



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

## **Relatório Final de Estágio**

**Inês Sofia Mendes Lopes**

Leiria, 25 de março de 2024



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

## **Relatório Final de Estágio**

### **Atitudes dos Enfermeiros Face à Família na Consulta com Adolescentes**

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

**Inês Sofia Mendes Lopes**, nº 5220070

**Unidade Curricular:** Estágio de Natureza Profissional,  
em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família,  
em Contexto de USF, com Relatório Final

**Docente Orientador:** Professor Doutor João Frade

**Supervisor Clínico:** Enfermeira Mestre e Especialista Patrícia Lima

Leiria, 25 de março de 2024

*O Adolescente tem êxito no seu processo maturativo quando sabe ser dependente,  
independente e interdependente, quando demonstra uma elevada autoestima e quando é  
capaz de ser congruente*

*-Virgínia Satir-*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho envolveu muitas pessoas, às quais estou profundamente grata.

Começo por agradecer ao Sr. Professor Doutor João Frade, pela sua orientação, fundamental ao longo deste processo e confiança ao integrar-me no Projeto «CuidarFam».

À Patrícia Lima, Enfermeira Orientadora, pela disponibilidade, empatia e transferência de saber. Que ao longo dos ensinamentos clínicos, me mostrou a sua leveza, humildade e simplicidade, características que admiro e valorizo.

Ao Enfermeiro Diretor da ULSCB, pela autorização, que tornou este estudo possível e a todos os Enfermeiros que deram o seu contributo ao participarem neste estudo e que foram essenciais para o desenvolvimento do processo de investigação.

Aos meus colegas do 6º Curso de Mestrado, em especial à Margarida pela sua doçura e exigência, à Diana pela sua competência e organização invejáveis e à Rute pela sua autoconfiança e coragem. Foi um prazer partilhar esta aventura convosco. Na certeza que se estabeleceu uma grande amizade, que foi essencial no meu percurso.

À Ercília, minha “Chéfinha”, pelo apoio e incentivo constantes e pelo esforço adicional que as minhas ausências provocaram. És um exemplo de liderança.

Aos meus colegas de serviço, que asseguram as minhas tarefas e que constantemente me tranquilizaram. De modo especial ao Tiago, pela postura pragmática e apoio constante e à minha Susana, uma amiga fantástica e uma profissional exímia, que caminhou ao meu lado nesta jornada, desde a conceção de uma temática ao aperfeiçoamento. É um privilégio trabalhar convosco.

À minha família, pela paciência, suporte e incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência e cansaço.

Como se diz na Beira Baixa,

**BEM-HAJA!**

## RESUMO

O presente relatório, apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, surge no âmbito da unidade curricular Estágio III: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF/UCSP, desenvolvida na USF Beira Saúde entre 7 de setembro de 2023 e 8 de janeiro de 2024.

As atitudes do enfermeiro face à família (domínio recentemente estabelecido nas funções do Enfermeiro Mestre em Saúde Familiar) norteou a tomada de decisão pelos objetivos estabelecidos e atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar Beira Saúde. No presente relatório, descrevo o contexto da prática clínica desenvolvida, a fundamentação teórica, enuncio as atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária-Área de Saúde Familiar, desenvolvo Prática Especializada Baseada na Evidência e analiso de forma crítico-reflexiva os resultados obtidos e o percurso percorrido. A evidência científica é sustentada na questão de investigação: Em que medida, os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família durante a consulta com o adolescente?

**Enquadramento:** A «família com filhos adolescentes» é considerada a etapa mais extensa e exigente do ciclo vital da família (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002) pautando-se por intensas transformações biológicas, emocionais e socioculturais (Wright & Leahey, 2018). Sabe-se que parte dos hábitos adquiridos durante o período da adolescência, persistem durante a vida adulta e influenciam a qualidade da saúde futura (Sousa, Franzoi, & Morais, 2022) e apesar de ser considerado faixa etária saudável na sua globalidade, constata-se que os problemas mais prevalentes resultam de comportamentos de risco. Estima-se que o suicídio é a quarta causa de morte mais comum entre os 15-19 anos (UNICEF, 2021). O uso das redes sociais confere um aumento de insatisfação corporal, baixa autoestima, sintomas depressivos e distúrbios alimentares provocados pela tendência de comparação da aparência (Sousa, Franzoi, & Morais, 2022). Também a Pandemia Covid-19, veio destabilizar os processos normativos que pontuam a fase da adolescência. Tendo em conta estes factos, torna-se essencial perceber de que modo os enfermeiros de família apresentam atitudes de suporte face à família com filhos adolescentes, pois estes profissionais têm um papel fundamental na promoção da saúde familiar, contribuindo na sua capacitação, mobilizando os recursos internos e externos e estimulando a sua autonomia através de uma abordagem colaborativa (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

**Objetivos:** Descrever as atitudes dos enfermeiros dos CSP da ULS Castelo Branco face ao envolvimento das famílias nas consultas com adolescentes.

**Metodologia:** Estudo integrado no projeto *CuidarFam*, de natureza quantitativa, descritiva e correlacional. Num universo de 112 enfermeiros (N = 112) a exercer funções nos CSP da ULS Castelo Branco, 46 participaram no estudo, constituindo, desta forma, a amostra. Foi aplicado um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, para analisar o *modus operandi* dos enfermeiros nas consultas com adolescentes, e a escala «Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos enfermeiros» (IFCE-AE, versão portuguesa).

**Resultados:** Média de idade (47,98 anos), média de tempo exercício profissional ( $\approx$  25 anos), formação em enfermagem de família (39,1%). 35 dos 46 enfermeiros realizam consultas de saúde infantil/juvenil. 87% da amostra conhece o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, mas apenas 30,4 % dos enfermeiros conhece o guia orientador de boas práticas na entrevista ao adolescente. 69,5% dos enfermeiros realizam entrevista ao adolescente em privado sendo que, 47,8% nem sempre o fazem. Os temas em que se assume maior dificuldade em abordar são «expressão de sentimentos e pensamentos», «sexualidade», «violência e maus-tratos», e «comportamentos aditivos». Para além destes, temáticas como «auto-percepção da imagem corporal», «violência e maustratos» e «expressão de sentimentos e pensamentos», são temas menos abordados na consulta. Existem 34,8% de enfermeiros que não realizam intervenções relativas à família.

**Conclusão:** Os enfermeiros apresentam atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com *score* médio total da escala IFCE-AE (79,52 pontos). As variáveis sociodemográficas e profissionais não influenciam as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante dos cuidados. Verificou-se uma baixa correlação positiva e um  $p < 0,05$  entre o tempo de exercício profissional e a dificuldade em abordar alguns assuntos durante a consulta. Pode-se concluir desta forma que, os enfermeiros com mais experiência profissional admitem mais dificuldades na abordagem de alguns assuntos. Os enfermeiros que fazem a consulta dos 12/13 anos, apresentam um *score* mais elevado de atitudes de suporte face à família quando comparados aos enfermeiros que começam a realizar a entrevista em privado apenas na consulta dos 15-18 anos.

**Palavras-chave:** Atitude; Enfermagem; Família; Adolescente.

## ABSTRACT

This report, presented to obtain a master's degree in Family Health Nursing, arises with the curricular unit “Internship III: Professional internship in Nursing Family Care in a USF/UCSP context” with report, developed in the Family Health Unit Beira Saúde between September 7<sup>th</sup> of 2023 and January 8<sup>th</sup> of 2024.

The nurse attitudes facing the family (recently established domain in the Specialized in Family Health Nurse functions) guided the decision making through the established goals and developed activities in the Beira Saúde Family Health Unit. In the present report, I describe the context of developed clinical practice, the theoretical foundation, list the carried out activities within the acquisition of the Specialized Community Nurse – Family Health area competences, I develop a specialized and based on evidence practice and analyze in a critical-reflexive way the obtain results and the path made. The scientific evidence is sustained by the investigation question: In what way nurses present attitudes of support facing the family during the adolescent appointment?

**Framework:** The “family with adolescent children” is considered the most extensive and exigent stage of the family vital cycle (Alarcão, 2002) and it as intense transformations such as biological, emotional and sociocultural (Whright & Leahey, 2018). It's known that part of the habits acquired during the adolescence period persist during the adult life and influence the quality of future health (Sousa, Franzoi & Morais, 2022) and despite being mostly considered a healthy age group, it appears that the most prevalent problems come from unhealthy behaviors. It's know that suicide is the fourth cause of death between 15 and 19 years old, after car crashes, tuberculosis and interpersonal violence (UNICEF, 2021). The use of social media lead to an increase of the body dissatisfaction, low self-esteem, depressive feelings and eating disorders provoked by the tendency of apparency comparing (Sousa, Franzoi & Morais, 2022). Also, the Covid-19 Pandemic came to destabilized the normative processes of this phase. Therefore, it's essential to understand in what way the Family Nurses present support attitudes to the family with teenage children, understanding that the family nurse has a fundamental role in the promotion of family health, contributing to capacitate the family, mobilizing the intern and external resources and stimulating their autonomy through a collaborative approach (Figueiredo, 2020).

**Goals:** To describe the nurse's attitudes in the Primary Health Care in the ULS Castelo Branco about the family involvement in the adolescent's appointments.

**Methodology:** This study was integrated into the project CuidarFam, of a quantitative nature, descriptive and correlational. The population covers the nurses of the PHC from ULS Castelo Branco (N 112), and the study sample (n) is composed by 46 nurses. A questionnaire was applied for sociodemographic and professional characterization, to analyze the modus operandi of the nurses in the teenager appointments, and the scale “Importance of the families in nursing care – nurses attitudes” (IFCE-AE, Portuguese version).

**Results:** Medium age (48 years old), average professional practice time (+25 years), Family Nursing education (39,1%). 35 of the 46 nurses do children’s/teenager’s health appointments. 87% of the sample knows the National Child and Juvenil Health Program but only 30,4% of nurses know the good practices guide in the teenager interview. 69,5% of the nurses do the private adolescent interview, but 47,8% say they do it only “sometimes”. The less approached themes in the consultation are “self perception about body image”, “violence and mistreatment” and “feelings and thoughts expression”. The subjects considered the most difficult to approach are “feelings and thoughts expression”, “sexuality”, “violence and mistreatment” and “addictive behaviors”. About 34,8% say they don’t do interventions to the family.

**Conclusion:** Nurses have support attitudes in the family approach, as an integrant part of the care process, with the medium total score of the IFCE-AE scale of 79,52 points. Significant statistic differences were not verified between the nurses attitudes in family approach as an integrant part of the care and the sociodemographic/professional variables. A low positive correlation was noticeable and a  $p < 0,05$  between professional practice time and the difficulty to approach some subjects during the appointment, in this way, we can conclude that more experienced nurses have more struggle approaching some themes. There were significant statistical differences about the appointment where the nurses start by a private interview, revealing that the nurses that do it in the 12/13 years old appointment, have a higher score of family support attitudes compared to the nurses that start the private interview later, only in the 15/18 appointment.

**Key-words:** Attitude; Nursing; Family; Adolescent.

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis independentes em estudo (CONTINUA) .....	48
Tabela 2 - Variáveis dependentes em estudo .....	51
Tabela 3 - Descrição da amostra por idade.....	55
Tabela 4 - Descrição da amostra por estado civil.....	55
Tabela 5- Descrição da amostra por grau académico .....	56
Tabela 6 - Descrição da amostra por título profissional .....	56
Tabela 7- Descrição da amostra por área de especialização .....	56
Tabela 8- Descrição da amostra por tempo de exercício profissional (em anos) .....	57
Tabela 9 - Descrição da amostra por Unidade funcional onde exerce funções .....	57
Tabela 10 - Descrição da amostra por Formação no âmbito da enfermagem de família e contexto de formação.....	57
Tabela 11- Descrição da amostra com conhecimento do guia de orientação de boas práticas na entrevista ao Adolescente e do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.....	58
Tabela 12- Descrição da amostra sobre a consideração do papel da família como essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente .....	58
Tabela 13- Descrição da amostra sobre a importância atribuída a família na assiduidade às consultas do adolescente.....	59
Tabela 14- Descrição da amostra de acordo com a realização de consultas de saúde infantil e juvenil .....	59
Tabela 15- Descrição da amostra de acordo com o estabelecimento de tempo para realizar entrevista em privado ao adolescente .....	59
Tabela 16- Descrição da amostra de acordo com a idade em que começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado .....	60
Tabela 17- Descrição da amostra de acordo com os assuntos que aborda na consulta do adolescente .....	60
Tabela 18- Descrição da amostra de acordo com a dificuldade em abordar os assuntos na consulta do adolescente .....	61
Tabela 19- Descrição da amostra de acordo com os assuntos que tem dificuldade em abordar na consulta .....	61
Tabela 20- Descrição da amostra de acordo com a realização de intervenções relativas à família.....	62
Tabela 21- Descrição da amostra de acordo com as intervenções que realiza à família.....	62

Tabela 22- Descrição da amostra segundo o cruzamento das variáveis «área de especialização» com a «realização de intervenções relativas à família».....	62
Tabela 23- Descrição da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem (IFCE-AE) .....	63
Tabela 24- Resultado do Alfa de Cronbach para a escala IFCE-AE.....	64
Tabela 25- Resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk para a variável dependente .....	64
Tabela 26- Resultados de teste de Levene para igualdade de variâncias .....	65
Tabela 27- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações literárias .....	66
Tabela 28- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o título profissional ..	66
Tabela 29- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho .....	67
Tabela 30- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de formação no âmbito da enfermagem de família .....	67
Tabela 31- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a área de especialização em enfermagem.....	68
Tabela 32- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.....	68
Tabela 33- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de entrevista ao adolescente em privado na consulta de saúde infantil/juvenil .....	69
Tabela 34- Relação entre a dificuldade sentida em abordar alguns assuntos na consulta de saúde/infantil e o tempo de exercício profissional .....	69
Tabela 35- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização dos Utentes inscritos na USF BS. Atualizado em: abril de 2023 .....	22
Figura 2- População residente em Castelo Branco no ano 2011 e 2021 .....	23
Figura 3- Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família .....	23
Figura 4- Lista de problemas mais prevalentes no ficheiro do enfermeiro de família.....	24

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS BIS– Agrupamento de Centros de Saúde Beira Interior Sul

ACeS PIS- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Sul

ARS - Administração Regional de Saúde

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

CIPE- Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde primários

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF-Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

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

ICN-*International Council of Nurses*

IDG-Índice de Desempenho Global

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

IFNA-*International Family Nursing Association*

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MCAF-Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF-Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF-Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MESCSF-Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar

MeSH – *Medical Subject Headings*

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

UC – Unidade Curricular

UCC-Unidade de Cuidados da Comunidade

UCCI- Unidade Cuidados Continuados Integrados

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF-Unidade Funcional

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSCB- Unidade Local de Saúde Castelo Branco

USF-Unidade de Saúde Familiar

USP-Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	19
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF BEIRA SAÚDE .....	20
1.2.1. Espaço físico e recursos materiais .....	20
1.2.2. Recursos Humanos.....	20
1.2.3. Acessibilidade e circuito de utentes .....	21
1.2.4. Breve caracterização dos utentes da USF.....	22
1.2.5. Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.....	23
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>25</b>
2.1. CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....	25
2.2. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA .....	29
2.3. SAÚDE FAMILIAR.....	30
2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE FAMILIAR.....	32
2.5. FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES.....	33
2.6. OS ADOLESCENTES EM PORTUGAL.....	35
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>38</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	38
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	38
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....	38
3.1.3. Gestão de cuidados.....	39
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS .....	40
3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados.....	41
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar .....	42
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>44</b>
4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	44
4.2. METODOLOGIA .....	45

<b>4.2.1. Tipo de estudo .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2.2. Variáveis do Estudo .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2.3. Caracterização da população e amostra.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.4. Instrumento de recolha de dados.....</b>	<b>52</b>
<b>4.3. RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3.1. Procedimentos estatísticos utilizados.....</b>	<b>53</b>
<b>4.3.2. Apresentação e análise de resultados.....</b>	<b>55</b>
<b>4.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS**

Anexo I – Autorização do Enfermeiro Diretor da ULS Castelo Branco para aplicar o questionário

Anexo II - Parecer da comissão de ética para aplicação do instrumento de recolha de dados

Anexo III – Declaração de permissão de acesso ao MIM@UF pela coordenadora da USB Beira Saúde

Anexo IV- Questionário

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Processo de cuidados de enfermagem à família

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Ensino Clínico III da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP”, inserida no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), 2º ano, 3º semestre, ano letivo 2023/2024. O Ensino Clínico ocorreu na USF Beira Saúde, pertencente à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, sob orientação da Enfermeira Patrícia Lima e a supervisão do Professor João Frade.

A saúde familiar, para além de integrar todos os aspectos inerentes ao funcionamento da família, inclui também a saúde de cada indivíduo que a constitui, influenciando-se de forma recíproca e cumulativa. Também o ambiente e comunidades onde se inserem exercem influência neste funcionamento (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

Na enfermagem de família, é primordial cuidar da família como um todo e estimulá-la a valorizar e incluir a promoção da saúde nos seus estilos de vida (Bomar & Baker-Word, 2005).

A família é considerada um modelo de comportamentos de bem-estar. É no seio familiar que se aprende os auto-cuidados e a prestação de cuidados de saúde e de doença no decorrer das suas transições. A promoção da saúde também é transmitida na família, tendo em conta os seus valores e crenças e é passada às gerações futuras através de padrões de comportamento (Bomar & Baker-Word, 2005).

A família com filhos adolescentes caracteriza-se por ser uma etapa de intensas transformações biológicas, emocionais e socio-culturais (Wright & Leahey, 2018), onde a tarefa prioritária é promover a autonomia do adolescente (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002).

A família do adolescente, enquanto contexto do seu desenvolvimento, é responsável pela transmissão de valores éticos, normativos e comportamentais, importantes na promoção de comportamentos sociais e de saúde (Figueiredo, et al., 2023). Também a escola, a rede social, as condições socioeconómicas e culturais do adolescente, são determinantes no processo de promoção de estilos de vida saudáveis (Linhares, Sousa, Martins, & Barreto, 2016),

Para que a prática de cuidados à família seja geradora de ganhos em saúde, é imperativo conhecer a família com filhos adolescentes e identificar comportamentos de risco, ao nível social e de saúde (Figueiredo, et al., 2023).

Consciente de que as atitudes ajudam a explicar as decisões e as ações dos profissionais, é importante reconhecer as áreas suscetíveis de intervenção, de modo a que a atuação dos enfermeiros seja a mais adequada, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, foi decidido o desenvolvimento da temática “Atitudes dos Enfermeiros Face à família na Consulta com Adolescentes”, realizando um estudo de carácter quantitativo, descritivo e correlacional, pretendendo dar resposta à seguinte questão de investigação: Em que medida, os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família durante a consulta com o adolescente?

Este relatório apresenta uma síntese descritiva da organização, estruturação e atividades realizadas ao longo do processo formativo e integra também uma componente de investigação.

O ensino clínico teve como objetivos gerais: Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista; desenvolver competências específicas da enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

Como objetivos específicos: Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar; Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva; Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas.

Como objetivos transversais: Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos; desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

O relatório está organizado em 5 capítulos. No primeiro capítulo é caracterizado o contexto sociopolítico da USF Beira Saúde, bem como o ficheiro de utentes da equipa onde me integrei nos diversos momentos de ensino clínico. No segundo capítulo apresenta-se os fundamentos

teóricos e conceptuais que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar, bem como os conceitos de saúde familiar e promoção da saúde familiar. É ainda descrita a etapa da família com filhos adolescentes e apresenta-se alguns dados atuais relativos à adolescência. No terceiro capítulo são referidas as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista no âmbito da enfermagem comunitária na área de saúde familiar, bem como a reflexão acerca das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do percurso. No quarto capítulo, é apresentado o estudo de investigação com a respetiva divulgação dos resultados, sendo descritas as evidências encontradas, implicações e sugestões resultantes desta investigação, e ainda as limitações decorrentes ao longo do processo de investigação.

Por fim, no último capítulo, apresento uma reflexão sobre os resultados obtidos nesta investigação, as dificuldades e limitações identificadas durante o estudo, as implicações para a prática clínica e sugestões para futuras investigações.

Este relatório, segue as normas em vigor, no guia de elaboração de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A realização de estágio proporciona o aprofundamento e contextualização de conhecimentos adquiridos durante a formação académica e o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais à formação tais como o compromisso, a autonomia, criatividade (Souza, et al., 2020). A experiência prática permite que o estudante construa a sua própria identidade (Souza, et al., 2017).

No plano curricular do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (MESCSF), prevê-se a realização de três etapas de ensino clínico que decorreram na USF Beira Saúde. O estágio I, foi realizado entre 01/05/2023 a 09/06/2023, 18 horas por semana, correspondendo a um total de 108h de ensino clínico. O estágio II realizou-se entre 12/06/2023 a 14/07/2023, 19 horas semanais, perfazendo um total de 94,5h. O Estágio III, realizou-se entre 7/09/2023 e 08/01/2024, 16 horas semanais, traduzindo-se num total de 297,5 horas, mais 200 horas de relatório, com orientações de tutoria, perfazendo um total de 810 horas. Este plano vai ao encontro do recomendado pela OE (2021).

De acordo com o planeamento pré-estabelecido pela ESSLei, este estágio teve como objetivos gerais, desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade. Na pesquisa desenvolvida, pretendeu-se conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a importância da família na consulta com o adolescente.

A USF Beira Saúde revelou ser um local enriquecedor para o desenvolvimento do ensino clínico, dado que permitiu a construção de um cuidado de enfermagem especializado, através da parceria estabelecida entre a enfermeira orientadora, conjugado com os conhecimentos teóricos adquiridos previamente. De modo a contextualizar e a facilitar o conhecimento da unidade onde se desenvolveu este percurso, apresento de seguida uma breve caracterização funcional e organizacional da USF Beira Saúde, dos utentes por ela abrangida, particularmente os utentes pertencentes ao ficheiro da minha enfermeira orientadora de estágio, bem como outros dados pertinentes.

## 1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF BEIRA SAÚDE

A designada de USF Beira Saúde, é uma unidade com quatro anos de existência. Está sediada no 1º piso do Centro de Saúde de S. Miguel, localizando-se na Avenida Europa, apartado 110, 6000-491 Castelo Branco, incluída na Unidade de Saúde Local de Castelo Branco (ULSCB). É uma unidade de prestação de cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, sendo constituída por uma equipa multiprofissional.

