processos de saúde, individual e coletiva, é cada vez mais premente olhar as atitudes dos enfermeiros de forma a tentar perceber o que está na sua base.

Como a formação em enfermagem de família, tem sido considerada em várias pesquisas como influenciadora da atitude face à família, pode-se inferir que as atitudes se aprendem e podem ser ensinadas, daí, a importância de trilhar um percurso formativo para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Se é verdade que a atitude não determina o comportamento é também verdade que sem atitude ele provavelmente não acontece. Em

termos académicos será também positivo a reflexão sobre o impacto da formação nas representações das funções dos enfermeiros e reforçar os conhecimentos sobre este tema, aos alunos de enfermagem preparando-os para um futuro melhor de convivência e trabalho com os doentes e seus familiares.

Ainda estamos numa fase inicial da construção da disciplina do conhecimento “Enfermagem”, pelo que se poderia dizer que tudo o que se queira investigar é útil. Mas para a prática de enfermagem é ainda mais útil concentrarmo-nos nas questões que dizem respeito à prática dos cuidados /prestação de cuidados/ cuidar de enfermagem. Questões estas centrais, de onde surgirão outras questões.

Apesar da evolução das políticas e filosofias das unidades de saúde, no que respeita à abertura para a presença das famílias estas não se têm traduzido nos cuidados de enfermagem.

Como estímulo aos enfermeiros dos CSP, reconhecendo as limitações de recursos humanos nos cuidados de enfermagem em Portugal, mas no sentido de melhorar a prática, referir que estes resultados serão propiciados por uma visita domiciliária, que deve ser encarada como forma de reconhecer a realidade sentida e vivida pelas famílias, promovendo a integração das mesmas nos cuidados de saúde e contribuindo para o seu desenvolvimento, bem como, para uma positiva auto-percepção dos seus conhecimentos e forças, potencialidades e competências, tendo em conta os seus recursos.

## BIBLIOGRAFIA

- Agrupamento dos centros de Saúde de Cascais (16 de maio de 2021) Acedido a 16 de maio de 2021, <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-cascais/>
- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71914>
- Alves, M. A. (2012). Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família: contexto pediátrico. In Carvalho, José C.- Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, P.165-173. ISBN. 978-989-96103-6-1. Retirado a 4 de janeiro de 2022.
- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto Editora.
- Amaro, F. (2006). Introdução à sociologia da família, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Amendoeira, J. (1999). Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinidade. [Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém. (Não publicado – Centro de Documentação ESSEnf].
- Angelo, M., Mekitarian, F. P., Santos, C. C., Martinho, M. C., Costa Marques, Martinho, M. C., & Martins, M. F. (08 de 2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. Obtido de Rev. Esc. Enferm. USP vol.48 no.spe S: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. Revista de Enfermagem Referência, III série, edição nº 7, pg. WW-XX. Acedido a 13 de março de 2022 <https://doi.org/10.12707/RIII11145>
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patient's family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Sciences 5(2):1, pp. 142-50. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x>
- Barbieri, M. C.F. (2011). Enfermería de Familia en Portugal: un camino en desarrollo. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 4 (2). pp. 45-48.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. Journal of family nursing, 14(2), 162–180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Benzein, E., Johansson, P. E., Årestedt, K., & Berg, A. (2008a). Families importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. Journal of Family Nursing 14(1), pp. 97-117.
- Bento, M. C. (1997). Cuidados e Formação em Enfermagem, que identidade? Lisboa: Fim de século Edições
- Bezerra, F., Taziana, S., Lemos, M., Sousa, A.C., Carvalho, S.M.L., Fernandes, C.M.C., Alves, A.F. S. & Dalva, M. (2013). Promoção da Saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem, Revista Eletrónica Enfermería Global, 32 (270-279). [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf)
- BI- CSP (2018). Bilhete de Identidade dos Serviços de saúde Primários. SNS <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30004/3112876/Paginas/default.aspx>
- Boof, L. (2002). Cuidado: o ethos do humano. E: Saber cuidar- ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes.

- Cascais, (28 de maio de 2020). DPGU. Direcção Municipal de Planeamento do Território e da Gestão Urbanística [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/3\\_sociodemografia\\_socioeconomia\\_parque\\_habitacional.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/3_sociodemografia_socioeconomia_parque_habitacional.pdf)
- Carvalho, R. (2010). Relação Enfermeiro-Família do Idoso Hospitalizado. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 84-92). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Censos (1991, 2001 e 2011). Instituto Nacional de Estatística. Retirado em maio de 2021 em <https://www.pordata.pt>
- Cerqueira A, M. A.- A pessoa em fim de vida e família: O processo de cuidados face ao sofrimento. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. Acedido em fevereiro de 2022. Disponível em WWW: < <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614>
- Collière, M.F. (1999). Promover a Vida – Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses.
- Cossette, S., Belaid, H., Heppell, S., Mailhot, T., & Guertin M.C. (2016). Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: A randomized pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(34), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0077-8>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cruz, A. C. (2015). Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem.
- Delgado, P. (2015). Em busca do tempo perdido: o acolhimento familiar em Portugal. Em A.C. Matos, C. Maia; C.P. Mota, E. Sá, G. Milheiro, H. Osswald, M. Rocha, *A Família Portuguesa do séc. XXI* (pp. 101-108). Lisboa: Pasrifal.
- Diagnóstico Social/Pessoas Cascais. (28 de maio de 2020) Rede Social de Cascais [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/dsc\\_pessoas.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/dsc_pessoas.pdf)
- Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança. Problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 81-102.
- Dias, O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar, *Gestão e Desenvolvimento*, 19, pg. 147.
- DGS. (maio de 2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. Regulamento n.º 118/2014, art. 8 - Implementação da atividade do enfermeiro de família. Lisboa.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Regulamento n.º 126/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa.
- El-Masri, & Wasylyshyn.F. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and critical care nursing*, p.43-50.
- Elsen, I.; Althoff, C. & Manfrini, G. (2001). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 3 (2), pp. 89 – 97.
- Evolução da população do Concelho de Cascais 1970-2011. Acedido a 17 de maio de 2021 <https://www.cascais.pt>
- Frade, J., Henriques, C. M. G., & Frade, M. F. G. (2021) A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V, nº 7, pg. 1-8 retirado: [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)
- Fernandes, C. S. (2015). *A família como foco dos cuidados enfermagem: Aprendendo com o Family Nursing Game*. Loures, Portugal: Lusodidata.

- Fernandes, C.S., Gomes, J.A.P., Martins, M.M., Gomes, B.P. P., & Gonçalves, L.H.T. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 7 (21-30), Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn7/serlVn7a03.pdf>.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviors regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), 615-623. doi: 10.1111/j.1365- 2648.2008.04828.x
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2011). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: research, theory & practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Freitas, A. (2009) -. *Enfermagem com Famílias. Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamiliasAlexandraFreitas.pdf>
- Gliem, Joseph A.; Gliem Rosemary R. - Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. Columbus: Midwest Research- to- Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, 2003. P. 82-88. Acedido a 28 de novembro de 2021. Disponível em: <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/gliem+&+gliem.pdf?sequence=1>
- Guedes, A., S.M. (2008) - *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Porto: Faculdade de Medicina – Departamento de psiquiatria.
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., Van Der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16, Artigo 37. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0231-5>
- Hallgrimsdóttir, E. M. (2000) *Percepções e Experiências de Cuidados de Famílias de Enfermeiros de Acidentes e Emergências*. *Revista de Enfermagem Clínica*, 9, 611-619. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00406>.
- Halldórsdóttir, B. S., & Svavarsdóttir, E. K. (2012). Purposeful Therapeutic Conversations: Are They Effective for Families of Individuals with COPD: A Quasi-Experimental Study. *Vard i Norden*, 32(1), 48– 51. <https://doi.org/10.1177/010740831203200111>.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Loures, Portugal: Lusociência. p.6.
- Heath, H. (2003) Reflexão e padrões de conhecimento em enfermagem. *Loading Global Nursing Research*, vol.27, Pgs. 1054-1059.
- Henriques C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jansson, A., Petersson, K., & Uden, G. (2001). Nurses' first encounters with parents of new-born children--public health nurses' views of a good meeting. *Journal of clinical nursing*, 10(1), 140–151. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00456.x>
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health Care nursing, Theory, Praticte and Research*. (F.A. Davis Company, Ed.) (4th ed.). Philadelphia. <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>

- Kaakinen, Birenbaum. (2011). Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem da família. In Stanhope, & Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusociência, p.570-590.
- Kamban, S. W., & Svavarsdottir, E. K. (2013). Does a therapeutic conversation intervention in an acute paediatric setting make a difference for families of children with bronchiolitis caused by respiratory syncytial virus (RSV)? *Journal of clinical nursing*, 22(19-20), 2723–2733. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04330.x>
- Kholiaf, S. N., Nursalam, M. N., Merruana, A., Ahsan, B. N., & Tantut, S. (2018). Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 914-926. [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33\\_1-susanto\\_original\\_10\\_2.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf)
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of family nursing*, 18(1), 11–34. <https://doi.org/10.1177/1074840711427294>
- Konradsdottir, E., & Svavarsdottir, E. K. (2011). How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN*, 16(4), 295–304. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00297.x>
- Leandro, M.E. (2006) Transformações da Família na História do Ocidente. *Theologica*, 1(41), 51-74. <https://core.ac.uk/download/pdf/70682503.pdf>
- Lopes, Jorge. (2005). Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista Escola Enferm USP*, n.39, p. 103-108.
- Luckman, T. & Berger, P. (1999). *A Construção Social da Realidade – Um livro sobre a Sociologia do Conhecimento*. Lisboa: Dinalivro.
- McClement, S. E., Fallis, W. M., & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 41(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x>
- Magão, M. (1992) *Cuidar significado e expressão na formação em enfermagem*. Dissertação no âmbito do 3º CPAEE (Não publicado).
- Malaguti, W., Miranda, S.M.RE. C. (2010) *Os caminhos da enfermagem de florence à globalização*. São Paulo: Phorte editora.
- Marcon, S., Radovanovic, C., Waidman, M., Oliveira, M. & Sales, C. (2005) – Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crónica de saúde. *Rev. Texto e Contexto*; 14 (Esp): 116-124.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, M. M. (2004). *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Martins, M. E., & Ponte, J. P. (junho de 2010). *Organização e Tratamento de Dados*. Obtido de [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Curriculo/EBasico/Matematica/otd\\_ensino\\_basico\\_2010.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Curriculo/EBasico/Matematica/otd_ensino_basico_2010.pdf)
- Marôco, J., Marques T. G.- Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? [Em Linha]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada, Vol. 4 (2006), p. 65-69. Acedido a 26 jan de 2022]. Disponível em [www: < http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf).
- Maturana, H., Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston, USA: Shambhala.
- Meleis, A. I. (2005). – On the way to theoretical nursing: Stages and Milestones. In: *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mendes, E.V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização pan-Americana de Saúde.
- Monteiro, M.C.D. (2010). Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 212p. [Consult. 10 dezembro 2021]. Disponível em WWW: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>>.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. Sinapse, 9(8), 10. Retirado de [doi.org/10.1016/j.mpsur.20.10.2021](https://doi.org/10.1016/j.mpsur.20.10.2021).
- Murteira, B., Ribeiro, C., Pimenta, C., Pimenta, F. Silva. (2015). Introdução à Estatística. Lisboa: Escolar Editora
- Núncio, M.J. (2018). *Famílias felizes sem segredos*. Porto: Ideias de Ler.
- Nunes, R. (2015). Ética e família. Em A.C. Matos, C. Maia, C.P. Mota, E. Sá, G. Milheiro, H.Osswald, M. rocha, A *Família portuguesa no Século XXI* (Pp. 39-50). Lisboa: Parsifal.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., & Santos, M. (2009). Validação da Escala IFCE-AE. In BARBERI, M. C.- Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. 156p. ISBN 978-989-96103-2-3.
- Oliveira, P., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., Figueiredo, M., Andrade, L. M., de Carvalho, J. C., & Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care--Nurses Attitudes [Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes]. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331–1337. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSjr4wc4nc5q/?lang=pt>
- Organization Mondiale de la Santé. (2000). L'infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d'études.
- Ordem dos Enfermeiros (dezembro de 2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual- Enunciados Descritivos – Conselho de Enfermagem. Acedido a 02 de janeiro de 2022.
- <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (22 de outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. AG extraordinária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19 de novembro de 2021. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde pública – Na Área de Enfermagem de Saúde familiar. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 04 janeiro 2022.
- [Microsoft Word - Ponto 2\\_PadroesQualidadeCuidaE\\_EComun\\_SFamiliar\\_SPública.docx \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (25 de novembro de 2017). Projeto Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19 de novembro de 2021.
- Ordem dos Enfermeiros (16 de julho de 2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Acedido a 6 de abril de 2021. Disponível em [Ordem dos Enfermeiros \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (02 de julho de 2020). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido de Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19/11/2021. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familiaenfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>