### 1.2.1. Espaço físico e recursos materiais

As instalações da USF, são um espaço sem barreiras arquitetónicas, permitindo assim a deslocação de pessoas com mobilidade reduzida, compostas por uma sala de espera, onde os utentes aguardam pela sua vez, com casa de banho adaptada a utentes com mobilidade reduzida e com fraldário. À entrada do serviço, encontra-se o balcão administrativo sendo o primeiro contacto que os utentes têm com a USF. A UF tem duas salas de tratamento reservadas à realização de tratamento de feridas e injetáveis. Com acesso restrito, existem doze gabinetes médicos e de enfermagem, onde se realizam as consultas programadas e não programadas. Todos os gabinetes estão apetrechados com pelo menos uma secretária, computador, impressora, telefone fixo que permite o contacto direto com o exterior, móvel de arquivo e cacifo, esfigmomanómetro e uma balança. Nos gabinetes médicos existe também marquesa ginecológica e nos gabinetes de enfermagem, balança e marquesa pediátrica, craveira e tabela de *Snellen*.

Todos os enfermeiros têm acesso à sala de armazenamento de fármacos e material de consumo clínico, onde reservam todo o tipo de apósitos de feridas, contraceptivos, materiais de algaliação e entubação nasogástrica, aparelhos de glicémias, etc....É também neste espaço que está o frigorífico de vacinas. Existe uma enfermeira responsável pelo aprovisionamento e gestão de *stocks*.

### 1.2.2. Recursos Humanos

De acordo com Ministério da Saúde (2023), a USF Beira Saúde é atualmente constituída por um coordenador, cinco médicos, seis internos, seis enfermeiros, quatro assistentes técnicos. Esta equipa multidisciplinar partilha “objetivos, motivações e ambições, acreditando conseguir prestar cuidados de qualidade de forma eficiente e efetiva, garantindo em simultâneo a satisfação de todos os intervenientes, sobretudo dos utentes.” (USF Beira Saúde, 2019, p. 9)

A limpeza e manutenção das instalações da UF é assegurada por assistentes operacionais que não estando integrados na equipa da USF, desempenham funções nas instalações do Centro de Saúde. O mesmo é igualmente garantido no que se refere à esterilização do material necessário (USF Beira Saúde, 2019).

“O modelo de funcionamento da USF baseia-se em três pilares – multidisciplinaridade, cooperação e comunicação – através dos quais a equipa pretende desenvolver um trabalho com qualidade, centrado no utente, na família e na comunidade, otimizando os recursos físicos e humanos com vista à melhoria contínua e ao cumprimento dos objetivos propostos.” (USF Beira Saúde, 2019, p. 17)

### **1.2.3. Acessibilidade e circuito de utentes**

O acolhimento e orientação dos utentes é efetuada de forma prática e eficaz, privilegiando a acessibilidade, a rapidez de atuação, a comodidade e a privacidade. As informações acerca do circuito do utente, são disponibilizadas no guia do utente da USF Beira Saúde.

Para o utente proceder à sua inscrição na USF Beira Saúde, deve residir na área geográfica de atuação da UF, na cidade de Castelo Branco. No ato de inscrição, deve ser portador do cartão de cidadão, caso não seja portador deste cartão, deve-se acompanhar do documento de identificação, cartão de contribuinte, cartão de utente e cartão de beneficiário.

O Circuito do Utente é um conjunto de ações que o utente deve realizar para ter acesso aos cuidados de saúde. Dito isto, o guia informa o utente que, de preferência, todos os serviços de saúde devem ser agendados previamente, presencialmente ou através do correio eletrónico, e-agenda ou via telefónica. Deve confirmar a sua presença, 15 minutos antes da hora marcada e dirigir-se ao balcão administrativo para efetivar a sua presença. Por outro lado, se houver um atraso por parte do mesmo, é dada uma tolerância de 10 minutos, pelo que um atraso superior a este tempo, pode não garantir a realização da sua consulta.

Se o utente não puder comparecer à sua consulta previamente agendada, deve avisar a UF com o máximo de antecedência possível.

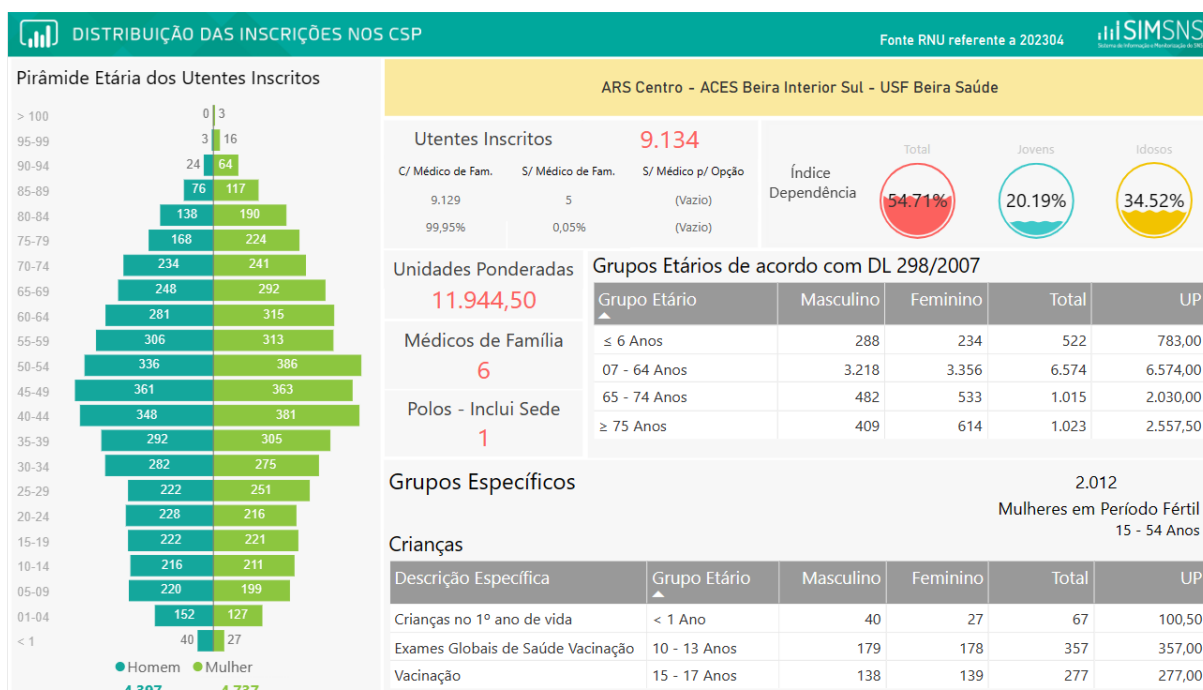
Após a efetivação da consulta, o utente deve aguardar na sala de espera. É chamado por ordem de marcação e nunca por ordem de chegada.

É também no balcão administrativo que o utente, quando necessário, valida documentos, atualiza os seus dados pessoais e solicita declarações de presença.

### 1.2.4. Breve caracterização dos utentes da USF

A área geográfica da USF abrange utentes da cidade de Castelo Branco. Segundo o Censos 2021, esta área tem 34 455 habitantes. Sendo a capacidade da USF limitada a 9200 utentes, a inscrição dos familiares dos utentes é prioritária, privilegiando-se assim a estrutura familiar das listas.

São prestados à população inscrita, os cuidados de saúde definidos na Carteira Básica de Serviços, sendo a carteira adicional – correspondente à realização de monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) – alargada a todos os utentes do Centro de Saúde de S. Miguel.



**Figura 1 - Caracterização dos Utentes inscritos na USF BS. Atualizado em: abril de 2023**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20007/2050291/Paginas/default.aspx>

Atualmente, encontram-se inscritos 9134 utentes, correspondentes a 11.944,5 unidades ponderadas, representadas maioritariamente por uma população envelhecida, tal como mostram, a pirâmide etária e o índice de dependência de idosos (34,52%).

De acordo com os Censos de 2021, verificou-se uma redução de 3578 habitantes, face ao Censos de 2011 e um aumento da população idosa, tal como é apresentado na Figura 2. Verificamos assim que, Castelo Branco é um concelho com uma população cada vez mais envelhecida. Este “diagnóstico” permite orientar a nossa atividade assistencial, direcionando-a para cuidados preventivos e gestão de doença crónica.

Período de referência dos dados (1)	Local de residência (NUTS - 2013) (2)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual														
		Sexo														
		HM					H					M				
		Grupo etário (Por ciclos de vida)														
Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos		
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
2021	Castelo Branco	52 472	6 096	4 853	26 564	14 959	24 903	3 091	2 499	12 745	6 568	27 569	3 005	2 354	13 819	8 391
2011	Castelo Branco	56 050	7 225	5 434	30 127	13 264	26 561	3 703	2 707	14 675	5 476	29 489	3 522	2 727	15 452	7 788

**Figura 2 - População residente em Castelo Branco no ano 2011 e 2021**

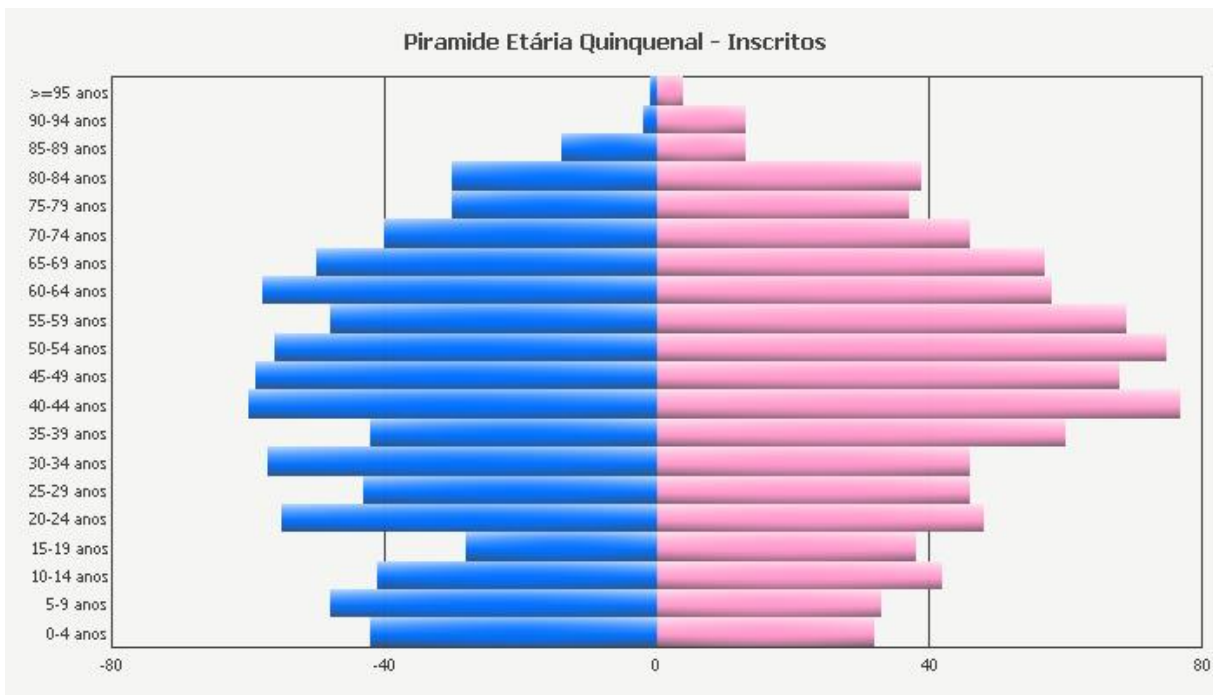
Fonte: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)

### 1.2.5. Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família

De seguida, são apresentados dados relativos ao ficheiro do enfermeiro de família que foram obtidos na plataforma Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), em novembro de 2023.

Verificou-se que o ficheiro era composto por um total de 1684 utentes inscritos, agregados em 749 famílias, o que indica que não é cumprida a dotação segura de um enfermeiro de família para 350 famílias ou 1550 utentes (OE, 2014).

Como se pode observar a pirâmide etária do enfermeiro de família na figura 3, esta é uma população bastante jovem, comparativamente à pirâmide etária global da USF Beira Saúde (figura 1).



**Figura 3- Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família**

Fonte: MIM@UF, novembro de 2023

Os cinco problemas de saúde mais prevalentes são: alterações do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, erro de refração, hipertensão sem complicações (figura 4). Interpretando estes dados, percebe-se que a literacia em saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis são fundamentais. Torna-se essencial desenvolver estratégias de prevenção do risco cardiovascular, incidindo essencialmente nos fatores de risco modificáveis (hábitos alimentares, sedentarismo, consumo de álcool/tabaco e stress) de forma a colmatar as necessidades identificadas nestes utentes, principalmente nos grupos de risco.

ICPC	Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	586	1
T83	EXCESSO DE PESO	555	2
F91	ERRO DE REFRACÇÃO	368	3
K88	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	323	4
T82	OBESIDADE	317	5
P17	ABUSO DO TABACO	296	6

**Figura 4- Lista de problemas mais prevalentes no ficheiro do enfermeiro de família**

Fonte: MIM@UF, novembro de 2023

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Hanson (2005) defende que as teorias são criadas para dar sentido ao mundo e estão sujeitas a regras de organização. O mesmo autor, em concordância com Fawcett e Downs (1992) afirma que “as teorias de enfermagem representam padrões lógicos e inteligíveis que dão sentido às observações que o enfermeiro faz na prática, e que lhe permitem prever o que pode vir a acontecer aos clientes (Hanson S. , 2005, p. 40).”

Define-se teoria de enfermagem como um conjunto de afirmações que visam responder a perguntas significativas de uma disciplina de forma organizada, coerente e sistemática. O principal objetivo é descrever e explicar as relações entre fenómenos, prever consequências ou prescrever cuidados de enfermagem, fornecendo aos enfermeiros diferentes perspetivas (Meleis, 2012).

As Teorias que fornecem os alicerces para a enfermagem de família foram desenvolvidas no seio de três grandes disciplinas, a Enfermagem, a Ciência Social da Família e a Terapia Familiar. Atualmente a prática, investigação e educação em enfermagem de família são muito sustentadas nas teorias da terapia familiar (Hanson S. , 2005).

A Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e as Teorias da Comunicação Humana foram os conceitos teóricos de base, que mais contribuiram para a consolidação epistemológica, teórica e terapêutica da terapia familiar (Figueiredo, 2012).

A **teoria geral dos sistemas** foi apresentada em 1936 por *Ludwig Von Bertalanffy* para ser aplicada pelos profissionais de saúde define a família como um sistema. A avaliação do enfermeiro segundo esta teoria, permite que o enfermeiro olhe para a família como uma unidade sistémica em que todos os elementos que a compõem interagem entre si e com o meio envolvente (Wright & Leahey, 2018).

O sistema familiar é definido por limites, permitindo perceber o que está dentro ou fora dele, ou seja, o sistema familiar é composto por subsistemas (definido pelo número de elementos que a compõem e pelos papéis e tarefas que executam) e é parte integrante de suprassistemas mais

amplos tais como, comunidades religiosas, organizações, entre outros e funciona de forma hierárquica (Wright & Leahey, 2018).

A totalidade é um dos princípios que esta teoria defende, afirmando que a família como um todo é maior que a soma das partes, isto é, a avaliação da família como uma unidade, permite observar o funcionamento de cada membro e as interações entre si, mas avaliar somente um elemento, não permite estudar o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2018). Outras características que esta teoria aponta, são os princípios da autorregulação e da circularidade. O sistema é autorregulado porque existe mudança na família em resposta ao *stress* do ambiente externo ou num dos elementos do sistema, tendo a capacidade para se adaptar. Esta mudança serve para ocorrer equilíbrio no sistema (Hanson S. , 2005). A circularidade diz respeito ao comportamento de cada membro da família. A forma como um indivíduo se comporta no sistema, gera efeito e influencia os outros membros (Wright & Leahey, 2018).

A **teoria da comunicação** estuda o modo como os indivíduos interagem entre si. Uma das maiores contribuições para esta teoria foi de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) (Wright & Leahey, 2018).

Watzlawick et. al (1967) apresentou os seguintes axiomas para avaliar a comunicação dentro das famílias: Todo o comportamento é uma comunicação e transmite uma mensagem; Toda a comunicação define uma relação; As pessoas comunicam de forma verbal e não-verbal (a primeira apresenta mais conteúdo, a segunda dá mais informação sobre a relação); Todas as comunicações são simétricas ou complementares (Hanson S. , 2005, p. 329).

Hanson (2005) de acordo com Haber et al (1987) refere que existem também comunicações disfuncionais que estão relacionadas com comportamentos problemáticos da família, incluem a não validação, a desqualificação e as mensagens com duplo-sentido. O objetivo do trabalho com as famílias é tentar mudar as distorções comunicacionais para comunicações claras e diretas de modo a alterar o comportamento da família.

Quanto à **teoria da mudança**, Wright & Leahey (2011) defendem que existe uma mudança progressiva em todos os sistemas de relacionamento e tem a finalidade de manter a estrutura e estabilidade. Existem dois tipos de mudança: a mudança de primeira ordem e de segunda ordem. Na mudança de primeira ordem, o sistema mantém-se inalterado (Hanson S. , 2005). Para Wright & Leahey (2011) esta é uma mudança em quantidade e não em qualidade, isto é, serve para solucionar pequenos problemas quotidianos de forma mecanizada. A mudança de segunda ordem ocorre dentro do próprio sistema, através da reformulação das regras de funcionamento.

Por norma, tende a ser radical e ocorre por exemplo nas transições do ciclo vital familiar ( com a entrada ou saída de membros do sistema) (Wright & Leahey, 2018). As mudanças de segunda ordem são essenciais ao crescimento e sobrevivência do sistema familiar, permitindo atingir um maior grau de complexidade (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002).

A teoria da mudança revela os seguintes conceitos: A mudança depende da percepção do problema; a mudança é determinada pela estrutura; a mudança depende do contexto; a mudança depende dos objetivos comuns desenvolvidos; a compreensão por si só não leva à mudança; a mudança não ocorre necessariamente de igual modo em todos os membros da família; facilitar a mudança faz parte da responsabilidade do enfermeiro; a mudança ocorre em rede entre as ofertas terapêuticas e as estruturas bio-psico-social-espiritual dos membros da família; a mudança pode ser o resultado de variadas causas (Wright & Leahey, 2018, pp. 38-46)

A **teoria das transições** foi desenvolvida em meados dos anos 1960 por *Afaf Ibrahim Meleis*. Esta teoria é baseada na ideia de que as pessoas passam por várias transições ao longo da vida, sejam elas planeadas, como casamento, gravidez ou reforma, ou não planeadas, como o aparecimento de doenças ou perdas (Guimarães & Silva, 2016).

Por norma, as transições têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar das pessoas, e a enfermagem desempenha um papel fundamental no auxílio das famílias no seu processo de adaptação a essas mudanças. A teoria das transições de Afaf Meleis descreve quatro tipos de transições: transições desenvolvimentais, transições situacionais, transições de saúde-doença e transições organizacionais (Guimarães & Silva, 2016).

Ela destaca a importância da enfermagem na promoção da adaptação e no apoio durante essas transições, fornecendo cuidados holísticos, educação e capacitação das famílias, e facilitando a tomada de decisão. Esta teoria defende que, a cultura e o contexto social onde a família se insere, bem como os fatores ambientais, são importantes na compreensão das transições e na prestação de cuidados adequados. As transições são processos dinâmicos e complexos, e que cada família/indivíduo vivência e lida com elas de maneira única (Costa, 2016).

**Modelo da Promoção da Saúde** proposto por *Nola Pender*, é amplamente utilizado pelos profissionais de enfermagem e permite compreender comportamentos humanos relacionados com a saúde e por sua vez, salienta a importância de capacitar as pessoas para controlar e melhorar a sua própria saúde (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

A autora deste modelo defende que o comportamento é motivado pelo desejo de alcançar bem-estar e o potencial humano. Questões como as características e experiências pessoais e os fatores bio-psico-sociais, culturais e religiosos influenciam direta ou indiretamente com a probabilidade do indivíduo comprometer-se na adoção de novas condutas que promovam a saúde. O objetivo principal é por isso, ajudar as pessoas a desenvolver crenças positivas sobre a saúde a fim de motivá-las a adotar comportamentos saudáveis (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

**O Modelo do Cuidar Baseado nas Forças** de Laurie Gottlieb teve origem na década de 1980 e concentra-se nas forças e recursos internos da família que podem ser mobilizados para construir confiança a fim de enfrentar desafios e alcançar saúde e bem-estar. Para isso, foca-se no que está a funcionar, quais são os recursos acessíveis para lidar com os problemas e a sua resiliência, sem fazer juízos de valor. Procura soluções, promove o *coping*, a cura e o desenvolvimento em vez de se limitar aos problemas, tudo isto numa parceria colaborativa (Gottlieb L. N., 2016).

**O Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary (MAIFC)** foi desenvolvido por *Lorraine Wright* e *Maureen Leahey* e tem recebido reconhecimento mundial desde a sua primeira edição em 1984 (Wright & Leahey, 2011) e é atualmente o modelo utilizado no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal, aceite como referencial teórico pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária (MCEESC).

A utilização deste modelo tem como objetivo avaliar a família através da aplicação de questões à própria através de três categorias de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2018). Cada uma destas categorias é composta por várias subcategorias, Não sendo obrigatória a avaliação de todas as subcategorias, o enfermeiro deve seleccionar as que são relevantes e ajustadas a cada família num determinado momento. O modo como este modelo está estruturado, permite a sua aplicabilidade à medida que são discutidos problemas com a família. A intervenção sistémica exige um trabalho de proximidade e colaboração com as famílias, permitindo ao enfermeiro, tornar o momento da avaliação num potencial momento de intervenção. O processo de interação, para além de colocar questões e permitir a observação crítica da família, também possibilita estimular o seu funcionamento através do desenvolvimento de intervenções colaborativas (Wright & Leahey, 2018). Estas intervenções tanto podem ser diretas e simples como inovadoras e drásticas, em função das necessidades levantadas pelo enfermeiro no domínio cognitivo, afetivo e comportamental do funcionamento

familiar. O principal objetivo é ajudar os membros da família a descobrir novas respostas para os problemas e a aliviar o seu sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2018).

O Modelo de Calgary é um modelo de flexibilidade, colaborativo e não hierárquico, baseado nos pontos fortes (Wright & Leahey, 2018).

O recurso a instrumentos de avaliação familiar facilitam a identificação de necessidades da família e favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020). Existem diversos instrumentos de avaliação familiar, mas durante os estágios, os mais utilizados foram: o genograma - diagrama visual da árvore familiar que é utilizada na colheita de dados com a finalidade de perceber a estrutura familiar, as relações e as problemáticas associadas; o ecomapa - retrata graficamente relações sociais e familiares com os sistemas mais amplos, evidenciando o equilíbrio entre as suas necessidades e os seus recursos; escala de Graffar- utilizada para identificar em que classe social a família/pessoa se encontra, através da avaliação das condições socioeconómicas da família, com o intuito de prever situações de risco associadas ao estatuto socioeconómico da família (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

A minha experiência profissional permite-me afirmar que, a adaptação dos sistemas de informação em saúde aos registos de enfermagem no âmbito da saúde familiar, continuam a ser um desafio. Apesar desta afirmação, reconheço que o sistema informático Sclínico® apresenta alguma evolução, utilizando uma metodologia mais adaptada ao nível de diagnósticos e intervenções direcionados para este paradigma sistémico.