- Ordem dos enfermeiros (2002). A cada família o seu enfermeiro. Lisboa, Portugal.
- Perfil Local De Saúde Do Aces Cascais 2010, ARSLVT
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2008). Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. (janeiro/fevereiro de 2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem vol.63 no.1 Brasília*.
- Ratti, A., Pereira, M.T.F. & Centa, M.D.L. (2005) A Relevância da Cultura no Cuidado às Famílias. *Família, Saúde Desenvolvimento*. 7 (1). p. 8-60.
- Regulamento n.º 126/2011. (18 de 02 de 2011). D.R. II Série. 35; 8660-8661
- Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Remondes-Costa, S. (2015). O cancro no seio da família. Em A. C. Matos, C. Maia, C. P. Mota, E. Sá, G. Milheiro, H. Osswald, M. Rocha, *A Família Portuguesa no Século XXI* (pp. 231-243). Lisboa: Parsifal.
- Ribeiro, J. S., Sousa, F. G., & Santos, G. F. (2018). Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. *Rev Fund Care Online*. 2018 jul./set.; 10(3), pp. 784-792.
- Rodrigues, L. M. (outubro de 2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Coimbra: Escola
- Rosenberg, M.; H., C. (1960). Cognitive, affective and behavioral componentes of attitude. Disponível em <file:///C:/Users/enfmo/Downloads/RoutledgeHandbooks-9781410612823-chapter3.pdf>
- Sá, E. (2015). A família que se inventa para as crianças. Em A. C. Matos, C. Maia, C. P. Mota, E. Sá, G. Milheiro, H. Osswald, M. Rocha, *A Família Portuguesa no Século XXI* (pp. 157-162). Lisboa: Parsifal.
- Santos, L. S., & de Brito Guirardello, E. (2007). Nurses' attention demands in the work setting. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(1), 27–33. <https://doi.org/10.15>
- Santos, M. L. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/697>
- Saveman, B. I., Måhlén, C. D., & Benzein, E. G. (2005). Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse education today*, 25(6), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.05.002>
- Silva, S. (2009) Família como cliente dos cuidados: Perspetivas e Práticas do Enfermeiro de Família. Da Investigação à Prática da Enfermagem de Família (pp. 58-66). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>
- Simionato, M.A.W.; Oliveira, R.G.- Funções e Transformações da Família ao Longo da História. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2003. p. 57-66. Acedido a 02 de março de 2022.
- Disponível em [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XAdZVEWnfv0J:www.abpp.com.br/abpp\\_prnorte/pdf/a07simionato03.pdf](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XAdZVEWnfv0J:www.abpp.com.br/abpp_prnorte/pdf/a07simionato03.pdf)
- Sousa, E. S. (2011). A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto. Retirado de [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)
- Teixeira, M. (2009). Necessidades de saúde em famílias com jovens adultos. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Tomey, A. M. (2002). Virginia Henderson - Definição de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., pp. 111-126). Loures: Lusociência
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. 399p.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.) Lisboa, Portugal: Sílabo

- Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures. Lusociência.
- Wright, L., Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias um guia para avaliação e intervenção na família. (3ª ed), S. Paulo: Editora Roca.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2009). Enfermeiros e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. (3ª ed). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2012). Enfermeiros e famílias – Um guia para avaliação e intervenção familiar. (3ª ed). São Paulo: Editora Roca.
- Wikipédia, A enciclopédia livre. Acedido a 30 de abril de 2021, <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cascais>
- Wikipédia, A enciclopédia livre. Acedido a 30 de abril de 2021, <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cascais>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA

---

**De:** Dora Caria | UCSP Paço D'Arcos

**Enviada:** terça-feira, 12 de Outubro de 2021 13:20

**Para:** Paula Monteiro | Assessoria

**Cc:** Cecília Vicente

**Assunto:** FW: Autorização para aplicação de questionário

Bom dia Exmª Sra. Dra. Paula Monteiro.