## 2.2. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA

Com o intuito de perceber as relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, são várias as pesquisas que se têm desenvolvido ao longo dos últimos anos, nomeadamente, na área das ciências sociais e humanas (Sousa E. S., 2011).

A prática de enfermagem é influenciada por diversas forças e fatores. Os valores, as crenças e as atitudes são consideradas as forças mais significativas. As atitudes, tidas como o terceiro fator mais influente, abrange três componentes: a afetiva, a comportamental e a cognitiva (Gottlieb L. N., 2016).

Segundo o dicionário de língua portuguesa, atitude assume diversos significados ligados às ações do indivíduo, nomeadamente, «postura», «comportamento», «demonstração de uma intenção».

Pires (2016) citando Duque (2008) defende que, as atitudes favorecem a tomada de decisão, pois validam o modo como pensamos, sentimos e agimos, na medida em orientam e regulam os comportamentos.

A atitude que o enfermeiro assume em relação à família é determinante no ato de cuidar. Considerar a família como parceiro nos cuidados e promover as condições apropriadas é essencial para o desempenho desta função (Pires, 2016).

Sousa (2011) de acordo com Cunha (2007) afirma que, na década de 30, *Rensis Likert* desenvolveu uma metodologia, habitualmente utilizada em questionários, capaz de mensurar atitudes através de questões padronizadas, com um grau de concordância em cada uma, permitindo assim que o conjunto dos resultados obtidos indiquem o rumo e a intensidade da atitude em análise.

A partir de 2003, na Suécia, as enfermeiras Benzein, Jonhansson, Årestedt, Berg e Saveman começaram a desenvolver a Escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurse Attitudes* (FINC-NA). Tem como objetivo, compreender as atitudes dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Constituída por 26 itens que incluem as componentes cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...). Nesta escala considera-se família, todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Oliveira, et al., 2011).

Posteriormente, foi traduzida, validada e adaptada transculturalmente em Portugal por Oliveira, et al. (2011), denominada escala “A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)”. A pontuação obtida nesta escala pode variar entre 26 e 104 tendo em conta que, quanto maior for a pontuação, mais atitudes de suporte têm os enfermeiros perante as famílias (Oliveira, et al., 2011).

### 2.3. SAÚDE FAMILIAR

Figueiredo (2020) define de modo subjetivo, saúde familiar como “um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família.” (Figueiredo M. H., 2020, p. 68)

A mesma autora acrescenta que a saúde familiar caracteriza-se por ser dinâmica e pela sua capacidade de ajustamento ao sistema familiar, isto é, o seu desenvolvimento é promovido através dos movimentos de circularidade. Este movimento, ocorre entre estabilidade e mudança, variáveis necessárias para haverem adaptações às transições normativas e não normativas, mantendo o modo como estas se organizam e provocando mudanças estruturais essenciais para manter a funcionalidade da família como unidade. A saúde familiar, para além de integrar todos os aspectos inerentes ao funcionamento da família, inclui também a saúde de cada indivíduo que a constitui, influenciando-se de forma recíproca e cumulativa, sendo também afetados pelo ambiente e comunidades onde se inserem (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

De acordo com a OE (2017), a saúde da família depende das relações familiares, reconhecendo a mesma como um ecossistema próprio. Para o enfermeiro de família, o foco central de ação é a família como unidade, sendo por isso importante avaliar não só a saúde individual de cada membro da família, como também a família como um todo.

Na mesma linha de pensamento, Anderson e Tomlinson (1992), citado por Hanson (2005), afirmam que esta é uma área em que a saúde e a doença, o indivíduo e o grupo, apesar de antónimos, devem ser analisados sem se dissociarem.

Da mesma forma, Hanson (2005) afirma que avaliar a saúde familiar deve simultaneamente, envolver todo o sistema familiar bem como todos os membros da família e define saúde familiar como “ (...) estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, e inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.” (Hanson S. , 2005, p. 7)

Bomar e Baker-Word (2005) acrescentam que, para além de ausência de doença de um indivíduo ou ausência de disfunção na família, a saúde familiar é definida como uma condição de bem-estar da família, referindo-se de forma holística quer a famílias funcionais quer a famílias disfuncionais.

Deste modo, a saúde de um membro da família, afeta a dinâmica e funcionalidade da família e vice-versa sendo o modo como cada família se auto-perceciona influenciado pela sua cultura, pelo significado de saúde atribuído, as experiências de doença que vivência ou já vivenciou tornando-se num sistema complexo, dinâmico e único (Hanson, 2005; ; IFNA, 2015; OE, 2017).

## 2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE FAMILIAR

Na enfermagem de família, é primordial cuidar da família como um todo e estimulá-la a valorizar e incluir a promoção da saúde nos seus estilos de vida (Bomar & Baker-Word, 2005).

Na mesma linha de pensamento, a família é considerada um modelo de comportamentos de bem-estar. É no seio familiar que se aprende o auto-cuidado e a prestação de cuidados de saúde e de doença no decorrer das suas transições. A promoção da saúde também é transmitida na família, tendo em conta os seus valores e crenças e é transmitida às gerações futuras através de padrões de comportamento (Bomar & Baker-Word, 2005).

Assim, diversos autores definem promoção da saúde familiar como “bem-estar alcançado pela família” (Bomar & Baker-Word, 2005, p. 212).

Figueiredo, et al. (2023) citando Andrade e Bucher (2003), considera a resiliência familiar um aspeto relevante para a promoção da saúde familiar.

Alarcão (2002) define resiliência como uma capacidade que a família tem para responder a situações de *stress* e vulnerabilidade de modo a minimizar o impacto que essas situações podem provocar.

Os enfermeiros promovem a saúde familiar, contribuindo na sua capacitação tendo em conta o seu potencial, proporcionando as ferramentas necessárias à família para atingir os seus objetivos de saúde. Através da mobilização dos recursos internos e externos e da estimulação a sua autonomia através de uma abordagem colaborativa (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

A mesma autora citando Minuchin (1990) defende que, para manter, promover ou até mesmo reestabelecer a saúde familiar, fatores como uma estrutura familiar flexível e a adaptabilidade de cada um dos indivíduos que a constitui, são essenciais para promover o seu desenvolvimento psicossocial.

Para além de conhecer a estrutura familiar, o enfermeiro deverá entender o desenvolvimento familiar através do seu ciclo vital. Cada família desenvolve-se de forma única, tendo em conta o seu contexto (Wright & Leahey, 2018).

O Ciclo Vital é definido por Alarcão (2002) como o conjunto de etapas que a família percorre e que são necessárias para o seu desenvolvimento, desde a sua origem até ao seu desaparecimento.

Existem diversas classificações de estádios do ciclo vital, no entanto importa frizar que os critérios que diferenciam cada uma das etapas são consesuais para todos eles. Assim, o aparecimento de novos elementos na família, o surgimento de novas tarefas de desenvolvimento que requerem mudanças no funcionamento e na estrutura familiar e a saída de elementos são critérios considerados (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). Os estádios da família servem de guia aos enfermeiros para que estes possam auxiliar as famílias na antecipação e reorganização do desempenho das tarefas necessárias à sobrevivência e continuidade da mesma (Hanson S. , 2005).

A primeira classificação foi proposta por Evelyn Duvall nos anos 50 (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020). Esta classificação descreve as mudanças esperadas nas famílias com filhos e é composta por oito estádios de desenvolvimento, são eles: Família sem filhos; Família com filhos pequenos; família com filhos em idade pré-escolar; família com filhos em idade escolar; família com filhos adolescentes; família com filhos jovens adultos; família de meia-idade; família idosa (Hanson S. , 2005).

No subtítulo seguinte pretendo desenvolver a etapa do ciclo vital que se refere à família com filhos adolescentes, essencial para fundamentar este estudo.

## 2.5.FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase da adulta, isto é, indivíduos com idades compreendidas entre 10 e os 19 anos de idade (OE, 2010).

A família com filhos adolescentes corresponde à quinta etapa da classificação de *Duvall* e caracteriza-se por ser uma etapa de intensas transformações biológicas, emocionais e socioculturais (Wright & Leahey, 2018).

As transições de desenvolvimento, denominadas também como transições normativas, caracterizam-se por acontecimentos previsíveis, que obrigam a uma reorganização dos papéis e tarefas familiares (Hanson S. , 2005, p. 265).

Alarcão (2002, p.167) afirma que esta é a etapa mais extensa e exigente do ciclo vital da família, uma vez que requer, “(...) um permanente equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações de cada membro”.

Figueiredo (2020) citando Barker (2000) defende que a tarefa prioritária nesta etapa é promover a autonomia do adolescente, dando a possibilidade ao mesmo de se inserir nas tomadas de decisão da família.

Da mesma forma, Alarcão (2002) defende que nesta etapa a separação e a autonomia revelam-se como tarefas básicas, tanto para o adolescente como para os pais. Sendo que a gestão da relação pais-filhos constitui um enorme desafio no que se refere à gestão do poder, os pais têm receio em perder o poder e o adolescente quer alcançá-lo a todo o custo. Tendo em conta esta situação, é necessário que os pais se mantenham como um sistema executivo forte mas flexível pois os adolescentes necessitam inevitavelmente, de regras claras e coerentes. Assim sendo, deve manter-se a relação vertical existente entre pais e filhos, mas a sua amplitude deve ser mais reduzida, com fronteiras mais permeáveis, para que a simetria relacional seja facilitada no âmbito da comunicação entre os dois subsistemas (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002).

Este é um período marcado por mudanças biopsicossociais, onde o adolescente anseia constantemente por novas descobertas, caracterizando-se pela busca de identidade, e do ganho crescente da sua autonomia e independência. Este processo é influenciado pela sociedade em geral, no entanto os pais, os professores e os profissionais de saúde têm um lugar de destaque (OE, 2010; Figueiredo, et al., 2023).

A família do adolescente, enquanto contexto do seu desenvolvimento, é responsável pela transmissão de valores éticos, normativos e comportamentais, importantes na promoção de comportamentos sociais e de saúde. A adoção de comportamentos de risco é um fenómeno complexo, provocado por múltiplos fatores característicos desta fase do desenvolvimento. que é pautada pela promoção da autonomia através da descoberta constante de novas experiências e procura de novos desafios (Figueiredo, et al., 2023).

Parte dos hábitos adquiridos durante este período da vida, persistem durante a vida adulta e irão influenciar direta ou indiretamente a qualidade da saúde futura (Sousa, Franzoi, & Morais, 2022).

Mantendo a mesma linha de pensamento, Morgado, Loureiro e Botelho (2021) referem que metade dos distúrbios mentais em adultos, foram inaugurados antes dos catorze anos de idade e acrescentam que, apesar da adolescência ser um etapa da vida crítica para a saúde mental, esta é também a fase ideal para promoção de literacia em saúde mental, nomeadamente sobre a ansiedade.

A promoção da saúde mental é considerada atualmente com uma prioridade nos planos de ação, tanto a nível nacional como internacional. O seu impacto nos adolescentes, nas suas famílias e na sociedade é inestimável, sendo os seus efeitos extensíveis à idade adulta, comprometendo o seu papel na sociedade (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021).

Para que a prática de cuidados à família seja geradora de ganhos em saúde, é imperativo conhecer a família com filhos adolescentes e identificar comportamentos sociais e de saúde de risco (Figueiredo, et al., 2023).

O contexto familiar, a escola, a rede social, as condições socioeconómicas e culturais do adolescente, são determinantes no processo de promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente (Linhares, Sousa, Martins, & Barreto, 2016).

Satir (1997) citado por Alarcão (2002), diz que “o adolescente teve êxito no seu processo maturativo quando sabe ser dependente, independente e interdependente, quando demonstra uma elevada autoestima e quando é capaz de ser congruente” (Alarcão 2002, p. 175).

## 2.6.OS ADOLESCENTES EM PORTUGAL

Por norma, os adolescentes e jovens são considerados pessoas saudáveis, gerando a falsa impressão de que não necessitam vigilância da saúde, no entanto trata-se de um grupo vulnerável tendo em conta a crescente incidência de mortalidade relacionada com os comportamentos de risco como a violência e o abuso de álcool e outras drogas (Sousa, Franzoi, & Morais, 2022)

A OE (2010) afirma que os adolescentes portugueses na sua globalidade são saudáveis, no entanto, no que diz respeito à morbilidade e mortalidade nesta faixa etária, os problemas mais prevalentes resultam de comportamentos de risco. Por exemplo, à data da publicação, os acidentes representavam a primeira causa de morte em Portugal.

O mesmo autor nomeia alguns comportamentos de risco relevantes: desequilíbrios alimentares; consumo de substâncias nocivas; infeções sexualmente transmissíveis; gravidez na adolescência; comportamentos autolesivos/suicídio (OE, 2010, p. 18).

Sousa, Franzoi, & Morais (2022) citando Rodgers (2020), apontam o uso das redes sociais como risco pontencial de aumento de insatisfação corporal, baixa autoestima, sintomas depressivos e distúrbios alimentares provocados pela tendência de comparação da aparência.

Estima-se que todos os anos, morrem 45,800 adolescentes por suicídio, é a quarta causa de morte em idades compreendidas entre os 15-19 anos, depois de acidentes de viação, tuberculose e violência interpessoal (UNICEF, 2021).

O suicídio é a segunda principal causa de mortalidade entre os jovens (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2022). Em jovens homossexuais ou bissexuais, a probabilidade de virem a cometerem suicídio triplica em relação a outros grupos populacionais. Essa probabilidade é agravada, quando não há aceitação da sua orientação sexual por parte da família (O'Connor & Nock, 2004 cited in, OPP 2022).

Também o confinamento provocado pela pandemia Covid-19, veio destabilizar os processos normativos que pontuam a fase da adolescência.

Sendo este um período de grandes transformações, de ganho de autonomia e formação de identidade própria, em que existe uma necessidade de aproximação dos seus pares e de afastamento do subsistema paternal, os adolescentes/jovens foram forçosamente privados destas realidade/ circunstância, levando ao aumento do nível de stress, ansiedade e perturbações de humor, havendo relatos de falta de suporte social, falta de intimidade e de conexão emocional (Reis, et al., 2021). Pesquisas realizadas durante o período de pandemia, indicam aumento do stress e ansiedade entre as crianças e adolescentes (UNICEF, 2021).

Um estudo publicado em 2022 por Gaspar, Guedes, Cerqueira, Matos e Social, denominado *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) em colaboração com a OMS, analisa os estilos de vida dos adolescentes, desta vez adicionando o contexto de pandemia vivenciado. Este estudo é realizado desde 1982 e atualmente é aplicado também em cinquenta outros países, sendo que o primeiro estudo realizado em Portugal foi em 1998, esta é a sétima vez que os adolescentes portugueses são analisados neste âmbito.

Em 2022 foram inquiridos 5809 estudantes portugueses do 6.º, 8.º e 10.º anos e os dados revelaram o seguinte:

- Os adolescentes estão mais infelizes, aumentando de 18,3% (2018) para 27,7% (2022), bem como nervosos, irritados e com maior dificuldade em adormecer;

- Quanto à alimentação, houve um decréscimo na toma do pequeno-almoço durante a semana de 71,8% (2018) para 61,4% (2022);
- Cerca 12,1% dos adolescentes inquiridos, nunca faz refeições em família;
- O consumo de frequente álcool, tabaco e drogas decresceu face a 2018;
- Quanto às relações interpessoais, verifica-se uma diminuição da perceção de apoio por parte da família. Os rapazes consideram ser mais fácil comunicar com os pais, os estudantes do 6.º ano consideram ter um maior apoio familiar, por outro lado os estudantes do 10.º ano revelam que a comunicação família-escola é má ou inexistente;
- Relativamente à sexualidade, a frequência de relações sexuais aumentou de 11,5% (2018) para 15,2% (2022). A maioria refere ter tido a primeira relação sexual aos 14 anos e o uso de preservativo e da pílula diminuiu 2 pontos percentuais relativamente a 2018;
- No último ano, cerca 24,6% dos alunos de 8.º e 10.º ano inquiridos, referem ter tido comportamentos autolesivos, pelo menos uma vez no último ano.

(Gaspar, Guedes, Cerqueira, Matos, & Social, 2022)

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

#### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

A Ordem dos Enfermeiros (2019) afirma que as competências comuns, tal como o nome indica, são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas que demonstrem “uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados suportados por formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4744). A certificação é sustentada por um enquadramento regulador próprio publicado em Diário da República. Atualmente regemo-nos pelo Regulamento nº140/2019, publicado a 6 de fevereiro de 2019.

Os domínios das competências comuns do Enfermeiro especialista, com as respetivas competências, serão, de seguida, descritos e analisados. Refletindo o meu percurso na aquisição e aperfeiçoamento das mesmas.

##### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Relativamente a este domínio, revelei um exercício seguro, profissional e ético, tendo em conta os quatro princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) no processo de tomada de decisão (Bessa, 2013, pp. 11-12). Sustentei a tomada de decisão com base no conhecimento e na prática, procurando as soluções mais apropriadas à família e avaliando os resultados do processo, a partir da reflexão conjunta com a restante equipa e em parceria com o utente. Ao longo da minha prática clínica garanti a proteção dos direitos humanos com base no código deontológico da profissão, analisando cuidadosamente, situações potencialmente comprometedoras para a família, promovendo a segurança, privacidade e dignidade em todos os cuidados prestados. Na execução de processos de cuidados de enfermagem à família, salvaguardei o consentimento informado, a confidencialidade da informação adquirida, e o respeito pela escolha, autodeterminação e crenças familiares. Identifiquei práticas de risco e reforcei medidas de prevenção para proteger a família, conforme deontologia profissional.

##### 3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

No segundo domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei desenvolver competências e juízo crítico, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, procurando utilizar a comunicação de forma intencional desde a primeira abordagem com as famílias/utentes.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com utente e família torna-se assim base para a prestação de cuidados de qualidade em enfermagem. A relação terapêutica, caracteriza-se pela

parceria estabelecida com o cliente, com respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Considerei a gestão do ambiente imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes. Promovi um ambiente seguro para as famílias, pois apliquei os princípios da administração de substâncias terapêuticas, adotei as precauções básicas do controlo da infeção e fiz os devidos registos. Cooperei na organização e gestão do material de consumo clínico para uma eficiente prestação de cuidados.

### **3.1.3. Gestão de cuidados**

No terceiro domínio da gestão dos cuidados, consolidei as duas competências: gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação com a mesma; adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando garantir qualidade nos cuidados prestados.

Tive com o suporte adequado por parte da enfermeira orientadora, para que, na tomada de decisão houvesse garantia de adequar os recursos às necessidades da família e garantir a qualidade dos cuidados prestados. Sempre que necessário, articulei com outros profissionais de saúde ou instituições, otimizando a resposta da equipa de enfermagem. Nas situações de doença aguda que exigiam a observação de uma especialidade médica ou de enfermagem, referenciei para os cuidados de saúde diferenciados para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, bem como nos casos de saturação do papel em cuidadores informais, orientando a família, através de uma decisão comum, para a equipa de cuidados continuados integrados para requerer internamento temporário no âmbito do descanso do cuidador.

Estabeleci contactos telefónicos para o esclarecimento de informações, proporcionando um adequado encaminhamento do utente/família.

Apesar de já trabalhar na área, o facto de prestar cuidados de saúde num contexto diferente do meu, influenciou a gestão do tempo, mas que foi melhorando no decorrer do ensino clínico através do conhecimento e localização do material disponível. O tempo de estágio também permitiu estabelecer conhecimentos sobre o ficheiro de utentes, permitindo uma boa continuidade de cuidados e melhoria na gestão de tempo.

Tive a possibilidade de colaborar na gestão de recursos materiais, através do pedido de fornecimento, organização do *stock* e armazenamento adequado.

Outra preocupação ao longo da minha prestação de cuidados, quer em contexto de ensino clínico, quer em contexto profissional atual, consiste no aproveitamento da consulta de enfermagem para verificar, por exemplo, a necessidade de atualização do plano vacinal no utente ou realização de rastreios previstos em idades-chave. Este “oportunismo” permite menos deslocações dos utentes aos serviços de saúde, promovendo a gestão de recursos.

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

Neste âmbito, considero que demonstrei capacidade de autoconhecimento, tendo em conta que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Identifiquei recursos e limites pessoais e profissionais e geri respostas de adaptabilidade individual/organizacional. Baseei as minhas intervenções tendo em conta a sua atualidade e validade, assumindo um papel ativo na própria aprendizagem. Utilizei as tecnologias de informação adequadas às situações e rentabilizei todas as oportunidades que surgiram.

Os momentos de discussão e de partilha de experiências com a minha orientadora e outras enfermeiras com formação na área de enfermagem de saúde familiar, ofereceram momentos de grande aprendizagem, estimulando uma análise crítica e reflexiva, com base numa visão sistémica e integrativa.

### **3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

A 16 de Julho de 2018, foi publicado pela ordem dos Enfermeiros o Regulamento nº 428, um documento referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de saúde familiar. Este documento tem como objetivo, regular a certificação de competências na área e a comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos profissionais especializados em enfermagem de saúde comunitária na Área da Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

“As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Com a entrada em vigor deste regulamento, foi revogado o regulamento nº126/2011, que, à minha análise, apresentava competências específicas incompletas, ou seja, as duas competências propostas, estão implementadas numa só, sendo ainda adicionada uma

competência que faz do enfermeiro de família um gestor, articulador e mobilizador de recursos necessários à prestação de cuidados à família.

A realização de uma avaliação familiar com base no modelo de *Calgary* (Apêndice 1), e de um estudo de investigação (Capítulo 4), permitiu-me atingir o cumprimento das competências específicas que de seguida vou analisar e refletir.

### **3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados (diferentes subtópicos)**

Para concretizar a primeira área de competência “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” mobilizei um conjunto de saberes (*saber-saber, saber-fazer e saber-ser*) para capacitar a família, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. Adotei uma visão sistémica ao atuar segundo modelo de *Calgary*, considerando a família como unidade de cuidados. Compreendi a complexidade do sistema familiar, contemplando as suas propriedades (globalidade, equifinalidade e auto-organização), da qual resulta uma organização estrutural específica.

Com o desenvolvimento de plano de cuidados baseado no MAIFC, treinei habilidades comunicacionais através de uma relação terapêutica e não hierárquica. Com a finalidade de definir objetivo futuros a par com a mesma, através da identificação e reforço dos seus pontos fortes, capacitando-a na definição de metas e expectativas saúde futuras e promovendo a discussão de temas difíceis através da criação de um ambiente seguro.

Utilizei instrumentos de avaliação familiar como o genograma, ecomapa e escala de grafar, para colher dados pertinentes acerca do estado de saúde da família, essenciais para perceber a sua complexidade, através das funções internas (satisfação das necessidades dos vários membros) e externas (transmissão da cultura dominante e das regras do meio social envolvente) desenvolvidas.

Ao longo do ensino clínico, prestei cuidados em diferentes configurações familiares, nomeadamente a famílias reconstruídas, monoparentais e famílias unipessoais que estão associadas às mudanças ocorridas nas famílias portuguesas nas últimas décadas (Caniço, Bairrada, Rodríguez, & Carvalho, 2010).

Com o intuito de intervir sistemicamente, e apesar de, na maioria das vezes o utente comparecer sozinho na consulta de enfermagem, aproveitei todos os contactos para colher dados relativos ao sistema familiar e ao modo como este interage com os outros subsistemas. Desenvolvi o

plano de cuidados com base nas teorias previamente descritas, como a teoria geral dos sistemas e a teoria da comunicação. Desenvolvi a minha prática com base na evidência científica, utilizando o modelo baseado nas forças e na teoria das transições e utilizei técnicas motivacionais como a expressão da empatia e escuta ativa, promovi o reforço positivo e utilizei o elogio.

A utilização destas técnicas, permitiu estimular a família a promover o seu próprio *empowerment* estabelecendo metas alcançáveis e mensuráveis. (Gottlieb L. N., 2016).

Desenvolvi com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir efeitos negativos em áreas da saúde familiar. Com o auxílio da minha enfermeira orientadora, avaliei e refleti sobre a prática de modo a promover uma melhoria contínua do meu desempenho pessoal e profissional, bem como uma permanente partilha e discussão de problemas mais complexos relacionados com a disfunção do sistema familiar. Dinamizei momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro-família e apreciar a eficácia dos cuidados prestados na consecução dos objetivos familiares. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”.

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

Para concretizar a segunda área de competência desenvolvi a capacidade de gestão da prestação de cuidados à família. Fomentei a colaboração interdisciplinar entre as equipas da unidade: equipa médica, equipa de enfermagem e assistentes técnicos. Através da utilização do sistema de informação SClinico®, procedi ao registo de todos os dados relativos à família, utilizei instrumentos de avaliação familiar disponíveis e referenciei a família, com consentimento prévio, para outros recursos existentes na comunidade (profissionais de saúde ou instituições), fornecendo informação (oral e escrita), essencial à continuidade de cuidados à família.

Neste processo, também encontrei algumas famílias menos recetivas à mudança, o que se tornou mais desafiante para o meu processo de aprendizagem. Fui adquirindo confiança de forma gradual, tendo aprimorado competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Durante este percurso formativo encontrei algumas dificuldades, nomeadamente na escolha de uma família para avaliação, dentro do período limitado destinado ao efeito.

Ainda assim, analisando este período formativo e atendendo aos objetivos gerais, creio que consegui atingir de forma global, os objetivos traçados, que se baseavam nas competências descritas. Observando o meu percurso, posso afirmar que a minha dedicação e empenho contribuíram para uma evolução contínua e gradual essencial para o meu futuro, assumindo humildemente que, haverá sempre oportunidades para melhoria e aperfeiçoamento de competências.

## 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Neste capítulo, apresento o percurso que realizei para a elaboração do estudo de investigação. É descrita a problemática em estudo, a questão, objetivos e hipóteses de investigação bem como os procedimentos éticos e formais necessários. Quanto à metodologia, são expostas as variáveis de estudo, a população e amostra e o instrumento de recolha de dados utilizado. Por fim apresentam-se os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

### 4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A formulação do problema de investigação resultou de inquietações que foram emergindo no percurso profissional e pessoal. O ponto de partida deste estudo, é a enfermagem de família em cuidados de saúde primários no contexto de consulta de Saúde Infantil/Juvenil, formulando-se a seguinte **questão de investigação**: «Em que medida, os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família durante a consulta com o adolescente?». Deste modo, pretende-se perceber, na perspetiva do enfermeiro, que influência tem a família na promoção de estilos de vida saudáveis do adolescente.

O desenvolvimento desta temática também surge baseado na experiência, pois a percentagem de famílias com adolescentes/adolescentes que solicitam consulta de saúde infantil/juvenil é muito baixa, sendo que, na minha perspetiva, este resultado explica-se em dois pontos: não existem indicadores que promovam as consultas de vigilância acima dos 14 anos, e mais importante que isso, trata-se de uma faixa etária que ao estar integrada num programa denominado de “Saúde Infantil e Juvenil”, não se identifica com o que procura, que é, recorrer aos serviços de saúde para perceber como pode tornar-se adulto sem o infantilizarem. Apesar de existir muitas Unidades Funcionais que disponibilizam consultas do adolescente, esta ainda não é uma realidade, nos locais onde os enfermeiros que integram este estudo exercem funções.

Sabe-se que o melhor local que permite chegar às necessidades dos nossos adolescentes, é o ambiente escolar (Carvalho, et al., 2017). Ainda assim, é essencial que estes percebam a importância dos serviços de saúde e o modo como podem chegar até nós, até no futuro próximo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo a OE (2010), a fase da adolescência é caracterizada por ser um dos períodos mais saudáveis do ser humano, com menores índices de morbilidade e mortalidade. Por outro lado, é nesta fase que se vão assimilar as condutas e comportamentos que influenciam a

saúde no futuro. É no entanto, o grupo etário que menos procura os serviços de saúde e por isso, a presença do adolescente nos serviços de saúde constitui uma oportunidade única.

Este estudo encontra-se integrado no Projeto «CUIDARFAM- A família no processo de cuidar em enfermagem». Trata-se de um projeto iniciado em janeiro de 2018, com término em março de 2026, envolvendo a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Escola Superior de Saúde de Leiria. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário, dirigido aos Enfermeiros que exercem funções em Cuidados Saúde Primários na ULSCB com o assentimento prévio do Enfermeiro Diretor da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (anexo I). O questionário foi enviado via e-mail através de um *link* de *Google Forms*, a cada Enfermeiro Responsável das UF, que posteriormente encaminharam para os enfermeiros que exercem funções na UF em questão. A participação foi voluntária e, ao responder ao questionário, era aprovado automaticamente a participação, tendo a possibilidade de desistência a qualquer momento.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento do estudo.

O Projeto CUIDARFAM – A família no processo de cuidar em enfermagem, apresentava já um parecer positivo da comissão de ética para aplicação do instrumento de recolha de dados (anexo II), e uma vez que ao longo do meu estudo não utilizei dados dos ficheiros de utentes das unidades funcionais, não foi necessário repetir o processo.

## 4.2. METODOLOGIA

De acordo com Fortin (1999), o objetivo de um estudo é o que orienta a investigação especificando as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo. Deste modo, objetivos traçados foram os seguintes:

### **Objetivo geral:**

- Descrever as atitudes dos enfermeiros dos CSP da ULS Castelo Branco face ao envolvimento das famílias nas consultas com adolescentes

### **Objetivos específicos:**

- Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados;

- Perceber como é que os enfermeiros procedem nas suas consultas de saúde infantil e juvenil nas faixa etária dos 10 aos 18 anos.

Com o objetivo de prever os resultados esperados com este estudo, formulei diversas hipóteses, tendo em conta que, “A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação.” (Vilelas, 2017, p. 129)

Deste modo, com o intuito de estabelecer relações entre as atitudes que os enfermeiros assumem relativamente à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais, foram enunciadas as seguintes **hipóteses de investigação**:

**H1:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas;

**H2:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional;

**H3:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho;

**H4:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família;

**H5:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a área de especialização em enfermagem;

**H6:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional;

**H7:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de entrevista ao adolescente em privado na consulta de saúde infantil/juvenil

**H8:** Estabelece-se relação entre a dificuldade sentida em abordar alguns assuntos na consulta de saúde infantil e o tempo de exercício profissional;

**H9:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado.

#### **4.2.1. Tipo de estudo**

De modo a alcançar os objetivos propostos, definiu-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, permitindo descrever as atitudes dos enfermeiros face à importância da família

na promoção de estilos de vida saudáveis dos adolescentes. Também as variáveis sociodemográficas e profissionais em contexto de unidades de cuidados de saúde primários do Distrito de Castelo Branco serão relacionadas.

No que respeita ao tratamento de dados, o método quantitativo contribui para o desenvolver e validar conhecimentos e é caracterizado pela utilização de recursos e técnicas estatísticas para analisar e classificar informações e opiniões, baseando-se na observação de factos objetivos (Vilelas, 2017 ; Fortin, 1999).

Relativamente ao objetivo geral, considera-se este um estudo descritivo porque pretende-se conhecer as particularidades de uma determinada população, identificando as relações existentes entre as variáveis. Também é considerado um estudo correlacional porque permite identificar e quantificar as relações entre as variáveis presentes ( (Almeida & Freire (2007, p. 107); Vilelas, (2017, p. 178)).

#### **4.2.2. Variáveis do Estudo**

Vilelas (2017) define variáveis como “qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” pag.135.

Tal como o próprio nome indica, dentro do estudo, a variável pode apresentar diferentes valores e tem características mensuráveis e observáveis de um determinado fenómeno e podem ser agrupadas em categorias (Vilelas, 2017).

Existem vários tipos de variáveis. Quanto à escala de medida, existem as variáveis quantitativas e as variáveis qualitativas. Relativamente às variáveis quantitativas, estas são mensuráveis através de uma escala numérica, como por exemplo a idade. No caso das variáveis qualitativas, estas são caracterizadas por não se avaliarem numericamente como é o caso, por exemplo, da cor de um objeto.

Quanto à escala de mensuração, as variáveis qualitativas podem ser nominais ou ordinais e as variáveis quantitativas podem ser intervalares ou de razão. As variáveis de escala nominal servem para classificar seres, atributos ou coisas e não estabelecem nenhuma ordem ou relação de grandeza, as variáveis de escala ordinal para além de classificar elementos em classes e categorias servem também para estabelecer uma ordem hierárquica. As variáveis de escala intervalar, de acordo com a propriedade de medida, apresentam uma ordem clara entre valores e distância entre eles, sendo uniforme e mensurável, este tipo de escala o ponto zero não significa ausência de valor como por exemplo quando avaliamos a temperatura (0° não significa ausência de temperatura), quanto às variáveis de escala de razão, estas possuem

as mesmas características da escala intervalar mas neste caso, o zero significa ausência de valor (Almeida & Freire, 2007).

Quanto à continuidade, existem variáveis quantitativas contínuas e discretas e as variáveis qualitativas dicotómicas ou policotómicas. As variáveis contínuas são aquelas que podem assumir infinitas possibilidades de valores inteiros ou fracionados dentro de intervalo de possibilidades, já as variáveis discretas carecem de sentido e assumem posições intermédias, pois a variável modifica-se adquirindo um novo valor de uma forma não-contínua. A variável dicotómica assume apenas duas possibilidades (ex.: Fumador/não fumador), enquanto que a variável policotómica caracteriza-se por assumir mais que duas categorias (Lima, 2023).

Quanto à relação entre variáveis, existem as variáveis independentes, dependentes, intervenientes e as contextuais. As variáveis independentes afetam outras variáveis e não precisam de estar relacionadas com elas. Este tipo de variável é habitualmente manipulada pelo investigador de forma deliberada para estudar o seu impacto numa outra variável. A variável dependente, tal como o nome indica, depende ou é afetada pelas variáveis independentes. A variável interveniente modifica ou altera com o seu próprio conteúdo, as relações que existem entre dois elementos. As variáveis contextuais indicam-nos o meio, o contexto ou o campo de ação onde se desenrolam os fenómenos estudados (Vilelas, 2017).

Neste estudo descrevo a operacionalização das variáveis estudadas, diferenciando nos quadros 1 e 2 as variáveis independentes e dependentes respetivamente.

**Tabela 1 - Variáveis independentes em estudo (CONTINUA)**

<b>Variáveis independentes</b>			
<b>Variável</b>	<b>Escala de medida e de mensuração</b>	<b>Continuidade da variável</b>	<b>Opções de Resposta</b>
Idade	Variável quantitativa de razão	Discreta	Resposta aberta
Estado civil	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Solteira(o) 2. União de facto /Casada(o) 3. Separada(o)/ Divorciada(o) 4. Viúva(o)
Habilitação académica	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Bacharelato 2. Licenciatura 3. Mestrado 4. Doutoramento 5. Outro
Título profissional	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Enfermeiro 2. Enfermeiro especialista

Área de Especialização	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</li> <li>2. Enfermagem de Saúde Comunitária</li> <li>3. Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar</li> <li>4. Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Pública</li> <li>5. Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</li> <li>6. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</li> <li>7. Enfermagem de Reabilitação</li> <li>8. Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-cirúrgica</li> </ol>
Anos de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Discreta	Resposta aberta
Contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidados de Saúde Diferenciados</li> <li>2. Cuidados de Saúde Primários</li> <li>3. ERPI's ou similares</li> <li>4. UCCI</li> <li>5. Outro: _____</li> </ol>
Tipo de Unidade Onde exerce funções	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. USF-A</li> <li>2. USF-B</li> <li>3. UCSP</li> <li>4. USP</li> <li>5. UCC</li> </ol>
Formação no âmbito da enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
Conhece as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE) no que respeita ao guia orientador de boa prática na entrevista ao Adolescente?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
Conhece o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
Numa escala de 1 a 5, em que medida considera o papel da família essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nada Importante</li> <li>2. Pouco Importante</li> <li>3. Nem pouco, nem muito importante</li> <li>4. Bastante Importante</li> <li>5. Extremamente importante</li> </ol>
Numa escala de 1 a 5, a família tem um papel importante na assiduidade às consultas do adolescente?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nada Importante</li> <li>2. Pouco Importante</li> <li>3. Nem pouco, nem muito importante</li> <li>4. Bastante Importante</li> <li>5. Extremamente importante</li> </ol>

Realiza consultas de Saúde Infantil/Juvenil?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1.Sim 2.Não
Durante a consulta, estabelece algum tempo para realizar a entrevista ao Adolescente em privado?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1.Sim 2.Não 3. Às vezes
Quando começa a realizar a entrevista ao adolescente sem a presença da família?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Consulta dos 10 anos 2. Consulta dos 12-13 anos 3. Consulta dos 15-18 anos 4. Outro: _____
Quais são os assuntos que aborda na consulta?	Variável qualitativa nominal	Policotómica	1. Dinâmica Familiar 2. Escola/ Emprego 3. Hábitos Alimentares 4. Hábitos de Sono Atividades desportivas / lazer 5. Auto perceção sobre a sua imagem corporal 6. Comportamentos aditivos (Álcool, Tabaco e Drogas) 7. Sexualidade 8. Expressão de Sentimentos e Pensamentos 9. Exposição a ecrãs/ Redes Sociais 10. Violência e maus-tratos
Sente alguma dificuldade em abordar algum dos assuntos que assinalou anteriormente?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Sim 2. Não
Selecione os assuntos que sente mais dificuldade em abordar	Variável qualitativa nominal	Policotómica	1. Dinâmica Familiar 2. Escola/ Emprego 3. Hábitos Alimentares 4. Hábitos de Sono Atividades desportivas / lazer 5. Auto perceção sobre a sua imagem corporal 6. Comportamentos aditivos (Álcool, Tabaco e Drogas) 7. Sexualidade 8. Expressão de Sentimentos e Pensamentos 9. Exposição a ecrãs/ Redes Sociais 10. Violência e maus-tratos
Durante a consulta realiza intervenções relativas à família?	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Sim 2. Não
assinale com “x” as intervenções que realiza	Variável qualitativa nominal	Policotómica	1. Identifica a dinâmica familiar e o que a suporta 2. Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar 3. Avalia a capacidade da família para se manter unida 4. Integra informação adicional, incluindo interações familiares

observadas tais como comunicação verbal e não-verbal  
 5. Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta da família às transições de vida  
 6. Dá feedback à família, centrando-se nos pontos fortes  
 7. Outra(s), qual(quais)? \_\_\_\_\_

**Tabela 2 - Variáveis dependentes em estudo**

Variáveis dependentes			
Variável	Escala de medida e de mensuração	Continuidade da variável	Opções de Resposta
A importância atribuída à família	Variável qualitativa nominal	Dicotómica	1. Discordo completamente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo completamente
	Variável quantitativa de Razão	Discreta	A variável será avaliada tendo em conta a pontuação total da escala de 26 itens (varia entre 26 e 104 pontos)

### 4.2.3. Caracterização da população e amostra

De acordo com Vilelas (2017) no domínio da investigação, denomina-se população ao conjunto de indivíduos que se pretende investigar. Por sua vez a amostra refere-se a uma parte da população que represente a conduta do todo (neste caso a população) com o objetivo de respostas idênticas às que obteríamos se estudássemos a população.

No âmbito estatístico, existe a população teórica, que se refere a grandes grupos que na prática nunca é possível trabalhar, como por exemplo, Enfermeiros Portugueses. Por essa razão, são utilizados grupos mais restritos denominados de população do estudo (Marôco, 2014, p. 143).

O projeto CuidarFam foi desenvolvido com o objetivo de estudar estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem ou Enfermeiros Portugueses independentemente do seu contexto laboral, estes correspondem à população teórica. Tendo em conta o objetivo e a acessibilidade aos dados, a população prevista para este estudo foi todos os enfermeiros que trabalham em CSP na ULSCB, num total aproximado de 112 possíveis participantes, obtendo-se daí uma amostra de 46 enfermeiros. Os critérios de inclusão definidos para esta amostra foram os seguintes: todos os enfermeiros da população do estudo que se disponibilizassem para participar no estudo, enfermeiros que exerçam funções em cuidados de saúde primários. A definição desta população do estudo, permitiu por si só afunilar a população alvo para o que pretendia, portanto, os questionários foram aplicados

exclusivamente a profissionais que prestam cuidados de enfermagem em unidades de cuidados de saúde primários.

### **4.2.3. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados, tal como o nome indica, é o recurso que o investigador escolhe para extrair informação (Vilelas, 2017, p. 287).

O método escolhido para recolha de dados foi o questionário que, para além da escala IFCE-AE, incluiu mais duas partes compostas por um conjunto de perguntas fechadas, na primeira parte para obter dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e na segunda parte para analisar o *modus operandi* dos enfermeiros nas consultas com adolescentes.

Os questionários são um método de colheita de dados escritos e planeados para pesquisar dados através de questões, habitualmente preenchidos pelos próprios sem assistência, relativamente a de conhecimentos, atitudes, crenças, intenções e sentimentos (Fortin (1999); Vilelas (2017)).

As perguntas formuladas na primeira parte, foram baseadas no questionário proposto pelo projeto CuidarFam e procuram perceber o contexto social e profissional dos enfermeiros. A Segunda parte é constituída por algumas perguntas relacionadas com operacionalização do enfermeiro durante a consulta do adolescente, formuladas com base de o «guia orientador de boa prática: entrevista do adolescente», o «programa nacional de saúde infantil e juvenil» e as «competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar».

Com o objetivo de compreender as atitudes dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, foi utilizada a escala “ A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)” traduzida, validada e adaptada transculturalmente em Portugal por Oliveira, et al. (2011), tendo sido desenvolvida na Suécia por Benzein, Jonhansson, Årestedt, Berg e Saveman em 2008 e denominada, “*Families’ Importance in Nursing Care – Nurse Attitudes (FINC-NA)*”.

É uma escala de concordância de estrutura do Tipo *Likert*, com quatro opções de resposta: «discordo completamente»; «discordo»; «concordo»; «concordo completamente», é de autopreenchimento, composta por 26 itens e mede 3 componentes principais: 12 itens sobre a «família como parceiro dialogante e recurso de *coping*»; 10 itens sobre a «família como recurso nos cuidados de enfermagem»; 4 itens sobre a «família como um fardo». Nesta escala, o significado de «família» compreende todos os seus membros, amigos, vizinhos ou

outras pessoas significativas. Os itens apresentados integram ainda uma dimensão cognitiva (eu penso...), uma dimensão afetiva (eu sinto...) e uma dimensão comportamental (no meu trabalho...) (Oliveira, et al., 2011).

A pontuação obtida nesta escala pode variar entre 26 e 104 tendo em conta que, quanto maior for a pontuação, mais atitudes de suporte têm os enfermeiros perante as famílias (Oliveira, et al., 2011).

Para contextualizar, as escalas de *Likert* baseiam-se na apresentação de uma série de itens colocados ao indivíduo, onde este deve indicar apenas uma das cinco ou seis opções de resposta para cada um dos enunciados (Vilelas, 2017). Fortin (1999) defende que estas escalas deverão ter 5 categorias de opiniões favoráveis ou desfavoráveis como por exemplo: «totalmente de acordo», «de acordo», «indeciso/neutro», «em desacordo», «totalmente em desacordo». No entanto, a utilização de opção de resposta neutra dificulta a interpretação dos resultados. Vilelas (2017, p. 335) afirma que o investigador pode usar apenas quatro opções de resposta para evitar a hipótese de resposta neutra, mas neste caso a escala passa a denominar-se «Tipo Likert».

### 4.3. RESULTADOS

#### 4.3.1. Procedimentos estatísticos utilizados

Como ferramenta de tratamento dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 29.0.1.0 (171).

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial, de acordo com as características das variáveis em estudo, tais como:

- Frequências absolutas (n) e frequências relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: Média ( $\bar{x}$ ) e Mediana (Md);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão ( $\sigma$ ), Valor Mínimo (XMín) e Valor Máximo (XMáx);
- Coeficientes: Alfa Cronbach ( $\alpha$ ) e Correlação de Pearson (r);
- Testes: t-Student, ANOVA, para testar a diferença das médias entre as variáveis em estudo.

Para verificar as hipóteses fez-se uso dos testes paramétricos. A utilização destes testes, 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 homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Vilelas, 2017). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o Teste de Shapiro-Wilk, enquanto para testar a homogeneidade das variâncias recorreu ao Teste de Levene.

Para análise das hipóteses formuladas foi aplicado o p-valor que segundo Vilelas (2017), tem as seguintes interpretações:

- $p < 0.05$  - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$  - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$  - diferença estatística altamente significativa;
- $p \geq 0,05$  - diferença estatística não significativa.

Usei o Teste t-Student de grupos independentes para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconheciam as respetivas variâncias populacionais. Este teste é aplicado nas situações em que uma variável quantitativa discreta ou contínua tem uma curva de distribuição normal (Vilelas, 2017).