Somos Cecília ferreira Vicente e Dora Leitão Caria, enfermeiras e alunas, a frequentar o 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria, 3º curso, que realizaram estágio na Unidade de Saúde familiar - MARE, na Parede nos passados meses de fevereiro e março do presente ano. Visto este ano ter sido um ano atípico devido à pandemia, só agora nos foi possível retomar o mencionado mestrado para concluir a nossa formação.

Assim, no âmbito da Investigação do referido Mestrado e tendo como Investigador responsável e orientador o professor Doutor João Manuel Graça Frade do Politécnico de Leiria, vimos por esse meio solicitar a Vª excelência, autorização para a realização de um estudo, cujo domínio da investigação visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros, que trabalham na Unidade de Saúde Mare, na Parede, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem que será aplicado nos mês de outubro e eventualmente de novembro de 2021. O tema do trabalho será "IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS- MARE, NO CENTRO DE SAÚDE DA PAREDE".

Em anexo segue o instrumento de colheita de dados que garantirá a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Com os mais sinceros cumprimentos e disponibilidade para esclarecimento de alguma possível dúvida.

Cecília ferreira Vicente e Dora Leitão Caria  
(Tel: 963 364 431 e 965 056 237)

APÊNDICE II – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

Exma. Senhora

Dr.ª Dora Caria

[Dora.caria@sapo.pt](mailto:Dora.caria@sapo.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7729/CES/2021

**Assunto: CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.**

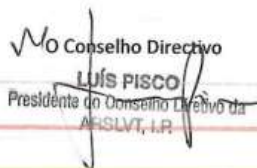
**Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados de saúde personalizados- mare, no centro de saúde da parede.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na reunião da secção de investigação do dia 03.12.2021, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Directivo  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

APÊNDICE III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DO ACES DE CASCAIS PARA A INVESTIGAÇÃO

**Para:** Bárbara Sofia de Carvalho | ACES Cascais - Direção Executiva

**Cc:** [cecilia.araujo.vicente@gmail.com](mailto:cecilia.araujo.vicente@gmail.com)

**Assunto:** FW: Pedido de Autorização para Investigação: A família no processo de Cuidar

**Importância:** Alta

Bom dia e bom ano de 2022, Exma. Sra. Diretora do ACES de Cascais, Bárbara Sofia de Carvalho!  
Que seja um ano de renovação, que terminem as nossas tristezas, desencantos e desilusões provocados por esta pandemia, que teima em não nos permitir recuperar as nossas vidas em total convivência comunitária.

Reitero o pedido de dia 5/1/2022 mas aguardamos, eu e a minha colega, pela sua autorização para continuarmos o nosso projeto de investigação.

Desde outubro do ano que findou que estamos impedidas de seguir o projeto pois tivemos de submeter o pedido à ARS e tendo em conta a data para o término do curso de mestrado ser em março do presente ano, deparamo-nos com a urgência da obtenção da sua autorização, para conseguirmos prosseguir e concluir o mesmo.  
Agradeço desde já a sua atenção para o assunto que lhe exponho.

Com os mais sinceros cumprimentos.

Dora Leitão Caria



qua 12/01/2022 15:55

Bárbara Sofia de Carvalho | ACES Cascais - Direção Executiva <[barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt)>

RE: Pedido de Autorização para Investigação: A família no processo de Cuidar

Para: [dora.caria@sapo.pt](mailto:dora.caria@sapo.pt)

Cc: [cecilia.araujo.vicente@gmail.com](mailto:cecilia.araujo.vicente@gmail.com)

Dar seguimento.

Dr.ª Dória Caria,

Boa tarde.

Agradeço e retribuo os votos de um bom ano.

Têm a minha autorização para retomar o projeto de investigação.

Votos de bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Bárbara Sofia de Carvalho

Diretora Executiva

ACES Cascais

Email: [barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt)

Rua Egas Moniz, 9010 - São João do Estoril | 2765-618 Estoril

Telefone: 214643752



APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – USF MARE

## **ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde- Protocolo de Investigação**

Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

### **Informação sobre a Investigação**

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

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

Esta investigação tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados, analisar as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros/estudantes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Desta forma, a sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário aplicado a enfermeiros ou estudantes de enfermagem na

USF MARE, estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicaremos a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contatar as investigadoras do projeto, Cecília Vicente e Dora Caria, através dos emails [cecilia.araujo.vicente@gmail.com](mailto:cecilia.araujo.vicente@gmail.com) ou [dora.caria@sapo.pt](mailto:dora.caria@sapo.pt)

Obrigado pela sua colaboração.

## Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação de forma gratuita, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador e colaboradores.

Fui alertada para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário. A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde- Protocolo de Investigação** Projeto: ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem \_\_\_\_\_

Nº Código \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

Exm. Senhor(a) Enfermeiro(a)/Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

A sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicaremos a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. É garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar os investigadores do projeto.

Obrigado pela sua colaboração.

Professora Doutora Carolina Henriques, RN, M.Sc., Ph.D., Pos-Doc

Professora Doutora Maria Clarisse Martins Louro, RN, M.Sc., Ph.D.

Professora Doutora Célia Jordão, RN, M.Sc., Ph.D.

Professor Doutor João Frade, RN, M.Sc., Ph.D.