A Análise de variância a um fator (ANOVA), é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (Pereira & Patrício, 2022).

Para medir a correlação ou a existência de um relacionamento entre duas variáveis e avaliar o efeito que uma produz na outra, foi usado o Coeficiente de Correlação de Pearson, que é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas (Vilelas, 2017)

Apresenta-se a regra prática para interpretar o tamanho de um coeficiente de correlação (Vilelas, 2017):

- $r = 1$  ( $-1$ ) – Correlação perfeita positiva (negativa);
- $0,8 \leq r < 1$  ( $-0,80 \leq r < -1$ ) – Correlação forte positiva (negativa);
- $0,5 \leq r < 0,8$  ( $-0,5 \leq r < -0,8$ ) – Correlação moderada positiva (negativa);
- $0,1 \leq r < 0,5$  ( $-0,1 \leq r < -0,5$ ) – Correlação fraca positiva (negativa);
- $0 \leq r < 0,1$  ( $-0 \leq r < -0,1$ ) – Correlação ínfima positiva (negativa).

Os valores podem oscilar entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento duma variável está associado em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

### 4.3.2. Apresentação e análise de resultados

A análise dos resultados foi repartida consoante as partes que constituíam o questionário. Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva das variáveis independentes, que correspondem aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros que participaram neste estudo. Foi ainda analisada a perceção dos enfermeiros sobre a importância da família na promoção da saúde dos adolescentes. De seguida, foi caracterizada a variável dependente “Importância da família nos cuidados de enfermagem. Atitudes dos Enfermeiros” que corresponde à terceira parte do questionário aplicado, procedendo à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Tal como se observa na Tabela 3, a idade referente aos enfermeiros da amostra (n= 46), variou entre 25 e 63 anos, sendo que a idade média é de aproximadamente 48 anos, com um desvio padrão de 9 anos.

**Tabela 3 - Descrição da amostra por idade**

Idade	n	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
	46	47,98	48,50	25	63	9,047

Analisando o estado civil, na Tabela 4 observou-se que a maioria da amostra está casado ou em união de facto (n=36), traduzindo-se em 78,3%. 10,9% dos enfermeiros (n=5) referem estar separados ou divorciados, 8,7% são solteiros (n=4) e apenas um enfermeiro é viúvo (2,2%).

**Tabela 4 - Descrição da amostra por estado civil**

Estado Civil	n	%
Solteiro(a)	4	8,7%
União de fato/ casado(a)	36	78,3%
Separado(a)/Divorciado(a)	5	10,9%
Viúvo(a)	1	2,2%

Relativamente à habilitação académica (tabela 5), existiam cinco possibilidades de resposta, no entanto foram apenas seleccionadas as hipóteses «licenciatura» e «mestrado». Assim pode

verificar-se que 69,6% dos enfermeiros (n=32) possuem licenciatura e 30,4% (n=14) detêm mestrado.

**Tabela 5- Descrição da amostra por habilitação académica**

Habilitação académica	n	%
Licenciatura	32	69,6%
Mestrado	14	30,4%

Analisando a tabela 6 e a tabela 7, em relação ao título profissional, 60,9% da amostra possui o título de enfermeiro especialista e 39,1% de enfermeiro (n=18).

Dentro do grupo de enfermeiros especialistas (n=28), cerca de 57,1% são especialistas em enfermagem de saúde comunitária (n=16), 10,7% são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (n=3), com o mesmo valor percentual (7,1%) especialistas em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n=2), em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (n=2) e em enfermagem de reabilitação (n=2). Apenas um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (3,6%) e dois enfermeiros que especificaram a especialidade em Enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (3,6%) e na área de Enfermagem comunitária e de saúde pública (3,6%). Considero deste modo, que os enfermeiros com especialidade em enfermagem de saúde comunitária, detêm este título com data prévia à especificação de competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, assim, considero que são especialistas em Enfermagem de Saúde Pública e de Saúde Familiar.

**Tabela 6 - Descrição da amostra por título profissional**

Título Profissional	n	%
Enfermeiro	18	39,1%
Enfermeiro Especialista	28	60,9%

**Tabela 7- Descrição da amostra por área de especialização (continua)**

Área de especialização	n	%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	2	7,1%
Enfermagem de Saúde Familiar	1	3,6%
Enfermagem de Saúde Pública	1	3,6%
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	3	10,7%
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	7,1%
Enfermagem de Reabilitação	2	7,1%

Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1	3,6%
Enfermagem de Saúde Comunitária	16	57,1%

A média de tempo de exercício profissional é de aproximadamente 25 anos (com um desvio padrão de 8,84), sendo que o tempo mínimo é de 3 anos e o máximo de 35 anos de experiência, tal como se pode verificar na tabela 8.

**Tabela 8- Descrição da amostra por tempo de exercício profissional (em anos)**

Tempo de exercício profissional (anos)	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
	46	24,96	27,00	3	40	8,839

Uma vez que este questionário foi aplicado apenas a enfermeiros que exercem funções em CSP, na tabela 9 verifica-se que 69,3% da amostra exerce funções em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (n=32), 17,4% trabalha em Unidades de Saúde Familiar de modelo A (n=8), 6,5% em Unidades de Saúde Pública (n=3) e 6,5% em Unidades de Cuidados na Comunidade (n=3).

Existia também a possibilidade de selecionarem a hipótese «USF-B», no entanto, até à data deste estudo, ainda não existia este tipo de UF na ULS Castelo Branco.

**Tabela 9 - Descrição da amostra por Unidade funcional onde exerce funções**

Unidade funcional onde exerce funções	n	%
USF-A	8	17,4%
UCSP	32	69,6%
USP	3	6,5%
UCC	3	6,5%

Os participantes também foram questionados se já tinham frequentado formação no âmbito da enfermagem de família e em que contexto a tinham feito e verificou-se que apenas 39,1% dos participantes já tinham realizado formação na área (n=18), sendo que 10 realizaram a formação em contexto académico e 8 em contexto de formação contínua, tal como podemos observar na tabela 10.

**Tabela 10 - Descrição da amostra por Formação no âmbito da enfermagem de família e contexto de formação**

Formação no âmbito da enfermagem de família			Contexto do processo formativo		
	n	%		n	%

Sim	18	39,1%	Contexto académico	10	55,56%
			Formação Contínua	8	44,44%
Não	28	60,9%			

## PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Nesta segunda parte do questionário, quis perceber de que modo os enfermeiros realizavam a consulta dos adolescentes, que na realidade das unidades funcionais integradas no estudo, é uma consulta que está integrada na consulta de Saúde Infantil.

Na tabela 11 constatei que 87% da amostra refere conhecer o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, no entanto apenas 30,4% conhece o guia orientador de boas práticas na entrevista adolescente.

**Tabela 11- Descrição da amostra com conhecimento do guia de orientação de boas práticas na entrevista ao Adolescente e do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**

Conhece o guia orientador de boas práticas na entrevista ao Adolescente da OE?	n	%	Conhece o Programa de Nacional de Saúde Infantil e Juvenil?	n	%
Sim	14	30,4%	Sim	40	87,0%
Não	32	69,6%	Não	6	13,0%

Analisando a tabela 12 constata-se que a 93,5% da amostra considera de extrema importância o papel da família essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente e os restantes 6,5% consideram bastante importante.

**Tabela 12- Descrição da amostra sobre a consideração do papel da família como essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente**

Numa escala de 1 a 5, em que medida considera o papel da família essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente?	n	%
Bastante importante	3	6,5%
Extremamente importante	43	93,5%

Relativamente à importância atribuída à família na assiduidade às consultas do adolescente, na tabela 3 podemos verificar que 84,5% da amostra considera extremamente importante, cinco enfermeiros consideram que a família tem um papel importante na assiduidade às

consultas do adolescente, um enfermeiro considera nem pouco, nem muito importante e um indivíduo não respondeu.

**Tabela 13- Descrição da amostra sobre a importância atribuída a família na assiduidade às consultas do adolescente**

<b>Numa escala de 1 a 5, a família tem um papel importante na assiduidade às consultas do adolescente.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nem pouco, nem muito importante	1	2,2%
Bastante importante	5	10,9%
Extremamente importante	39	84,8%
Omisso	1	2,2%

Nesta segunda parte do questionário, algumas das perguntas foram dirigidas especificamente para enfermeiros que realizam consultas de saúde infantil e juvenil para tentar perceber o modo de atuação durante a consulta, neste caso dirigida ao adolescente. Na tabela 14, verifica-se que 23,9% dos participantes (n=11) não realizam consultas de saúde infantil e juvenil.

**Tabela 14- Descrição da amostra de acordo com a realização de consultas de saúde infantil e juvenil**

<b>Realiza consultas de Saúde Infantil e Juvenil?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	35	76,1%
Não	11	23,9%

Dos 35 enfermeiros que realizam consultas de Saúde Infantil e Juvenil, cerca de 21,7% estabelecem algum tempo para realizar entrevista ao adolescente em privado, 6,5% responderam que não o fazem e cerca de 47,5% destes enfermeiros referem que realizam às vezes. Estes dados estão descritos na tabela 15.

**Tabela 15- Descrição da amostra de acordo com o estabelecimento de tempo para realizar entrevista em privado ao adolescente**

<b>Durante a consulta com o adolescente, estabelece algum tempo para realizar a entrevista em privado?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	10	21,7%
Não	3	6,5%
Às vezes	22	47,8%
Omisso	11	23,9%

Na tabela 16 podemos verificar que, dos 32 enfermeiros que afirmaram estabelecer algum tempo de consulta em privado com o adolescente, 30,4% dos enfermeiros fazem-no a partir da consulta dos 12-13 anos, 28,3% a partir da consulta dos 15-18 anos, um dos participantes

referiu que realiza segundo a opção do utente, outro indivíduo refere que realiza quando a família permitir, existe também um enfermeiro que refere não realizar consultas após os 13 anos. Dentro dos casos omissos pude verificar que cinco dos enfermeiros que reponderam afirmativamente à questão da tabela 15, não respondeu a esta questão.

Uma vez que a OMS define adolescente como o indivíduo com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, existia ainda a opção de resposta «Consulta dos 10 anos», mas ninguém a selecionou.

**Tabela 16- Descrição da amostra de acordo com a idade em que começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado**

A partir de que consulta, começa a realizar a entrevista ao adolescente sem a presença da família?	N	%
Consulta dos 12-13 anos	14	30,4%
Consulta dos 15-18 anos	13	28,3%
Opção do Utente	1	2,2%
Quando a família permitir	1	2,2%
Não realizo consultas de saúde infantil após os 13 anos	1	2,2%
Omisso	16	34,8%

Elaborei a pergunta descrita na tabela 17, de acordo com as temáticas propostas no programa nacional de saúde infantil e juvenil no âmbito dos aspetos psicossociais no que se refere à entrevista do adolescente e pude verificar o seguinte:

Os três temas menos abordados na consulta dos adolescentes são «Auto perceção sobre a imagem corporal» com 62,9%, «Violência e maus-tratos» selecionada apenas por 16 enfermeiros e «Expressão de sentimentos e pensamentos» abordada por apenas 34,3% da amostra.

Por outro lado, os temas mais abordados em consulta são «Comportamentos aditivos», «Atividades desportivas/lazer» e «Hábitos alimentares», ambos com 88,6%.

Verificou-se que apenas 18 dos 35 enfermeiros avaliam a Dinâmica Familiar em consulta.

**Tabela 17- Descrição da amostra de acordo com os assuntos que aborda na consulta do adolescente (continua)**

Quais são os assuntos que aborda na consulta?	N	%
Dinâmica Familiar	18	51,4%
Escola/Emprego	23	65,7%
Hábitos Alimentares	31	88,6%
Hábitos de Sono	30	85,7%
Atividades desportivas/lazer	31	88,6%
Auto perceção sobre a sua imagem corporal	22	62,9%

Comportamentos aditivos	31	88,6%
Sexualidade	27	77,1%
Expressão de Sentimentos e Pensamentos (ex.: sintomas associados a depressão/ ansiedade ou ideação suicida)	12	34,3%
Exposição a ecrãs/Redes Sociais	26	74,3%
Violência e maus-tratos	16	45,7%

Na tabela 18 podemos verificar que 32,6% dos enfermeiros referem sentir dificuldade na abordagem de alguns assuntos.

**Tabela 18- Descrição da amostra de acordo com a dificuldade em abordar os assuntos na consulta do adolescente**

<b>Sente alguma dificuldade em abordar algum dos assuntos referidos anteriormente?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	15	32,6%
Não	20	43,5%
Omisso	11	23,9%

Os assuntos onde sentem maior dificuldade podem ser analisados na tabela 19.

São eles, a «Expressão de sentimentos e pensamentos», a «Sexualidade», «Violência e maus-tratos» e «Comportamentos aditivos».

**Tabela 19- Descrição da amostra de acordo com os assuntos que tem dificuldade em abordar na consulta**

<b>Assinale os assuntos que sente dificuldade em abordar na consulta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dinâmica Familiar	4	26,7%
Escola/Emprego	1	6,7%
Hábitos Alimentares	1	6,7%
Hábitos de Sono	1	6,7%
Atividades desportivas/lazer	1	6,7%
Auto perceção sobre a sua imagem corporal	4	26,7%
Comportamentos aditivos	5	33,3%
Sexualidade	8	53,3%
Expressão de Sentimentos e Pensamentos (ex.: sintomas associados a depressão/ ansiedade ou ideação suicida)	9	60,0%
Exposição a ecrãs/Redes Sociais	4	26,7%
Violência e maus-tratos	5	33,3%

Questionei a amostra com a realização de intervenções relativas à família e na tabela 20 podemos verificar que apenas 41,3% da amostra, realiza intervenções relativas à família e 34,8% referiram que não realizam.

**Tabela 20- Descrição da amostra de acordo com a realização de intervenções relativas à família**

<b>Durante a consulta realiza intervenções relativas à família?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	19	41,3%
Não	16	34,8%
Omisso	11	23,9%

Analisando a tabela 21, dos 19 enfermeiros que realizam intervenções à família, 13 referem que «identifica a dinâmica familiar e o que a suporta», 12 dos 19 indivíduos «Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta da família às transições de vida», 11 « Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar», 9 «Integra informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como comunicação verbal e não-verbal», 8 «Dá feedback à família, centrando-se nos pontos fortes» e 6 «Avalia a capacidade da família para se manter unida».

Formulei esta pergunta com base em algumas das unidades de competência, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, definidas pela OE (2018), no entanto, dei a oportunidade de adicionarem outras intervenções, mas tal não aconteceu.

**Tabela 21- Descrição da amostra de acordo com as intervenções que realiza à família**

<b>Quais são as intervenções que realiza à Família?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Identifica a dinâmica familiar e o que a suporta	13	22,0%
Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar	11	18,6%
Avalia a capacidade da família para se manter unida	6	10,2%
Integra informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como comunicação verbal e não-verbal	9	15,3%
Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta da família às transições de vida	12	20,3%
Dá feedback à família, centrando-se nos pontos fortes	8	13,6%

Na tabela seguinte, procurei relacionar a área de especialização com a realização de intervenções à família e percebi que, dos 16 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, apenas 13 realizam consultas de saúde infantil e juvenil e desses 16, apenas 6 realizam intervenções relativas à família.

**Tabela 22- Descrição da amostra segundo o cruzamento das variáveis «áreas de especialização» com a «realização de intervenções relativas à família»**

### ATTITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA

Para avaliar a importância que os enfermeiros em estudo atribuem às famílias como

	Durante a consulta realiza intervenções relativas à família?		
	Sim	Não	Total
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1	0	1
Enfermagem de Saúde Familiar	1	0	1
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	3	0	3
Enfermagem de Reabilitação	2	0	2
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica/ Médico-Cirúrgica	0	1	1
Enfermagem de Saúde Comunitária	6	7	13
<b>Total</b>	13	8	21

participantes nos cuidados de saúde ao adolescente, foi utilizada a IFCE-AE, com o objetivo de avaliar a sua atitude perante as mesmas (tabela 23).

A Escala IFCE-AE é composta por três dimensões. No que concerne à dimensão «família como parceiro dialogante e recurso de  *coping*», verificou-se que os enfermeiros têm uma atitude positiva face à família, com valores compreendidos entre o mínimo de 31 e máximo de 48, sendo a média observada de 39,22 ( $\sigma = 4,47$ ). Para a dimensão, “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” os enfermeiros têm igualmente uma atitude positiva face à família, situando-se a mesma entre o mínimo de 28 e máximo de 38, sendo a média observada de 32,28 ( $\sigma = 3,65$ ). A dimensão, «família como fardo», é avaliada como negativa, ou seja, a família não é vista como fardo, com um mínimo de 4 e máximo de 13 pontos, uma média constatada de 8,02 ( $\sigma = 2,29$ ).

**Tabela 23- Descrição da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem (IFCE-AE)**

IFCE-AE	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
<b>Dimensão 1-</b> Família como parceiro dialogante e recurso de <i> coping</i>	46	39,2174	31,00	48,00	4,46673
<b>Dimensão 2-</b> Família como recurso nos cuidados de Enfermagem	46	32,2826	24,00	38,00	3,64943

<b>Dimensão 3 – Família como fardo</b>	46	8.0217	4,00	13,00	2.29482
<b>Total da Escala</b>	46	79.5217	66,00	93,00	7.17012

Conhecendo o tamanho da amostra, a média e o desvio padrão obtidos, calculou-se o intervalo de confiança desta média para um nível de confiança de 95% através do SPSS®. Assim sendo, existe uma probabilidade de 95% de que o valor real da média esteja contido no intervalo entre 77,3925 e 81,6510.

Para avaliar a consistência interna da IFCE-AE foi utilizado do teste de *alfa de Cronbach* e apresento os resultados na tabela 24.

Foi calculada a consistência interna de cada uma das dimensões bem como da escala total. O valor do *alfa de Cronbach* para a escala total é de 0,825, sendo um valor muito próximo do estudo de Oliveira, *et al.* (2011) e que vem reforçar a solidez deste instrumento. Perante resultado posso afirmar que o instrumento tem uma boa consistência interna. Nas dimensões 1 e 2 encontram-se também bons valores de consistência interna. Já na dimensão 3, o valor de consistência interna é razoável, tendo em conta que esta dimensão apresenta um número reduzido de itens. Baseei-me em Pereira e Patrício (2022, p.116) para interpretar os valores de *alfa de Cronbach*.

**Tabela 24- Resultado do Alfa de Cronbach para a escala IFCE-AE**

<b>IFCE-AE</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de itens</b>	<b>Alfa de Cronbach do estudo Oliveira <i>et al.</i> (2011)</b>
<b>Dimensão 1-</b> Família como parceiro dialogante e recurso <i>coping</i>	0,848	12	0,90
<b>Dimensão 2-</b> Família como recurso dos cuidados de enfermagem	0,816	10	0,84
<b>Dimensão 3-</b> Família como fardo	0,661	4	0,49
<b>Total da Escala</b>	0,825	26	0,87

Para testar a normalidade da amostra, foram calculados os valores de teste de *Shapiro -Wilk* para a distribuição da variável dependente, sendo o mais adequado para aplicar em amostras inferiores a 50 elementos (Vilelas, 2017). Os valores estão apresentados na tabela 25.

<b>IFCE-AE</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>		
	<b>Estatística</b>	<b>Amostra</b>	<b>Significância (p)</b>

<b>Dimensão 1-</b> Família como parceiro dialogante e recurso <i> coping</i>	0,958	46	0,093
<b>Dimensão 2-</b> Família como recurso dos cuidados de enfermagem	0,946	46	0,032
<b>Dimensão 3-</b> Família como fardo	0,959	46	0,100
<b>Total da Escala</b>	0,967	46	0,217

**Tabela 25- Resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk para a variável dependente**

De acordo com os resultados obtidos e tendo em conta o estabelecido na metodologia, a significância obtida para o total da escala IFCE-AE, bem como para a dimensão 1 e 3 é superior a 0,05, podendo assumir que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal e por isso foram utilizados métodos paramétricos na análise estatística de associação. Por sua vez, a dimensão 2, não segue uma distribuição normal.

Na tabela 26 encontram-se os resultados do teste de Levene para avaliar homogeneidade de variância, considerando como variável independente o «Título Profissional». Através da análise dos resultados do teste Levene, baseado na mediana uma vez que a variável dependente não segue uma distribuição normal numa das dimensões, podemos concluir que as amostras são homogêneas tanto para o total da IFCE-AE como para cada uma das suas dimensões.

A igualdade de variâncias e a distribuição normal são dois dos requisitos para utilizar testes paramétricos. Apesar destes requisitos não estarem totalmente cumpridos, decidiu-se, ainda assim utilizar a estatística paramétrica para testar as hipóteses previamente definidas, uma vez que Pereira e Patrício (2022, p.138) referem que estes tipos de testes podem ser utilizados mesmo quando não cumpre estes requisitos, a não ser que os dados tenham uma distribuição muito distinta da normal. Ora, uma vez que o total da escala IFCE-AE apresenta uma distribuição normal e não vou testar hipóteses com nenhuma das dimensões de forma separada, subentendo que não incorro em nenhum erro.

**Tabela 26- Resultados de teste de Levene para igualdade de variâncias (continua)**

IFCE-AE	Teste com base na:	Teste de Levene	
		Estatística	Significância
<b>Dimensão 1-</b> Família como parceiro dialogante e recurso <i> coping</i>	média	0,673	0,416
	mediana	0,396	0,533
<b>Dimensão 2-</b> Família como recurso dos cuidados de enfermagem	média	1,520	0,224
	mediana	1,496	0,228
<b>Dimensão 3-</b> Família como fardo	média	0,751	0,391
	mediana	0,672	0,417

<b>Total da Escala</b>	média	0,076	0,784
	mediana	0,049	0,825

## TESTE DE HIPÓTESES

### H1: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas

Para verificar se existe associação estatisticamente significativa entre a variável dependente «atitude do enfermeiro face à família» e a variável independente «habilitações académicas» utilizou-se o teste *t-Student*. Como se pode observar na tabela 27, as diferenças não são estatisticamente relevantes ( $p > 0,05$ ), pelo que se concluiu que a habilitação académica não influencia nas atitudes dos enfermeiros face à família. A hipótese foi rejeitada.

**Tabela 27- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas**

Score total	n		Média	Teste Levene (significância)	t-Student
	Licenciatura	32	79,3750	0,882	t(44)=-0,208 p=0,836 ( $p > 0,05$ )
Mestrado	14	79,8571			

### H2: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional

Para determinar se existe diferença entre as médias das respostas relativas às atitudes dos enfermeiros face à família e o grau académico, foi utilizado o teste *t-Student*.