Estudantes:

Cecília Ferreira Vicente

Dora Leitão Caria

Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Campus 2 - Morro do Lena -Alto do Vieiro, Apartado 4137, 2411-901 Leiria, Portugal,

Tel.: (+351) 244 845 300

**Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde- Protocolo de Investigação** Projeto:  
'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

---

Nº/Código \_\_\_\_\_

**“IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
NA USF MARE, NO CENTRO DE SAÚDE DA PAREDE”**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL**

**PARTE I**

Assinale a opção correspondente à sua resposta:

**1. Género**

Masculino  Feminino  Outro

**2. Idade** \_\_\_\_\_ anos

**3. Título Profissional**

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

**4. Habilitações Académicas**

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

**5. Experiência Profissional** \_\_\_\_\_ anos

**6. Unidade onde exerce funções**

UCSP  UCC  USF

**7. Há quanto tempo exerce a sua função nesta Unidade?**

- < 1 Ano
- 1-4 Anos
- 5-8 Anos
- 9-12 Anos
- 13 -16 Anos
- 16 -19 Anos
- ≥ 20 Anos

**8. Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização?**

- Sim  Não

*Se na questão "8" respondeu "Sim", responda, por favor, à questão "9". Se respondeu "Não", passe, por favor, para a questão "10".*

**9. Qual ou Quais?**

---

**10. Tem formação em Enfermagem da Família?**

- Sim  Não

**11. Experiência anteriores, com familiares gravemente doentes?**

- Sim  Não

## PARTE II

### Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. *et al.*,2009).

- Não há respostas certas ou erradas.
- Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.
- Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e assinale a sua opinião, conforme o seguinte:
  1. Discordo completamente
  2. Discordo
  3. Concordo
  4. Concordo completamente

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).				
6. No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.				

<b>9.</b> Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
<b>10.</b> A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
<b>11.</b> Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
<b>12.</b> Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.				
<b>13.</b> A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
<b>14.</b> Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
<b>15.</b> Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
<b>16.</b> Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
<b>17.</b> Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
<b>18.</b> Considero os membros da família como parceiros.				
<b>19.</b> Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
<b>20.</b> O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
<b>21.</b> Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
<b>22.</b> É importante dedicar tempo às famílias.				
<b>23.</b> A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
<b>24.</b> Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
<b>25.</b> Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				

**26.** A presença de membros da família deixa-me em *stress*.

--	--	--	--	--

Muito obrigado

ANEXOS

ANEXO I – MODELO CALGARY APLICADO NO ESTÁGIO II

## **O PROCESSO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA**

É uma abordagem lógica e sistemática que permite que o Enfermeiro desenvolva um plano de cuidados específico e adequado a cada família. Este revela-se complexo, exigindo a abordagem abrangente da família e de cada um dos seus membros e das múltiplas relações que entre eles se estabelecem. Hanson (2005) refere que estrutura, desenvolvimento e dinâmica familiar são apenas alguns dos conceitos essenciais para compreender a família. É impreterível que se estabeleça entre o Enfermeiro e a Família a relação terapêutica, permitindo comunicação aberta, clara e empática, que facilite a troca de informação. Wright e Leahey (2011) desenvolveram um instrumento de avaliação da Enfermagem de Família, o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), desenvolveram também o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) que acompanha o MCAF, oferecendo estratégias concretas para intervenção na família.

### **1 - AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO CALGARY**

De acordo com Wright e Leahey (2009) citados por Filho (2012), este modelo consiste numa “estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, e influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição”. Pelo motivo acima descrito é fundamental conhecer bem a estrutura familiar, utilizando para isso uma adaptada colheita de dados da história familiar. O modelo de Calgary de Intervenção na família é um instrumento que permite realizar a análise familiar, levantando os principais aspetos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O enfermeiro deve ainda buscar conhecimento na literatura científica e adotar instrumentos pertinentes, de forma a contribuir para o desenvolvimento de suas habilidades para a realização e abordagem familiar.

#### **1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL**

A avaliação estrutural do modelo de Calgary divide-se em três subcategorias: Interna, externa e contexto.

##### **1.1.1 ESTRUTURA INTERNA**

Na estrutura interna estão inseridos os seguintes parâmetros: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites/fronteiras. Nesta estrutura interna deve ser elaborado o genograma da família.

##### **1.1.1.1 COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Neste caso clínico temos uma família nuclear composta por 4 elementos:

AG, género masculino, de 86 anos de idade, foi funcionário público nos pupilos do exército, agora encontra-se reformado.

DG, género feminino, de 85 anos de idade, foi funcionária pública nos pupilos do exército, responsável das limpezas, sendo a minha paciente identificada.

CG, género feminino, de 58 anos de idade.

DL, gênero masculino, de 25 anos de idade.

#### **1.1.1.2 GÉNERO**

Relativamente a este item e na informação disponível, todos os elementos descritos correspondem às suas características biológicas, 2 do sexo masculino (avô e neto) e 2 do sexo feminino (avó e filha).

#### **1.1.1.3 ORIENTAÇÃO SEXUAL**

Uma vez referido no relacionamento do subsistema conjugal é um casal que tem uma relação de grande cumplicidade e afeto, pressuponho que são ambos heterossexuais assim 28 como a filha. Quanto ao neto do casal, não também é heterossexual uma vez que tem uma namorada.

#### **1.1.1.4 ORDEM DE NASCIMENTO**

Esta subcategoria refere-se à posição dos filhos, na família, em relação à idade e género. Segundo Wright, L. M. & Leahey, M. (2012, p. 60), “a ordem de nascimento, género e diferenças de idade entre irmão são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação”.

Cronologicamente, esta família apresenta como elemento mais velho o Sr. AG com 86 anos, seguido da Sra. DG com 85 anos. A filha IG será o terceiro elemento da família com 58 anos e por último o neto DL de 25 anos.

#### **1.1.1.5 SUBSISTEMAS**

Subsistema é o termo utilizado para denominar ou caracterizar o nível de diferenciação do sistema familiar. Cada pessoa da família pertence a vários subsistemas diferentes. Segundo Alarcão (2000, p. 52), numa família podemos encontrar fundamentalmente quatro subsistemas: o individual, o conjugal, o parental e o fraternal. Sendo a família um sistema, no qual todos os elementos estão relacionados entre si a fim de formar um todo organizado, é importante perceber como estes se relacionam. Nesta família identifiquei 4 subsistemas: o individual (composto por cada um dos elementos), o sistema conjugal (o casal), o subsistema parental (pais e filha, filha e neto), o sistema filial/fraternal (a filha e o neto).