Na tabela 28 observa-se que  $p > 0,05$ , pelo que não existe relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico. Não existindo evidência estatística significativa, a hipótese foi rejeitada.

**Tabela 28- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o título profissional**

Score total	n		Média	Teste Levene (significância)	t-Student
	Enfermeiro	18	80,7222	0,784	t(44)=0,909 p=0,368 ( $p > 0,05$ )
Enfermeiro Especialista	28	78,7500			

### H3: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho

Tendo em conta que a amostra estudada integra apenas enfermeiros que trabalham em CSP, quis perceber se de acordo com a unidade funcional onde exercem funções influencia as atitudes face à família. Na tabela 29 verifica-se através do teste paramétrico ANOVA, que não existe evidência estatística significativa ( $p > 0,05$ ), pelo que se rejeita a hipótese.

**Tabela 29- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho**

Score total	n		Média	ANOVA
	USF-A	8	82,1250	
UCSP	32	78,6875		
USP	3	79,6667		
UCC	3	81,3333		

**H4: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação no âmbito da enfermagem de família**

Na tabela 30, através do teste *t-Student* pode verificar-se que neste estudo, a realização de formação no âmbito da enfermagem de família não influencia as atitudes dos enfermeiros face à família, apresentando um  $p = 0,728$ , pelo que podemos rejeitar a hipótese levantada.

**Tabela 30- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de formação no âmbito da enfermagem de família**

Score total	n		Média	Teste Levene (significância)	t-Student
	Fez formação no âmbito da enfermagem de família	18	79,0556	0,345	t(44)= - 0,350 p=0,728 ( $p > 0,05$ )
Não fez formação no âmbito da enfermagem de família	28	79,8214			

**H5: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a área de especialização em enfermagem**

Observa-se na Tabela 31, através do teste ANOVA, que não se estabelece relação entre a área de especialização e as atitudes do enfermeiro face à família, apresentado um valor de  $p = 0,116$ , rejeitando-se a hipótese formulada.

Ao analisar esta tabela, verifica-se que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária apresentam um valor de média da escala mais baixo, comparativamente com as outras áreas de especialização, ou seja, sugere que têm atitudes de menor envolvimento da família.

**Tabela 31- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a área de especialização em enfermagem**

	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>ANOVA</b>
<b>Score total</b>	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	2	77,5000
	Enfermagem de Saúde Familiar	1	78,0000
	Enfermagem de Saúde Pública	1	66,0000
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	3	80,3333
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	88,0000
	Enfermagem de Reabilitação	2	88,5000
	Enfermagem Médico-cirúrgica/ à Pessoa em Situação Crítica	1	82,0000
	Enfermagem de Saúde Comunitária	16	76,8750
	Total	28	78,7500

F= 1,942  
p=0,116 (p>0,05)

**H6: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional**

Após aplicação do Teste e Correlação de *Pearson*, pode verificar (tabela 32) que não existe relação entre o tempo de exercício profissional e a atitude do enfermeiro face à família uma vez que  $p > 0,05$ , ou seja, a hipótese é rejeitada.

**Tabela 32- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional**

	<b>Correlação de Pearson</b>	<b>Anos de exercício profissional</b>
<b>Score total</b>	r	-0,020
	p	0,897
	n	46

**H7: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de entrevista ao adolescente em privado na consulta de saúde infantil/juvenil**

Analisando a tabela 33, verifica-se através do Teste *ANOVA* que não existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a realização da entrevista ao adolescente em privado durante a consulta de saúde infantil/juvenil ( $p > 0,05$ ). Deste modo rejeita-se a hipótese formulada.

**Tabela 33- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de entrevista ao adolescente em privado na consulta de saúde infantil/juvenil**

	Realização de entrevista ao adolescente em privado na consulta de saúde infantil/juvenil	n	Média	ANOVA
Score total	Sim	10	78,6000	F= 0,763 p=0,474 (p>0,05)
	Não	3	83,6667	
	Às Vezes	22	78,4091	
	Total	35	78,9143	

**H8: Estabelece-se relação entre a dificuldade sentida em abordar alguns assuntos na consulta de saúde infantil/juvenil e o tempo de exercício profissional**

Para verificar se existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis «Tempo de exercício profissional» e «dificuldade em abordar alguns assuntos durante a consulta de saúde infantil/juvenil» utilizou-se a correlação de Pearson que existe uma correlação fraca positiva ( $r=0,370$ ) e verificou-se que  $p<0,05$  ( $p=0,029$ ). Este resultado significa que podemos aceitar a hipótese formulada e concluir que os enfermeiros que admitem dificuldade em abordar alguns assuntos durante a consulta, são os que têm mais tempo de exercício profissional, ainda assim trata-se de uma correlação fraca, pelo que devemos olhar para estes dados com algumas reservas.

**Tabela 34- Relação entre a dificuldade sentida em abordar alguns assuntos na consulta de saúde/infantil e o tempo de exercício profissional**

Correlação de Pearson		Dificuldade em abordar alguns assuntos durante a consulta
Tempo de exercício profissional	r	0,370
	p	0,029
	n	35

**H9: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado**

Para perceber se existe relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar entrevista ao adolescente em privado, foi aplicado o teste ANOVA e obteve-se um  $p=0,025$ . Face a este resultado, podemos aceitar a hipótese formulada. Existindo uma variabilidade entre grupos elevada e analisando

os dados da tabela 35, podemos afirmar que enfermeiros que começam a realizar a entrevista ao adolescente em privado, a partir da consulta dos 12-13 anos, apresentam uma média mais elevada de atitudes de suporte face à família, comparados aos enfermeiros que começam a realizar a entrevista em privado a partir da consulta dos 15-18 anos.

**Tabela 35- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado**

	Consulta em que o enfermeiro começa a realizar entrevista ao adolescente em privado	n	Média	ANOVA
<b>Score total</b>	Consulta dos 12-13 anos	14	82,2857	F= 3,344 p=0,025 (p<0,05)
	Consulta dos 15-18 anos	13	75,3846	
	«Opção do Utente»	1	68,0000	
	«Quando a família permitir»	1	85,0000	
	Não realizo consultas de saúde infantil após os 13 anos»	1	80,0000	
	Total	30	78,8333	

Terminada a análise de dados, é necessário interpretar e discutir a informação obtida, estabelecendo semelhanças com outros estudos e referências no âmbito da importância atribuída pelos enfermeiros face à família. No subcapítulo seguinte, discuto os resultados obtidos, tendo em conta os objetivos previamente definidos, a questão de investigação levantada, bem como as hipóteses formuladas. Refiro também as limitações do estudo e a validade interna e externa.

#### 4.4. DISCUSSÃO

O presente estudo procurou dar resposta à seguinte questão de investigação «Em que medida, os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família durante a consulta com o adolescente?». De modo a dar resposta a esta questão e respondendo aos objetivos estabelecidos, foi possível conhecer a realidade dos enfermeiros de família que participaram neste estudo, e assim-chegar a algumas conclusões que passo a apresentar.

No que se refere às características sociodemográficas e profissionais da amostra (n=46) verifica-se que, a média de idade é de, aproximadamente, 48 anos e média de tempo de exercício profissional de 25 anos. A nível nacional, existem 83.538 enfermeiros inscritos na ordem dos enfermeiros e o grupo etário com mais representatividade corresponde a 36-40 anos, sendo que o grupo etário 46-50 anos situa-se no 5º lugar dos mais prevalentes (OE, 2023). De referir que, neste estudo, rejeita-se a hipótese de relação entre o tempo de exercício profissional e a atitude do enfermeiro face à família (H6).

Quanto ao estado civil, 78,3% (36) da amostra é casado ou vive em união de facto, 10,5% (5) está separado/divorciado, 8,7% (4) é solteiro(a) e 2,2% (1) é viúvo(a).

Relativamente às habilitações académicas, 69,6% da amostra tem licenciatura e os restantes 30,4% têm mestrado. No anuário estatístico da OE, podemos verificar que a grande maioria (74,4%) detém o grau de licenciatura, por sua vez apenas 10,6% dos enfermeiros têm mestrado (OE, 2023). Na primeira hipótese levantada (H1), para saber se existia relação entre as habilitações académicas com as atitudes dos enfermeiros face às famílias, constatou-se que não existia diferenças estatisticamente relevantes nos resultados. Também em outros estudos, onde se aplicou a mesma escala de avaliação, esta realidade se verifica (Duarte, 2022; Ferreira, 2022; Carvalho C. , 2023). O mesmo não acontece noutro estudo, em que se conclui que enfermeiros com maiores habilitações académicas (grau de mestre) atribuem maior importância às famílias nos cuidados (Silva M. A., 2011).

Em relação ao título profissional, 60,9% dos enfermeiros têm especialidade, o que comparativamente a dados nacionais considera-se um bom resultado, tendo em conta que em Portugal apenas 30,4% dos enfermeiros são especialistas (OE, 2023). Dentro da área de especialização, a maioria (57,1%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária. no âmbito específico da Saúde familiar, apenas um enfermeiro da amostra é especialista nesta área. Dados da OE (2023) revelam que a nível nacional existem apenas 328 enfermeiros especialistas na área de saúde familiar. Também foi formulada a hipótese de existir relação entre o título profissional e a atitude do enfermeiro face à família (H2), que foi rejeitada por não existir evidência estatística significativa.

Quanto à Hipótese 3 «Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho», de acordo com a UF onde os enfermeiros do estudo exerciam funções, também não se verificou diferenças estatísticas significativas perante as atitudes face à família. No entanto, observa-se que enfermeiros que trabalham em USF-A apresentam uma média da escala IFCE-AE ligeiramente superior, quando comparada com enfermeiros que exercem funções em UCSP. Considero deste modo, e de acordo com estudos anteriores, que as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família, não estão relacionadas com o tipo de UF onde exercem funções (Oliveira, et al., 2011; Carvalho C. , 2023).

Quanto aos dados relativos à formação no âmbito da enfermagem de família, cerca de 60,9% da amostra refere não ter formação nesta área. Os resultados deste estudo vieram evidenciar que esta variável não se associa às atitudes dos enfermeiros face à família. Estes resultados

corroboram com Ferreira (2022) e Duarte (2022) e são contraditórios aos obtidos por Oliveira, *et al.* (2011) e Silva M. A. (2011). Numa tentativa de justificar estes resultados, entende-se que o tamanho da amostra pode influenciar o mesmo, uma vez que, em estudos onde a amostra é maior evidencia-se que a formação no âmbito da enfermagem de família é uma variável que têm influência nas atitudes dos enfermeiros face à família.

Sendo que este questionário foi direcionado para o âmbito da família com filhos adolescentes, foi pedido aos intervenientes que adaptassem todas suas respostas em função da sua realidade pessoal nas consultas com filhos adolescentes, tendo sido interessante algumas conclusões alcançadas através dos resultados.

Da totalidade da amostra (n=46), apenas 76,1% (n=35) realizam consultas de saúde infantil e juvenil. Deste modo, algumas perguntas da segunda parte do questionário foram direcionadas apenas para este grupo de enfermeiros.

Quando questionados sobre o conhecimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, cerca de 87% da amostra referiu conhecer. Por outro lado, apenas 30,4% afirmou conhecer o guia da OE que orienta boas práticas na entrevista ao adolescente. Relembro que na entrevista ao adolescente, a acessibilidade e os aspectos éticos como a privacidade e confidencialidade, constituem aspetos essenciais para aproximar os adolescentes aos cuidados de saúde (Prazeres, 1998). Melo (2021) afirma que, se o enfermeiro de família conhecer bem o contexto familiar do adolescente, garantir ao adolescente confidencialidade e utilizar estratégias de comunicação adequadas consegue intervir de forma eficaz e personalizada. A realização de entrevista ao adolescente para abordagem de aspectos psicossociais, permite conhecer melhor os seus pontos fortes e os factores de vulnerabilidade pessoal e consequentemente da sua família (DGS, 2013).

Indo ao encontro da Teoria Geral dos Sistemas e com base nas afirmações anteriores, considero a entrevista ao adolescente essencial para uma intervenção familiar eficaz, na medida em que, possibilita ao adolescente abordar temas que tem dificuldade em expor na presença da família, facilitando a possibilidade do enfermeiro intervir na família de forma eficaz.

Dos 35 enfermeiros que realizam consultas de saúde infantil/juvenil apenas 3 (8,6%) referem que não realizam entrevista ao adolescente em privado, 10 (28,9%) afirmam que o fazem e 22 (62,9%) manifestam que fazem «às vezes». Foi também levantada a hipótese de haver relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização de entrevista ao

adolescente em privado (H7), concluindo-se que nesta amostra não existe diferenças estatísticas significativas. No entanto, analisando as médias para a escala total do IFCE-AE, verifica-se que enfermeiros que não realizam consultas em privado, apresentam atitudes de maior envolvimento com a família, e tal como referido anteriormente, no caso de consultas com adolescentes, um maior envolvimento da família, poderá significar, menos oportunidades de intervir junto dela.

À questão levantada, relativamente à consulta em que começavam a realizar entrevista ao adolescente em privado, 14 enfermeiros assinalaram a resposta «consulta dos 12/13 anos», 13 dos enfermeiros questionados, indicaram «consulta dos 15-18 anos» e ninguém selecionou a resposta «consulta dos 10 anos». Perante estes dados, é importante realçar que, de acordo com a norma nº15/2013, de 03/10/20113, Melo (2021, p.95), às pessoas com idades inferiores a 16 anos, “ deve garantir-se sempre o consentimento parental para qualquer medida terapêutica instituída (não descurando a necessidade de abordar o adolescente com privacidade).”

Ainda sobre este assunto, foi levantada a seguinte hipótese (H9): Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a consulta de saúde infantil/juvenil em que o enfermeiro começa a realizar a entrevista ao adolescente em privado. Ao aplicar o teste *ANOVA*, obteve-se um valor  $p < 0,05$ , pelo que a hipótese foi aceite. Analisando os dados conclui-se que enfermeiros que realizam a entrevista ao adolescente em privado em idades mais precoces, apresentam mais atitudes de suporte à família. Refletindo sobre este resultado, infiro que os adolescentes “ mais velhos”, vão ganhando mais firmeza na sua tomada de decisão, autonomia e responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Também foram questionados sobre os temas que abordam em consulta, com base no preconizado no PNSIJ e constatou-se que os temas mais abordados são: Comportamentos aditivos; Actividades desportivas/lazer e Hábitos alimentares. Por sua vez, os temas menos abordados são: auto percepção sobre a imagem corporal; Violência e maus tratos e a expressão de sentimentos e pensamentos (ex: sintomas associados a depressão/ansiedade ou ideação suicida). Importante ressaltar que apenas 18 dos 35 enfermeiros referiram que avaliam a dinâmica familiar.

De seguida, foi pedido que referissem, quais os temas que sentem mais dificuldade de abordar e as respostas mais frequentes foram: Expressão de sentimentos e pensamentos; sexualidade; violência/maus tratos e comportamentos aditivos.

Tendo em conta estes resultados, procurei perceber se se estabelecia alguma relação entre a dificuldade sentida em abordar alguns assuntos, com o tempo de exercício profissional (H8). Para cruzar estes dados utilizei o coeficiente de correlação de Pearson e constatou-se que as variáveis apresentavam uma correlação fraca positiva com um p-valor  $<0,05$ , concluindo que, os enfermeiros com mais experiência, são os que admitem dificuldade em abordar alguns assuntos durante a consulta.

Com base nos resultados da Hipótese 8, posso inferir que a oferta de formação contínua, e a revisão/reformulação de consultas direcionadas para esta área de atuação, poderiam colmatar as dificuldades sentidas.

As últimas perguntas da parte II do questionário, referiam-se à realização de intervenções relativas à família durante a consulta de saúde infantil/juvenil. Os dados mostraram que 16 dos 35 enfermeiros questionados não realizam intervenções à família e destes 16, 7 são especialistas de saúde comunitária. As possibilidades que encontro para fundamentar estes resultados são as seguintes. Estes especialistas não estão a desempenhar funções que lhes deviam ser inerentes, situação que pode ser justificada pelo seguinte, a especialidade em enfermagem comunitária, antes de 2018, integrava a área de saúde pública e de saúde familiar, altura em que as competências de saúde familiar estavam pouco especificadas, condição que foi alterada a partir dessa data com a especificação de competências das duas áreas através do regulamento nº428/2018 da Ordem dos Enfermeiros; a segunda possibilidade poderá estar associada o facto da pergunta ter sido mal formulada.

Em síntese, os resultados permitem concluir que os enfermeiros que trabalham em CSP na ULS Castelo Branco:

- possuem atitudes de suporte face à família como parte integrante no processo de cuidados, com um score total da escala IFCE-AE de 79,52 pontos, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados;
- apresentam variação nos valores das atitudes de suporte consoante as idades das consultas em que estabelecem a entrevista ao adolescente em privado, sendo que em idades mais precoces, apresentam mais atitudes de suporte à família;
- enfermeiros com mais experiência profissional admitem mais dificuldade em abordar alguns temas durante a consulta ao adolescente.

Durante o processo de investigação, existiram alguns fatores que limitaram o estudo. Embora haja alguns estudos onde se avalia as atitudes dos enfermeiros através da escala IFCE-AE,

não se encontram estudos relativos à etapa do CVF Família com filhos adolescentes, o que limita a generalização dos dados e conhecimento real sobre as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias com estas características.

O número de participantes da amostra do estudo pode ter condicionado a generalização de resultados. A falta de experiência na utilização do aplicativo SPSS® constituiu um desafio pessoal. Sendo uma ferramenta muito útil e completa, acredita-se que havia muitos tópicos que poderiam ser tratados e analisados de forma mais minuciosa, no entanto parte das dificuldades foram ultrapassadas através da orientação académica e de uma intensa pesquisa bibliográfica. Também a gestão do tempo foi um fator limitativo para a realização da investigação, uma vez que nem sempre foi fácil articular o exercício das funções laborais e familiares com o processo formativo e de investigação.

Após ultrapassar as questões burocráticas inerentes a este processo, em termos de autorizações por parte das instituições envolvidas, a disponibilidade, empatia e motivação dos colegas que participaram no estudo foram determinantes para a sua execução em tempo útil.

Considera-se que este estudo tem validade interna porque foi aplicado um método de análise estatística rigorosa e foi utilizado um instrumento de recolha de dados adaptado à realidade portuguesa e validado a nível nacional com uma consistência interna bastante elevada o que permite a comparação com outros estudos que utilizaram a mesma escala. Pretende-se deste modo, proceder à sua divulgação, junto dos profissionais que nele participaram e respetivas estruturas hierárquicas. Essa divulgação pode servir como um estímulo para a reflexão individual e um impulso para a elaboração e execução de estratégias que visam aprimorar a interação positiva e a humanização dos cuidados de enfermagem aos clientes e suas famílias.

No que diz respeito à validade externa, é possível considerá-la mais limitada. Com um tamanho de amostra pequeno, é necessário ter cautela ao extrapolar esses dados para toda a população, no entanto, quando se fala de consultas de saúde infantil/juvenil no sistema nacional de saúde, fala-se de uma consulta que é norteada por um programa uniformizado e que se espera uma equifinalidade a nível nacional. E por isso replicar o estudo a nível nacional poderia ser ponderado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo percorrido, atendendo aos objetivos do respetivo plano de estudos, foi fundamental para a aquisição das competências específicas de enfermagem na área da saúde familiar e irão refletir-se numa prática baseada nos princípios da enfermagem de família.

A realização dos estágios na USF Beira Saúde permitiu atingir os objetivos gerais e específicos do ensino clínico, salientando aqui, todo o apoio, rigor e partilha de conhecimentos, prestados pela enfermeira orientadora.

Os conhecimentos especializados do enfermeiro de família são fundamentais para criar uma relação terapêutica e colaborativa com a mesma, através de um agir intencional e crítico, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Verifica-se pela discussão dos resultados, que o presente estudo, quando comparado com a revisão da literatura, evidencia atitudes positivas na inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem.

No entanto na consulta dos 15-18 anos verifica-se que os enfermeiros atribuem menos importância à família comparativamente às consultas anteriores. Outro dado relevante é que enfermeiros que não realizam consultas em privado, apresentam atitudes de maior envolvimento com a família. Analisando estes resultados pode concluir-se que, nas consultas com adolescentes, uma menor atribuição de importância à família não é propriamente mau, pelo contrário, pois um maior envolvimento com a mesma, poderá significar, menos oportunidades de poder intervir nela. Uma vez que dando a possibilidade ao adolescente de falar em privado, permite a abordagem de temas que não expunha na presença da família, proporcionando ao enfermeiro avaliar e intervir na família de forma mais eficaz.

Outro resultado que importa referir, é o facto de enfermeiros com mais experiência profissional, admitirem mais dificuldade em abordar alguns temas durante a consulta. Perante este resultado, evidencia-se a necessidade de formação nesta área específica dirigida aos enfermeiros de família, disponibilizada essencialmente pelas instituições de saúde, no sentido de adquirirem conhecimentos e desenvolverem competências essenciais para a prática clínica com famílias.

A par desta necessidade de formação, surge igualmente a necessidade de aprofundar a investigação sobre este tema. O estudo empírico é fundamental, pois contribui para a criação de conhecimento e capacita os enfermeiros com ferramentas essenciais para a prestação de cuidados de qualidade às famílias.

Torna-se imperativo que os enfermeiros de família se aproximem das camadas mais jovens, para promover um desenvolvimento pessoal e familiar normativo. Pois num mundo cada vez mais tecnológico, com mais informação disponível, a desinformação está em cada esquina e precisa de ser desmistificada para promover uma saúde sexual segura. Num mundo onde a inflação económica não permite escolhas alimentares saudáveis, onde a auto percepção da imagem corporal está desfasada muito por culpa da utilização massiva de redes sociais, num mundo onde os casos de distúrbios mentais e alimentares aumentam.

Para que haja uma mudança de paradigma, considera-se essencial que se adapte o *modus operandi* do enfermeiro de família nas consultas com adolescentes, que vive estagnada há décadas. Outra opção passaria por criar uma consulta onde o foco seria o subsistema parental. Porque não uma consulta para pais de adolescentes? Tal como eles, revelam muitas dificuldades, principalmente na comunicação, na reorganização de papéis e tarefas, e na promoção da autonomia do adolescente.

De modo a finalizar, considero que apesar das dificuldades sentidas, todo este trajeto foi encarado como um processo de crescimento a nível pessoal e profissional, com a certeza de que as novas aprendizagens e experiências serão aplicadas na prática diária enquanto futura enfermeira especialista, com vista à prestação de cuidados de excelência, desempenhando assim um papel ativo e dinâmico, no seio da equipa multidisciplinar e com consequentes ganhos em saúde para a comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017*. Ministério da Saúde. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao\\_CSP\\_2023\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf)
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal- Estudo de caso: a atuação do CNECV*. Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto.
- BI-CSP. (abril de 2023). SNS. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100491/Pages/default.aspx>
- Bomar, P., & Baker-Word, P. (2005). Promoção da Saúde Familiar. Em S. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2º ed., pp. 209- 233). Lusociência.
- Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>
- Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., . . . Lima, R. (Junh de 2017). Referencial de Educação para a Saúde. (D.-G. d. Educação, & D.-G. d. Saúde, Edits.)
- Carvalho, C. (2023). *Atitudes dos enfermeiros, face à importância da família no processo de cuidar*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Politecnico de Leiria, Leiria.
- Costa, L. G. (27 de Outubro de 2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, pp. 137-145.
- DGS. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. *Norma nº 010/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- DGS. (2023). *Obesidade*. Obtido de SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#oque-e-a-obesidade>
- Diário da República . (18 de outubro de 2007). *Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro* . Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Diário da República. (22 de outubro de 2007). Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- Diário da República. (16 de julho de 2018). Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Diário da República. (16 de julho de 2018). *Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Diário da República. (4 de Setembro de 2019). Diário da República nº169/2019, 1ª Série. *Lei nº95/2019 - Lei de Bases da Saúde*, 55-66. Obtido de <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2019/09/16900.pdf>
- Diario da Republica nº6/2022, Série I. (2022). *Decreto Regulamentar nº1/2022*. Obtido de <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2022/01/00600.pdf>
- Duarte, M. (2022). *Atitudes dos enfermeiros face à importância da família*. Dissertação de mestrado em enfermagem na área de saúde familiar, Escola Superior de Saúde do Politecnico de Leiria .
- Ferreira, S. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar*. Dissertação de mestrado em enfermagem de saúde familiar, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria , Leiria.
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks Editora.
- Figueiredo, M., Corte, A., Reis, A., Freitas, A., Leite, A., Vilar, A., . . . (...). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças- Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro: PPGENFBIO. Obtido em 25 de 09 de 2022, de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hanson, S. (2005). *ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA - Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição ed.). (I. Ligeiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A., & Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.
- IFNA. (2015). *Declaração da IFNA sobre as competências práticas avançadas para a enfermagem de família*. Associação Internacional de Enfermagem de Família.
- INE. (2023). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de INE: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selfTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selfTab=tab3)
- Joaquim, P. (2023). Relatório de Estágio. *Promoção da Saúde Mental na Adolescência - Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (I. P. Setúbal, Ed.) Setúbal .
- Lima, V. R. (17 de outubro de 2023). Variáveis, tipos de variáveis e suas classificações. Brasil. Obtido em 13 de janeiro de 2024, de <https://medium.com/@empowerpython/variáveis-tipos-de-variáveis-e-suas-classificações-e93a3e7e2bc8>
- Linhares, F. M., Sousa, K. O., Martins, E. X., & Barreto, C. M. (2016). Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*, 16(2), 460-481.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, A. R., & Sequeira, J. (2018). Revisão Sistemática do ciclo vital da família. Coimbra: Intituto Superior Miguel Torga. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/854>
- MCEECE. (10 de Março de 2023). Tomada de Posição nº01/2023. *Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5ª ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. A. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6). doi:<https://doi.org/10.12707/RV20133>
- OE. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- OE. (19 de outubro de 2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínicas dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2023). *Estatística de Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos enfermeiros : <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>


- Oliveira, P., Fernandes, H., Villar, A. I., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., . . . Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337.
- OMS. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido de [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista do Adolescente. Em *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. I, pp. 11-66). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento nº428/2018. *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, 19354-19359. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da Republica 2ª série, Nº26. Obtido em 13 de Novembro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (13 de janeiro de 2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Prevenir o Suicídio - O Papel dos Psicólogos e Psicólogas*. Lisboa.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2022). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pires, E. d. (2016). *A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes - Princípios Orientadores*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde.
- Reis, F. P., Amaro, R., Silva, F. M., Pinto, S. V., Barroca, I., Sá, T., . . . Boavida, J. (abril de 2021). Impacto do Confinamento em Crianças e Adolescentes. *Acta Médica portuguesa*, 34(3), 245-246. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.15854>
- Silva, M. A. (2011). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- SNS. (2021). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/04/criacao-de-usf-em-2021/>
- Sousa, E. S. (2011). *A FAMÍLIA - ATITUDES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sousa, L. P., Franzoi, M. A., & Morais, R. d. (junho de 2022). Influência da mídias sociais no comportamento alimentar de adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 43489- 43502. doi:10.34117/bjdv8n6-065
- Souza, D., Moraes, É., Valente, G., Silvino, Z., Nassar, P., Escudeiro, C., . . . Delgado, L. (2020). ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR. *Enfermagem em Foco*, 11(5), 86-91.
- Souza, R., Alves, L., Barra, L., Fernandes, L., Salgado, P., & Viegas, S. (2017). IMAGEM DO ENFERMEIRO SOB A ÓTICA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 47-51.
- United Nations Children's Fund. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF.
- USF Beira Saúde. (Fevereiro de 2019). Regulamento Interno. Castelo Branco.
- USF-AN. (2018). Obtido de Unidade de Saúde Familiar - Associação Nacional: <https://www.usf-an.pt/momento-atual/utentes/>

- Vilar, A., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C., . . . Brito, T. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar - Estudos de Caso* (1ª ed.). Sintra: Sabooks editora.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª Edição ed.). (S. Spada, Trad.) Rio de Janeiro: Gen; Roca Ltda.

## **ANEXOS**


# ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO DIRETOR DA ULS CASTELO BRANCO PARA APLICAR O QUESTIONÁRIO

Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de dissertação de mestrado.


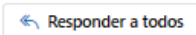
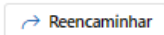
 Carlos Manuel Rosa Almeida  
Para: Ines Sofia Mendes Lopes  
Cc: Secretariado CA; Ercilia Maria Santos Antunes Silva Ventura  
qua, 15/11/2023 12:51


Autorizado.  
Com os melhores cumprimentos,


**Carlos Manuel Rosa Almeida, MSc, PhD**  
*Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Enfermeiro Diretor  
Enfermeiro Gestor da CRI Medicina Interna  
Enfermeiro Gestor do Serviço de Hospitalização Domiciliária  
Presidente da Comissão de Humanização da ULSCB, EPE*

  
Av. Pedro Álvares Cabral | 6000 – 085 C. Branco | Portugal  
Tem.: 930 437 047 Ext.: 7796  
[www.ulscb.min-saude.pt](http://www.ulscb.min-saude.pt) | [www.sns.min-saude.pt](http://www.sns.min-saude.pt)

...

 Ines Sofia Mendes Lopes  
Para: Carlos Manuel Rosa Almeida  
Cc: Secretariado CA; Ercilia Maria Santos Antunes Silva Ventura  
sex, 27/10/2023 14:50

 Pedido Aut. Enf\_Diretor\_CA\_...  
984 KB

Exmo. Sr. Enfº Diretor Carlos Almeida,  
Eu Inês Sofia Mendes Lopes, enfermeira nesta ULS a exercer funções na UCSP da Sertã. Atualmente, no 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar estágio na USF Beira Saúde sob orientação da Enfermeira Patricia Lima e na fase da elaboração da dissertação de mestrado, subordinada ao tema "Perceção dos enfermeiros sobre a importância da família na promoção da saúde dos adolescentes". Venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicar o instrumento de recolha de dados aos Enfermeiros que exercem funções nas Unidades Funcionais pertencentes ao ACES BIS e ACES PIS.  
Envio em anexo, o documento com o pedido devidamente assinado e datado, bem como o questionário que quero aplicar e restantes informações relevantes.

Cumprimentos,  
Inês Lopes

# ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

## COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

### Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade<sup>1</sup>, Carolina Miguel Henriques<sup>2</sup> outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: <sup>1</sup> Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; <sup>2</sup> Unidade Investigação em Ciências da Saúde: UICISA: E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

### Parecer

O presente pedido parte do Parecer 561/02-2019 cujo conteúdo se descreve:

*"Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.*

*Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.*

*Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.*

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

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

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

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

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

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho




## ANEXO III – DECLARAÇÃO DE PERMISSÃO DE ACESSO AO MIM@UF PELA COORDENADORA DA USB BEIRA SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Cláudia Martins Sanches Pires, na qualidade de coordenadora da Unidade Saúde Familiar Beira Saúde, declaro para os devidos efeitos, que no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nos diferentes ensinamentos clínicos (01/05/2023 a 09/06/2023; 12/06/2023 a 10/07/2023; 07/09/2023 a 30/01/2024), foi permitido à aluna Inês Sofia Mendes Lopes, o acesso a documentos internos com dados relativos à USF Beira Saúde e dados do ficheiro de família da Enfermeira Orientadora, Patrícia Lima através da plataforma MIM@UF para complementar os relatórios de estágio.

Castelo Branco, 08 de janeiro de 2024



ULS Castelo Branco, EPE  
ACES Beira Interior Sul  
USF Beira Saúde  
Av. da Europa  
Apartado 110  
6000-491 Castelo Branco

## ANEXO IV – 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 três partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais na segunda parte expomos algumas questões rápidas acerca da prestação de cuidados de enfermagem e a terceira parte 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.*

*Enfermeira Inês Lopes, Estudante do 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.*

*Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Campus 2 - Morro do Lena -Alto do Vieiro, Apartado 4137, 2411-901 Leiria, Portugal, Tel.: (+351) 244 845 300*

## QUESTIONÁRIO

### Parte I – Dados Sociodemográficos e profissionais

1. **Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_ (anos)
2. **Qual o seu estado civil?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
  - Solteira
  - União de fato/ Casada
  - Separada/Divorciada
  - Viúva
3. **Qual o seu grau académico?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
  - Bacharelato
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
  - Outro: \_\_\_\_\_
4. **Indique o seu título profissional.** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
  - Enfermeiro
  - Enfermeiro Especialista
5. **Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização.** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.
  - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
  - Enfermagem de Saúde Comunitária
  - Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar
  - Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Pública
  - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
  - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
  - Enfermagem de Reabilitação
  - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-cirúrgica
6. **Qual o seu número de anos de exercício profissional?**  
Anos: \_\_\_\_\_

**7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem?** Selecione

a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- ERPIs ou similares
- UCCI
- Outro: \_\_\_\_\_

**8. Se trabalha numa Unidade de Cuidados Saúde Primários, em que tipo de Unidade Funcional exerce funções?**

- USF-A
- USF-B
- UCSP
- USP
- UCC

**9. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim
- Não

**10. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:**

- Contexto Académico
- Formação Continua
- Outro: \_\_\_\_\_

## **Parte II – Perceção dos enfermeiros sobre a importância da família na promoção da saúde dos adolescentes**

**11. Conhece as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE) no que respeita ao guia orientador de boa prática na entrevista ao Adolescente?** (assinale com x)

- Sim
- Não

**12. Conhece o Programa de Nacional de Saúde Infantil e Juvenil?** (assinale com x)

- Sim

Não

**13. Numa escala de 1 a 5, em que medida considera o papel da família essencial na promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente? (coloque um círculo à volta do algarismo)**

1 (nada importante)	2 (pouco importante)	3 (nem pouco, nem muito importante)	4 (bastante importante)	5 (extremamente importante)
------------------------	-------------------------	--	----------------------------	--------------------------------

**14. Numa escala de 1 a 5, a família tem um papel importante na assiduidade às consultas do adolescente. (coloque um círculo à volta do algarismo)**

1 (nada importante)	2 (pouco importante)	3 (nem pouco, nem muito importante)	4 (bastante importante)	5 (extremamente importante)
------------------------	-------------------------	--	----------------------------	--------------------------------

**15. Realiza consultas de Saúde Infantil/Juvenil?** (assinale com x)

Sim

Não

a) Se não realiza consultas anteriormente descritas no ponto 15, passe para a parte III do instrumento.

**16. Durante a consulta, estabelece algum tempo para realizar a entrevista ao Adolescente em privado?** (assinale com x)

Sim

Não

Às vezes

**17. Se respondeu “sim” ou “às vezes” na questão anterior, e tendo em conta que a OMS define adolescente como o indivíduo com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, a partir de que consulta, começa a realizar a entrevista ao adolescente sem a presença da família?** (assinale com x)

Consulta dos 10 anos

Consulta dos 12-13 anos

Consulta dos 15-18 anos

Outra, qual? \_\_\_\_\_

**18. Quais são os assuntos que aborda na consulta?** (assinale com X)

- Dinâmica Familiar
- Escola/ Emprego
- Hábitos Alimentares
- Hábitos de Sono
- Atividades desportivas / lazer
- Auto perceção sobre a sua imagem corporal
- Comportamentos aditivos (Álcool, Tabaco e Drogas)
- Sexualidade
- Expressão de Sentimentos e Pensamentos (ex: sintomas associados a depressão/ansiedade ou ideação suicida)
- Exposição a ecrãs/ Redes Sociais
- Violência e maus-tratos

**19. Sente alguma dificuldade em abordar algum dos assuntos que assinalou anteriormente? (assinale com x)**

- Sim
- Não

**20. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, refira qual/quais.**

- Dinâmica Familiar
- Escola/ Emprego
- Hábitos Alimentares
- Hábitos de Sono
- Atividades desportivas / lazer
- Auto perceção sobre a sua imagem corporal
- Comportamentos aditivos (Álcool, Tabaco e Drogas)
- Sexualidade
- Expressão de Sentimentos e Pensamentos (ex: sintomas associados a depressão/ansiedade ou ideação suicida)
- Exposição a ecrãs/ Redes Sociais
- Violência e maus tratos

**21. Durante a consulta realiza intervenções relativas à família? (assinale com X)**

- Sim
- Não

**22. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, assinale com “x” as intervenções que realiza?**

- Identifica a dinâmica familiar e o que a suporta
- Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar
- Avalia a capacidade da família para se manter unida
- Integra informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como comunicação verbal e não-verbal
- Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta da família às transições de vida
- Dá feedback à família, centrando-se nos pontos fortes

Outra(s), qual(quais)? \_\_\_\_\_

**Parte III- Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) (Barbiéri, MC. *et al.*, 2009).**

Não há respostas certas ou erradas. **Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.**

Leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**, considerando que:

**1-** Discordo completamente

**2-** Discordo

**3-** Concordo

**4-** Concordo completamente

**Sendo esta uma escala que pode ser utilizada em qualquer abordagem, neste estudo considera-se que, o Utente = Adolescente.**

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

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

**Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.**

**Por favor, verifique se respondeu**

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1 – PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA**

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Processo de cuidados de enfermagem à Família

Estágio II

Inês Sofia Mendes Lopes

Leiria, 9 de Julho de 2023

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Processo de Cuidados de Enfermagem à Família

Estágio II

Inês Sofia Mendes Lopes, nº 5220070

**Unidade Curricular:** Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

**Docente:** Professor Dr. João Frade

**Enfermeira Orientadora:** Patrícia Lima

Leiria, 9 de Julho de 2023



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF- Ciclo Vital da Família

EF – Enfermeiro de Família

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

MCEEC- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

MAFC- Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

MAIFC- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

MIFC – Modelo de Intervenção Familiar de Calgary

OE- Ordem dos Enfermeiros

## **INDICE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Genograma da Família Marques .....</b>	<b>11</b>
<b>Figura 2 - Ecomapa da Família Marques .....</b>	<b>12</b>

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.....</b>	<b>10</b>
1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM FAMILIAR.....	10
1.2. APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA.....	10
1.3. AVALIAÇÃO FAMILIAR .....	12
<b>1.3.1. Avaliação Estrutural .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.2. Avaliação do Desenvolvimento .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.3. Avaliação Funcional .....</b>	<b>16</b>
1.4. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM COLABORAÇÃO COM A FAMÍLIA.....	18
1.5. PLANO DE CUIDADOS .....	17
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR.....	I
ANEXO II– ETAPA DO CICLO VITAL (CLASSIFICAÇÃO DE DUVALL) .....	iv

## INTRODUÇÃO

A realização deste processo de enfermagem, surgiu no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, do 2º semestre do 1º ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Selecionei a família Marques em parceria com a minha Enfermeira Orientadora de Estágio, Enfª. Patrícia Lima.

Os objetivos definidos para a realização deste trabalho, são também objetivos específicos traçados para a realização do ensino clínico, são eles: Reconhecer a complexidade do sistema familiar; Identificar focos de atenção da enfermagem de saúde familiar com recurso à classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®); aplicar o processo de enfermagem em colaboração com a família.

O processo de enfermagem que desenvolvi, tem como referencial teórico, o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de *Calgary* (MAIFC), recentemente estabelecido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC) como o referencial teórico para o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar na prática clínica (MCEEC, 2023).

Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita, utilizando nomes fictícios para identificar os diferentes membros da família e garanti um consentimento informado (oral) prévio de modo a cumprir os trâmites da responsabilidade profissional, ética e legal que me são devidos.

Este trabalho é individual, de natureza descritivo-reflexiva e inicia-se com uma breve apresentação da família, desenvolvo a avaliação familiar de acordo com o MAIFC e respetivo plano de cuidados e termino com uma nota conclusiva acerca de todo o trabalho aqui desenvolvido.

## 1. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

### 1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM FAMILIAR

Melo (2021) de acordo com Demonsthenous (2017) e Hastings (2006) define consulta de enfermagem como um processo intencional que permite de forma metódica aplicar o processo de enfermagem, através colheita de dados e decisão clínica com base nos mesmo, através da identificação de diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções e avaliação dos resultados, assegurando sempre que um cuidado de enfermagem ajustado à família/indivíduo e efetivo.

Nos contactos que estabeleci com a Família Marques, tive oportunidade de realizar 3 consultas de enfermagem familiar, no entanto não tive a oportunidade de estar com todos os membros da família, devido ao pouco tempo que tive para preparar o contexto.

Wright & Leahey (2011) estabelecem quatro estágios nas entrevistas de enfermagem de família, são eles: o engajamento, avaliação, intervenção e finalização.

O **engajamento** é o primeiro estágio e consiste no estabelecimento de uma relação terapêutica com a família, através da demonstração de empatia, interesse e simpatia e da criação de um relacionamento colaborativo. A **avaliação** é a fase onde se estabelece o MAFC. É um processo contínuo que consiste na colheita de todas as informações necessárias para intervir, por isso, o enfermeiro deve dar espaço à família para contar a sua história. A **intervenção** permite fornecer à família, um contexto onde é possível fazer pequenas/grandes mudanças, nesta fase é estabelecido o MIFC. A **finalização** é o estágio em que se conclui todo o trabalho clínico com as famílias. Estabelecer o fim do processo é talvez o mais desafiante para o profissional de enfermagem (Wright & Leahey, 2018).

Para aplicar o processo de enfermagem à família Marques, adquiri informação acerca da mesma, através de entrevista, quer de forma presencial quer de forma não presencial (através de contacto telefónico), através da consulta dos processos dos subsistemas individuais, com o consentimento prévio dos mesmos, e aos conhecimentos prévios da enfermeira e médica de família.

### 1.2. APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

A família Marques, é uma família nuclear, de classe média, de nacionalidade portuguesa, vive num apartamento T2 arrendado no centro da cidade de Castelo Branco. Esta família é constituída por quatro elementos. Francisco do sexo masculino com trinta e quatro anos, está

casado há treze anos com Lília com sexo feminino com trinta e três anos. Joana é a filha mais velha do casal, com dez anos de idade e o filho Manuel com apenas dois meses de vida.

Francisco, há nove meses, decidiu em consenso com a esposa, ir para França trabalhar durante um período de tempo de seis meses como manobrador de máquinas. Após três semanas de lá estar, descobriram que a Sra. Lília estava grávida de forma inesperada, ainda assim, decidiram unanimemente, levar o contrato de trabalho até ao fim, bem como a gravidez, apesar de não planeada. Também a filha Joana, começou a apresentar um comportamento de revolta, com uma postura mais agressiva em relação à família e aos colegas da escola e algum insucesso escolar, o que levou a mãe a dirigir-se à USF, pedir ajuda. Joana foi encaminhada para uma Psicóloga e conseqüentemente para a Terapeuta da fala, onde já tinha sido seguida devido ao seu diagnóstico de dislexia há um ano atrás.

Por sua vez, a Sra. Lília, que sempre foi muito preocupada com as suas consultas de vigilância na gravidez, apresentava sinais de algum *stress*, verificando-se um aumento excessivo de peso corporal em cada consulta.

Manuel nasceu em maio, na mesma altura em que o Sr. Francisco regressou de França, e por isso esteve presente na primeira consulta do recém-nascido, bem como a sua irmã Joana, que se mostrava muito calma, eufórica e feliz com o nascimento do irmão e com a presença do pai.

O Sr. Francisco apresenta antecedentes pessoais de asma. Tem o 9º ano de escolaridade e atualmente trabalha numa empresa de distribuição de produtos alimentares. Relativamente à família de origem, os pais vivem a cerca de 43 km de distância e atualmente não têm uma relação de grande proximidade. O Pai, Sr. Américo, tem sessenta anos de idade e antecedentes de insuficiência cardíaca, a mãe Sra. Julieta, tem 56 anos e apresenta o diagnóstico de depressão.

A Sra. Lília tem também o 9º ano de escolaridade e está atualmente desempregada, antes disso cumpria funções de empregada de limpeza. A família de origem, mora muito perto da casa da família Marques e são um importante apoio, no cuidado aos netos. O seu pai, Sr. Jorge tem 56 anos, é bombeiro e tem hipertensão, é fumador e tem antecedentes de apendicectomia. A Mãe, Sra. Fernanda tem 51 anos de idade, é empregada de limpeza e aparentemente, não tem problemas de saúde.

### 1.3.AVALIAÇÃO FAMILIAR

Para realizar a avaliação familiar adotei o MAIFC. A utilização deste modelo tem o objetivo avaliar a família através da aplicação de questões à própria através de três categorias de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma destas categorias é composta por várias subcategorias, a avaliação de todas as subcategorias não é necessariamente obrigatória, deste modo, o enfermeiro deve seleccionar as subcategorias relevantes e ajustadas a cada família num determinado momento. O modo como este modelo está estruturado, permite a sua aplicabilidade à medida que são discutidos problemas com a família (Wright & Leahey, 2018).

Para caracterizar a família Marques, utilizei instrumentos de avaliação familiar, o Genograma ( figura 1), o Ecomapa (figura 2), a Escala de Graffar ( anexo I).

Também me baseei na Classificação de Duvall (anexo II) para identificar a etapa do ciclo vital

#### 1.3.1. Avaliação Estrutural

A avaliação estrutural é uma das categorias de avaliação dentro do Modelo de avaliação de Calgary. O objetivo deste parâmetro é recolher dados acerca dos elementos que compõem a família, os vínculos afetivos entre os mesmos, comparando com os vínculos com os indivíduos externos e o contexto em que se inserem (Wright & Leahey, 2018).