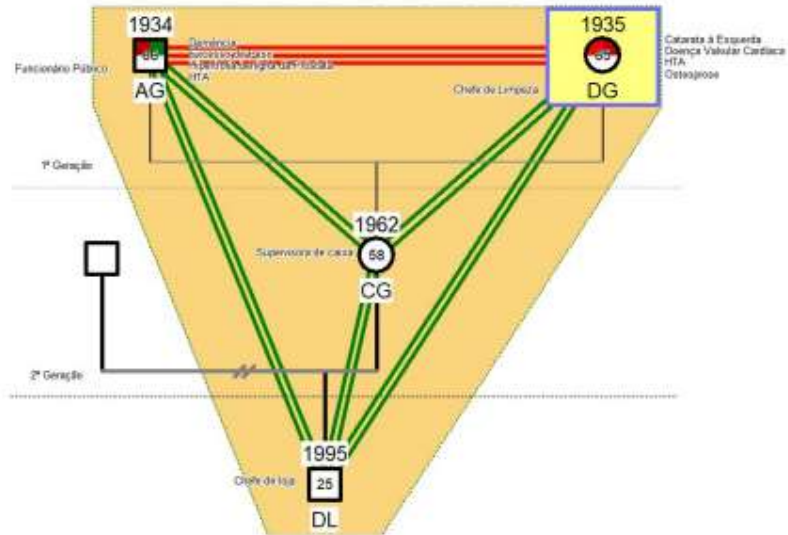
#### **1.1.1.6 LIMITES/FRONTEIRAS**

Segundo Minuchin (1979) as cited in Alarcão (2000, p. 54) existem três tipos de limites: os claros que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influência entre os mesmos; os difusos, marcados por uma enorme permeabilidade colocando em causa a diferenciação dos subsistemas e os rígidos que dificultam a comunicação e a compreensão recíproca. Logo concluo que os limites 29 permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas. Para um adequado funcionamento familiar é necessário haver fronteiras nítidas.

Neste caso posso concluir que existem limites claros no subsistema conjugal, parental e filial/fraternal, tendo em conta que não me foram descritas relações conflituosas ou desentendimentos na família.

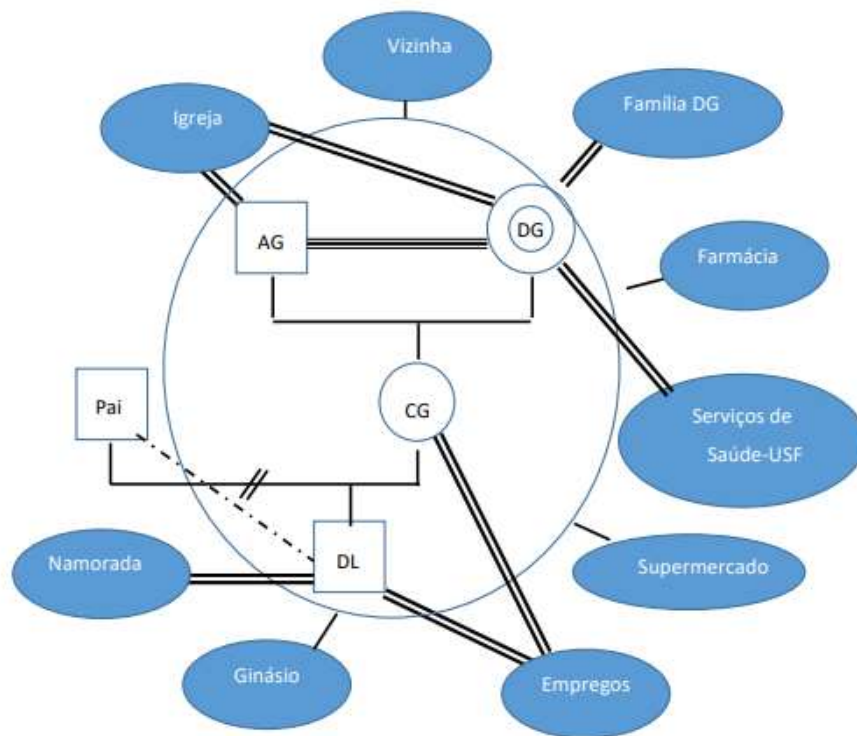
#### **GENOGRAMA**

Simbologia Descrição Simbologia Descrição Paciente identificado Amizade ou Próximo Vínculo forte Dependente  
 Divórcio 30 Vizinha



Simbologia	Descrição	Simbologia	Descrição
	Paciente identificado		Amizade ou Próximo
	Vínculo forte		Dependente
	Divórcio		

ECOMAPA



SIMBOLOGIA	DESCRIÇÃO
≡	Vínculo muito forte
==	Vínculo forte
—	Vínculo moderado
- - -	Vínculo superficial

SIMBOLOGIA DESCRIÇÃO Vínculo muito forte Vínculo forte Vínculo moderado Vínculo superficial Farmácia Família DG Ginásio Supermercado Serviços de Saúde-USF AG DG CG DL Pai Empregos Igreja Namorada

### 1.1.2 ESTRUTURA EXTERNA

A estrutura externa pode ser dividida em família alargada a subsistemas mais amplos. E aqui apresento os esquemas de avaliação familiar: genograma e ecomapa acima representados.

#### 1.1.1.1 FAMÍLIA ALARGADA

A família alargada é composta por outros elementos que não os pais e os filhos. Pode incluir avós, tios, primos, entre outros. Refere-se a outros elementos que não coabitam com a família nuclear, mas que são

importantes de considerar, pois poderão ser uma rede de suporte para a família. Relativamente à estrutura externa desta família a Sra. DG relaciona-se com a família da sua terra de origem, fala com uma irmã, mas não posso considerar que têm uma rede de apoio por a família se encontrar longe.

#### **1.1.1.2 SUBSISTEMAS MAIS AMPLOS**

Esta categoria refere-se a pessoas ou entidades com quem a família se relaciona mais significativamente. Os subsistemas mais amplos incluem as interações sociais em que a família participa, sejam estas instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada e proporcionando ajudas diferenciadas (Figueiredo, 2013). Neste caso específico, a rede de apoio social à família é a igreja e a equipa de saúde multiprofissional da USF Mare que é tida em grande estima. A Sra. DG solicita o apoio da equipa principalmente em situação de doença de um dos elementos da família, reconhece que o Enfermeiro e a Médica “conhecem bem” a situação familiar e são apoio emocional em alturas mais adversas. A vizinha da Sra. DG oferece algum apoio na sua ausência.

#### **1.1.2 CONTEXTO**

Fazem parte desta estrutura a etnia, a raça, a classe social, a religião/espiritualidade e o ambiente.

##### **1.1.2.1 ETNIA/RAÇA**

A família G é portuguesa, de raça caucasiana.

##### **1.1.2.2 CLASSE SOCIAL**

Para caracterizar de uma forma mais eficaz a posição social da família, vou utilizar a Escala de Graffar Adaptada (ANEXO II), o que permite conhecer de forma mais aprofundada os recursos económicos, a gestão dos rendimentos e a capacidade de assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos elementos da família. Sei que tanto a Sra. DG como o Sr. AG possuem a 4ª classe. Ambos trabalharam nos pupilos do exército, a Sra. DG foi responsável de limpeza e o Sr. AG trabalhou como funcionário público. A nível financeiro revelam uma situação estável. A filha, a Sra. CG possui a 4ª classe, frequentou um curso profissional e trabalha como supervisora de caixa num supermercado. O neto, DL possui o 12º ano e trabalha como chefe de uma loja de pronto a vestir numa grande superfície comercial. Esta família reside em moradia própria de 3 pisos, numa zona urbana, com 5 assoalhadas, 3 quartos, 1 sala de jantar, 1 escritório, 1 cozinha e garagem. Esta habitação possui rede elétrica, água canalizada e rede municipal de esgotos. De acordo com a Escala de Graffar Adaptada, a família enquadra-se na posição social de classe média, com 16 de pontuação. (ANEXO II)

##### **1.1.2.3 RELIGIÃO/ ESPIRITUALIDADE**

Família que se identifica com os valores do catolicismo. A Sra. DG ainda frequenta a igreja quando pode e antes do marido ter ficado tão dependente iam à missa aos domingos.

#### **1.1.2.4 AMBIENTE**

Tal como descrito anteriormente, esta família reside numa zona urbana, numa moradia própria com 5 assoalhadas. Esta habitação possui rede elétrica, água canalizada e rede municipal de esgotos. Irrepreensível condição de higiene e arrumação. Tendo em conta o número de elementos que compõem esta família, parece ser uma tipologia muito adequada a este agregado.

### **1.2 DESENVOLVIMENTO**

A avaliação do desenvolvimento familiar segundo o Modelo de Calgary (ANEXO I) divide-se em estágios, tarefas e vínculos. Esta capacita o Enfermeiro para cuidados antecipatórios atendendo às transições normativas de cada etapa.

#### **1.2.1 ESTÁGIOS**

A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre a área de avaliação de maior relevância face à sua especificidade (Figueiredo, 2013). Neste caso, é uma família na 5ª etapa do ciclo vital, família com filhos adultos. Esta fase é caracterizada por movimentos de abertura e fecho inter e intra-sistémica, que foi o que aconteceu nesta família quando a filha se casou e voltou para casa dos pais com o neto. Esta fase segundo Duvall (Relvas, 1996) "... é um momento da vida familiar que pode ser muito longo e que se caracteriza pelo alargamento e encurtamento da família nuclear." Mudanças recentes na Família/Problemas associados: O foco atual é a necessidade de acompanhamento permanente do Sr. AG. Alterações inerentes aos subsistemas: Alteração do poder executivo, passou do marido para a esposa por motivos de incapacidade.

#### **1.2.2 TAREFAS**

Neste caso clínico a Sra. DG é a responsável por grande parte das tarefas domésticas sendo também cuidadora do marido. É ela o elo de ligação com todos os elementos da família e 34 equipa de saúde. Verifica-se uma sobrecarga de tarefas, uma vez que assume todas as tarefas da vida diária da família quando a filha está ausente. A filha também assume a responsabilidade destas quando se encontra em casa. Relativamente ao neto não desempenha atividades domésticas.

#### **1.2.3 VÍNCULOS**

Relativamente aos vínculos desta família existe um vínculo forte, relação de grande cumplicidade e afeto no sistema conjugal, assim como dos avós para com o neto. Em relação à filha também posso descrever que existe um vínculo forte, embora não seja verbalizado, mas depreende-se pelo carinho com que a mãe fala dos problemas por que já passou e por ser filha única. Todos os vínculos estão representados no genograma e ecomapa da família.

### **1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

A Categoria Funcional refere-se “aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade” (Figueiredo 2013). O funcionamento Instrumental da família encontra-se relacionado com as atividades de vida diárias (AVD's), sendo a sua avaliação essencial porque permite determinar a capacidade da família em responder às suas necessidades (Freitas, 2011). Desta forma, as atividades rotineiras da vida diária são as seguintes: alimentação, transferências, toalete, utilização do wc, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e urinário, preparar refeições, ir às compras, entre outras. “Integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira reporta-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes e, que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional” (Figueiredo 2013). De acordo com a avaliação da Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), DG, cuidadora informal de AG, encontra-se com uma sobrecarga intensa/ sobrecarga extremamente grave (pontuação de 82 respetivamente), embora em conversa aparente ser uma pessoa extremamente resiliente ao fato de ser cuidadora do marido.

#### **1.3.1 INSTRUMENTAL**

##### **1.3.1.1 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA**

Das atividades de vida diária como respirar, comer e beber, eliminar, sono e repouso estão mantidas. Tenho conhecimento que fazem 4 refeições diárias e a Sra. DG é moderada, no que diz respeito ao consumo de alimentos que podem alterar o seu INR. Na higiene pessoal, vestir-se e controlar a temperatura do corpo AG necessita de ajuda de terceiros, normalmente quem apoia é a esposa até porque o Sr. AG recusa presença de outros elementos. Relativamente a subir ou descer escadas AG precisa de ajuda de terceiros, normalmente ele e a esposa descem do quarto que se situa no 1º andar para o rés-do-chão onde permanecem grande parte do dia, ficando AG muitas horas sentado em cadeirão próprio.

##### **1.3.1.2 MANTER UM AMBIENTE SEGURO**

A habitação está adequada às necessidades da família. Residem em moradia própria com 3 pisos, numa zona urbana, 5 assoalhadas, 3 quartos, 1 sala de jantar, 1 escritório, 1 cozinha e garagem. Possuem água canalizada, esgotos e rede elétrica. No que diz respeito a manter um ambiente seguro, existe o risco de queda de AG e de DG quando ajuda o marido a descer as escadas. Deslocam-se os dois do 1º andar, onde se encontra o quarto, para o rés do chão onde fica a cozinha, a sala de estar e o escritório. 36 Neste item foi aplicada a Escala de Morse, com uma pontuação >50 que refere alto risco com necessidade de intervenções

para a prevenção de quedas. No que diz respeito a movimentar-se, AG mantém-se sentado grande parte do dia tendo de ser auxiliado quando pretende deslocar-se.

#### **1.3.1.3 COMUNICAR**

Neste casal existe alteração da comunicação por parte do Sr. AG, uma vez que tem momentos de ausência de memória, embora sejam carinhosos e afáveis um com o outro. Relativamente aos demais elementos da família existe tranquilidade nas relações. A Sra. DG é muito comunicativa e revela alguma tristeza quando fala do divórcio da filha e da situação profissional que a ocupa tanto tempo. A demência de AG deixa a comunicação comprometida.

#### **1.3.1.4 TRABALHAR E DIVERTIR-SE**

Ambos os membros do casal estão reformados. Quando pode a Sra. DG vai à missa. A filha CG, trabalha como supervisora de caixa num supermercado. DL para além de ser chefe de uma loja de pronto a vestir, frequenta o ginásio e sai com os amigos e a namorada.

### **1.3.2 EXPRESSIVO**

#### **1.3.2.1 COMUNICAÇÃO EMOCIONAL**

Na comunicação emocional o casal refere que tanto a filha como o neto foram muito desejados. Referem desilusão quando se aborda a situação de divórcio da filha e preocupação por trabalhar tantas horas. A Sra. DG e a filha CG revelam tristeza quando falam da doença do Sr. AG, demonstram-se nervosas devido à sua situação/doença. A esposa revela descontentamento por não poder passear nem passar fins de semana na terra natal, conforme faziam. 37 A Sra. CG demonstra preocupação por não conseguir estar mais presente na vida familiar e não os conseguir ajudar como gostaria. Mostra-se preocupada com o agravamento da osteoporose da mãe. Todos os elementos demonstram preocupação uns com os outros.

#### **1.3.2.2 CAPACIDADE PARA RESOLVER PROBLEMAS E IMPORTÂNCIA DESSES PROBLEMAS**

O rendimento familiar tendo em conta o número de elementos é bom. Recorrem à equipa de enfermagem da USF com quem têm vínculo, exceto o neto. A Sra. DG numa consulta de Hipocoagulados pediu ajuda à equipa, para este elemento com demência e agravamento da sua situação geral. DG e CG recorrem à vizinha quando precisam de se ausentar do domicílio.

#### **1.3.2.3 FATORES DE STRESS**

DG depara-se com a dificuldade/incapacidade de prestar cuidados ao marido devido à doença de ambos e peso do marido. A deslocação à USF, quando da realização de INR deixa-a preocupada pedindo ajuda à vizinha. A Sra. CG refere a preocupação de trabalhar muito o que a impossibilita de prestar mais apoio aos pais. O fato de a mãe ter de prestar todos os cuidados ao pai, tendo em conta o estado de saúde de ambos.

#### **1.3.2.4 CRENÇAS**

Esta família tem determinados valores, competências e padrões que a definem e são únicos de cada família e do seu funcionamento que é único e não se repete. Assim, a forma como se organizam de forma positiva (“Todos ajudamos no que podemos”) e a forma como todos se preocupam uns com os outros revela a união e preocupação para resolução dos problemas. A Sra. DG é muito católica e frequenta a igreja quando pode referindo “Deus 38 ajuda-nos muito!”, deixando transparecer a necessidade que tem de manter a sua crença para com a religião católica.

#### **1.4 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

No quadro que se segue, encontra-se descrito os planos de cuidados direcionados a esta família, numa abordagem sistémica colaborativa. Tendo em conta que a continuidade de cuidados, o plano de cuidados é unicamente constituído por diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, intervenções de enfermagem acrescente avaliação pois julgo ser essencial para a perceção da minha prática. Para melhor diagnóstico e uma melhor colheita de dados tive necessidade de aplicar alguns instrumentos como a Escala de Graffar, a escala de Morse e a escala de QASCI.