A Avaliação estrutural está subdividida em três subcategorias: Na subcategoria estrutura interna é analisada a composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites; na subcategoria estrutura externa, é analisada a família extensa e os subsistemas mais amplos; na subcategoria contexto são recolhidas informações acerca da etnia, raça, classe social, espiritualidade/ou religião e o ambiente (Wright & Leahey, 2018). Para analisar de forma rápida e simples a estrutura interna e externa da família, utilizei o genograma e o ecomapa. O genograma consiste num diagrama da estrutura familiar, por sua vez, o ecomapa representa o contacto da família com os sistemas mais amplos onde a mesma se insere.

Relativamente a **avaliação estrutural interna** colhi os dados seguintes.

Composição familiar – A Família Marques é do tipo nuclear e é constituída por quatro membros (Francisco, Lília, Joana e Manuel).

Género – Nesta família, não existem diferenças de género quanto ao desempenho de tarefas.

Orientação sexual – Francisco e Lília são heterossexuais e a orientação sexual de Jéssica e Manuel é desconhecida.

Ordem de nascimento - O indivíduo mais velho é Francisco, com 34 anos de idade, seguido de Lília com um ano de diferença, Jéssica tem 10 anos e Manuel tem apenas dois meses de vida.

Subsistemas – Na Família Marques existem cinco subsistemas. O individual (que inclui cada um dos membros individualmente), conjugal e paternal (ambos partilhados por Francisco e Lília), filial (constituído pelos filhos Joana e Manuel) e fraternal (formado pelos irmãos Joana e Manuel)

Limites – Tendo em conta a dinâmica familiar observada, à data, verificam-se limites claros entre o pai e os filhos. Relativamente a Lília e Joana, verifica-se uma ligeira difusão nos limites desde a ausência de Francisco.

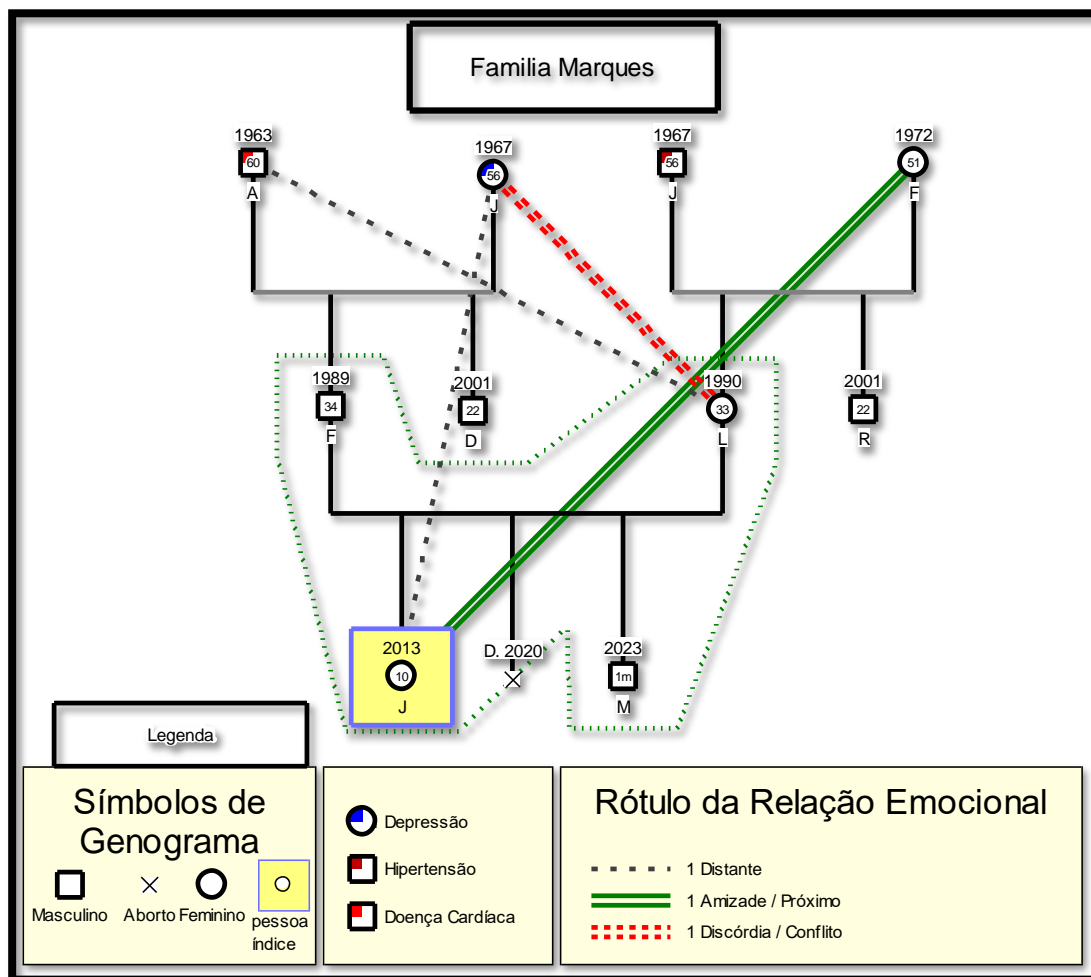
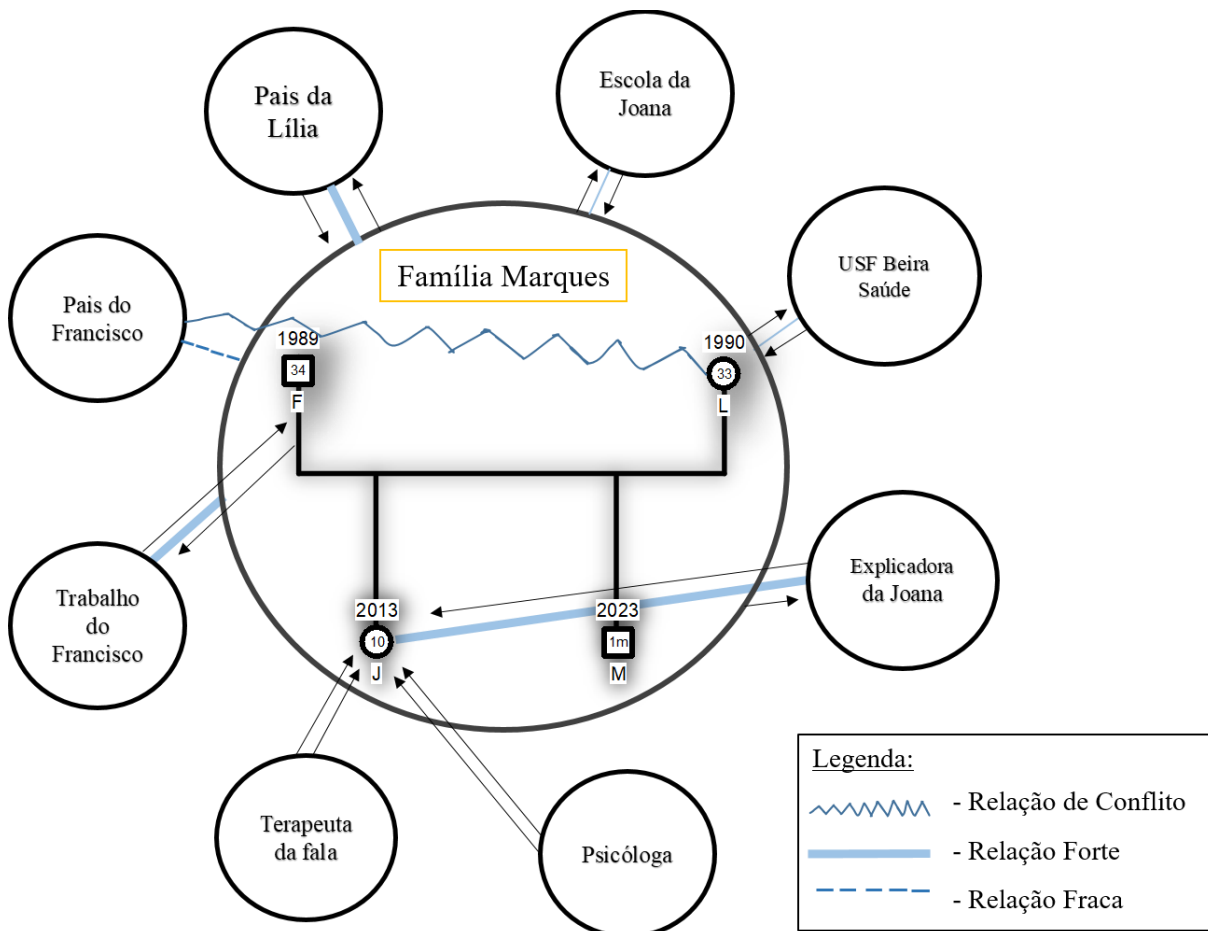


Figura 5 - Genograma da Família Marques (criado em GenoPro® 2020, junho de 2023)

Quanto à **avaliação estrutural externa** recolhi as informações seguintes.

Família extensa- Enquanto que há uma grande proximidade do agregado familiar com os pais de Lília, por outro lado, existe um distanciamento dos pais de Francisco. Para além da distância geográfica existente, existe algum conflito entre Lília e Julieta.

Sistemas mais amplos- Trabalho do Francisco, Pais da Lília, Escola da Joana, Explicadora, Psicóloga e Terapeuta da Fala da Joana, USF Beira Saúde.



**Figura 6 - Ecomapa da Família Marques**

Os dados recolhidos para avaliar o **contexto** desta família foram:

Etnia- Todos os membros desta família são ocidentais;

Raça- Todos os membros são de raça caucasiana;

Classe social- De acordo com a escala de *Graffar*, disponível para preencher no Sclinico®, esta família pertence à Classe média, como se pode ver em anexo I.

Religião/espiritualidade- Todos os membros são da religião Cristã- Católica, mas atualmente não são praticantes.

Ambiente- A Família Marques Reside num apartamento T2 arrendado, no 3º andar de um prédio, no centro da cidade de Castelo Branco, com acesso por escadas e elevador. Apresenta bom estado de conservação, com conforto razoável e mobiliário e equipamentos suficientes. Esta habitação dispõe de água canalizada proveniente da rede pública, eletricidade, gás natural, saneamento básico e aquecimento local por lareira. Não têm animais de estimação.

### **1.3.2. Avaliação do Desenvolvimento**

A avaliação do desenvolvimento familiar permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família, isto é, à evolução/trajetória da história familiar (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020). Consiste nas mudanças da família como um todo, bem como nos seus membros individualmente (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). Esta avaliação inclui a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, as tarefas e vínculos (Wright & Leahey, 2018).

Etapa do Ciclo Vital- O ciclo vital consiste no conjunto de etapas que a família atravessa, desde a sua conceção até ao seu desaparecimento (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). Por norma, estas etapas são marcadas por entradas e saídas de elementos da família. Estes eventos provocam alterações na dinâmica familiar e por isso, é necessária uma reorganização dos papéis e regras familiares (Wright & Leahey, 2018).

Segundo Figueiredo (2020), existem diversas classificações de estádios do ciclo vital, a primeira foi proposta por Evelyn Duvall nos anos cinquenta e é essa classificação que vou utilizar na avaliação desta família.

Os critérios desta escolha são: esta classificação é utilizada no nosso sistema de registo SClínico®; e é uma classificação que se aplica à família nuclear (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020). Segundo estes dois fatores considero esta, uma ferramenta válida para avaliar esta família.

A família Marques situa-se na quarta etapa do ciclo vital de Duvall (Anexo II): Família com filhos em idade escolar (compreende a entrada do filho mais velho na escola e a adolescência, 13 anos). Esta etapa é caracterizada pela entrada da criança nas sistemas mais amplos (escola), provocando uma mudança de estatuto da criança, ou seja, com a sua aproximação ao mundo e

ao poder dos adultos, existe uma maior socialização, e aquisição de competências, tais como saber ler e escrever por exemplo (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). A Escola abrange uma elevada complexidade relacional e é neste contexto que se avalia o cumprimento da família quanto à sua função externa (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). “A família precisa de lidar com o ajustamento individual e de ter em conta o feedback destes novos contextos” (Martins & Sequeira, 2018, p. 12).

Para além disto, ouve uma alteração da dinâmica familiar nos últimos nove meses com a ida de Francisco para o estrangeiro trabalhar e com a entrada de um novo membro na família e conseqüentemente, originou-se um novo subsistema, o subsistema fraternal. É neste subsistema que se desenvolve emoções e sentimentos de solidariedade, competição, cumplicidade e companheirismo entre indivíduos que estão em pé de igualdade em questão de poder dentro da hierarquia (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002).

Tarefas- Francisco e Lília partilham tarefas inerentes ao cuidado doméstico e educação dos filhos, no entanto, estando Lília desempregada, ocupa-se por mais tempo das tarefas domésticas. Francisco é o único elemento da família que trabalha e portanto, a única fonte de rendimento da família.

Vínculos- A família Marques é uma família unida, com vínculos afetivos de amor. Existe também um vínculo forte da Avó Fernanda com a Joana, uma vez que presta muito apoio à família Marques e foi um importante suporte na educação da neta durante a ausência de Francisco.

### **1.3.3. Avaliação Funcional**

A avaliação funcional diz respeito ao modo como cada um dos indivíduos interagem no seio familiar, de acordo com o desempenho das funções e das tarefas familiares (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020) (Wright & Leahey, 2018). São exploradas duas dimensões, a dimensão instrumental e a dimensão expressiva. A dimensão instrumental refere-se às atividades quotidianas da família e a dimensão expressiva diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças/uniões (Wright & Leahey, 2018).

Funcionamento Instrumental- Verifica-se que tanto a Sra. Lília como o Sr. Francisco, têm capacidade de satisfazer as suas necessidades humanas básicas e as dos seus filhos, sendo

eficazes também na estimulação da sua independência. A Joana já apresenta autonomia na maioria das AVDs, no entanto necessita de alguma vigilância na gestão e adequação das atividades recreativas, que lhe promovam o uso de vestuário adequado às estações do ano bem como na promoção de uma higiene adequada.

Funcionamento Expressivo- Quanto à **comunicação emocional**, Lília e Joana tem mais facilidade em expressar os sentimentos em relação a Francisco que se mostra mais retraído nesse aspeto, no entanto Lília está satisfeita com a forma como a restante família expressa os sentimentos e por norma toda a família se sente afetada quando alguém expressa sentimentos de tristeza ou preocupação. Relativamente à **comunicação verbal/não verbal**, atualmente Joana expressa-se de forma mais clara através da comunicação verbal, com a ajuda das terapias, ainda assim, quando existe algo que a preocupa, adquire um discurso mais revoltado. Os restantes elementos à exceção de Manuel, são claros e diretos no discurso, no entanto, Lília admite que quando tem uma discussão com Francisco, este fica mais retraído, utilizando a linguagem não verbal. Quanto à **comunicação circular**, a família Marques aproveita os momentos recreativos e de refeição para falar aspetos da vida quotidiana de cada um e referem-se satisfeitos com a forma como comunicam entre si.

Lília verbaliza ter capacidade para **solucionar os problemas** familiares a par com Francisco, mas ela tem mais facilidade em utilizar os recursos externos na sua resolução e é ela que habitualmente identifica os problemas.

Relativamente aos **papéis familiares**, Francisco assume o papel conjugal, parental, de provedor, gestão financeira e cuidado doméstico. Lília desempenha o papel conjugal, parental, gestão financeira e cuidado doméstico. Joana desempenha o papel filial, fraternal e estudante. Manuel desempenha o papel filial e fraternal.

Na Família Marques os membros com maior **influência/Poder** são Francisco e Lília, que adotando uma relação horizontal e igualitária, exercer uma relação de verticalidade sobre Joana e Manuel. Apesar de, nos meses de ausência de Francisco a Joana ter adotado uma posição mais horizontal relativamente à mãe, a própria reconhece que neste momento estão a ajustar os limites. O subsistema filial também assume uma relação horizontal não se verificando diferenças de poder entre eles.

Lília afirma que as **crenças** em valores são importantes para normalizar o cumprimento dos papéis de cada membro da família e também as crenças religiosas permitem alcançar sentido na vida.

#### 1.4. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM COLABORAÇÃO COM A FAMÍLIA

De acordo com Figueiredo (2012), o processo de cuidados deve ser desenvolvido com a colaboração da família. Para que tal aconteça é necessária a construção de uma relação terapêutica, promovendo a participação de todos os membros da família. A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na capacitação familiar tendo em conta as potencialidades da mesma, mobilizando os recursos internos ou externos necessários para promover o seu fortalecimento e autonomia através de novas formas de interação.

A família Marques situa-se na quarta etapa do ciclo de vida familiar de Duvall – Família com filhos em idade escolar. Para além disso ocorreu mais dois eventos causadores de *stress* familiar, como a entrada de um novo membro na família (o Manuel) e a emigração temporária de Francisco.

Reconhecendo o período vulnerável pelo qual a família Marques está a passar, torna-se imperativo a intervenção do enfermeiro de família no estabelecimento de intervenções promotoras de mudança na dinâmica familiar tendo em conta a sua complexidade, o seu contexto e a sua resiliência (Figueiredo M. H., Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2020).

A primeira entrevista decorreu na consulta do Manuel, no âmbito do programa nacional de saúde infantil e juvenil. Nesta consulta, todos os membros da família estavam presentes e consegui de forma espontânea, a criação de um ambiente de empatia e confiança, tendo sido essa a minha principal motivação para dar continuidade à sua avaliação.

Nas restantes consultas não consegui a presença de todos os membros em simultâneo, no entanto, considero que foram momentos rentáveis e altamente frutíferos no desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista em saúde familiar.

Defini e priorizei diagnósticos de acordo com reconhecimento das forças da família Marques, identificando as suas necessidades. Estes diagnósticos foram enunciados a partir de critérios pré-definidos, como resultado da avaliação multidimensional da família segundo o MAIFC.

Utilizei linguagem uniformizada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) que se encontra parametrizada no Sistema de Informação utilizado no local de ensino clínico (SClinico®), onde efetuei registos e apliquei instrumentos de avaliação familiar também disponíveis.

### 1.5. PLANO DE CUIDADOS

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2/06/2023	Rendimento familiar insuficiente	Rendimento familiar não insuficiente	-Avaliar o conhecimento sobre a gestão de rendimentos.	O casal demonstra conhecimento sobre a gestão de rendimentos. O ordenado do Francisco é atualmente a única fonte de rendimentos da família e apesar de conseguirem fazer a gestão adequada do mesmo, é a principal razão pela qual, permanece a intenção de Francisco de retomar a sua ida para o estrangeiro num futuro próximo. No entanto Lília pretende voltar a procurar trabalho após os seis meses de vida do Manuel. Se tal acontecer, a ida de Francisco para França deixa de ser uma prioridade para a família.
27/06/2023	Satisfação conjugal não mantida- Comunicação não eficaz	Satisfação conjugal mantida	-Promover a comunicação expressiva de emoções; -Promover a comunicação do casal; -Motivar para atividades em conjunto;	Lília refere que num ambiente de discussão entre casal, Francisco tende a ficar calado, o que incita a alguma frustração por parte da mesma, revelando-se desta forma uma distorção da comunicação do primeiro axioma da teoria da comunicação: a aceitação (Alarcão, (des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica, 2002). Ainda assim, o casal considera que o seu padrão de comunicação é satisfatório e funcional para ambos. Revelam também, que o principal motivo de discussão atualmente é a Mãe de Francisco. Lília confirma que, Julieta revelou-se sempre como um elemento de destabilização ao longo do eixo diacrónico da família.
03/07/2023	Papel parental não adequado – conflito de papel	Papel parental adequado	-Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; -Promover a comunicação expressiva de emoções; - Otimizar a comunicação na família; - Promover envolvimento da família alargada.	Desde a ida de Francisco para França, uma alteração de limites. Verifica-se limites difusos entre Lília e Joana. Informei Lília que este estabelecimento de limite, pode vir a favorecer uma triangulação perversa relativamente a Francisco. Lília concordou e confirmou que já havia por parte de Joana, alguma manipulação no seu discurso com o pai. Reforcei a ideia que os limites devem ser reajustados ao papel parental e ao papel filial. A Joana tem uma boa relação com a Avó materna, pelo que reforcei a importância do envolvimento da mesma nesse processo de reajuste.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste processo de enfermagem à família constituiu uma boa oportunidade de aprendizagem, mobilizando o conhecimento da teoria para a prática através da revisão dos conteúdos programáticos deste mestrado em enfermagem de saúde familiar.

A utilização do MAIFC como referencial teórico na elaboração do processo de enfermagem, revelou-se muito importante na minha prática clínica, no entanto tive algumas dificuldades na sua aplicação, uma vez que já não praticava há muito tempo. No entanto, concluo que consegui colmatar este problema, apesar do escasso tempo que considero ter tido para o fazer.

Ao longo deste trabalho, constatei que o enfermeiro de família tem um papel ativo na capacitação das famílias na gestão dos problemas de saúde. Os conhecimentos especializados do enfermeiro de família são fundamentais para criar uma relação terapêutica e colaborativa com a mesma, através de um agir intencional e crítico, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Com a realização deste trabalho, consegui desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar, sendo esse o objetivo principal neste segundo ensino clínico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Pinhal Litoral. (2022). *Perfil Local de Saúde*.
- ACSS. (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017*. Ministério da Saúde. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao\\_CSP\\_2023\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf)
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares- uma visão sistémica* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Bastos, T., Macedo, A., Marafona, A., Moniz, S., & Taveira, S. (2021). *Hemoglobina Glicada Anormalmente Baixa numa Utente Diabética Portadora de Hemoglobinopatia N-Baltimore – Acerca de Um Caso Clínico*. Douro: Revista Portuguesa de Diabetes.
- Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal- Estudo de caso: a atuação do CNECV*. Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto.
- BI-CSP. (2022). *Indicadores por lista de utentes de médico*.
- BI-CSP. (abril de 2023). SNS. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100491/Pages/default.aspx>
- Bomar, P., & Baker-Word, P. (2005). Promoção da Saúde Familiar. Em S. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2º ed., pp. 209- 233). Lusociência.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>
- Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., . . . Lima, R. (Junh de 2017). Referencial de Educação para a Saúde. (D.-G. d. Educação, & D.-G. d. Saúde, Edits.)

- Carvalho, C. (2023). *Atitudes dos enfermeiros, face à importância da família no processo de cuidar*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Leiria.
- Costa, L. G. (27 de Outubro de 2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, pp. 137-145.
- DGS. (2012). *Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (31 de 05 de 2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. *Norma n.º 010/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- DGS. (11 de maio de 2023). *Obesidade*. Obtido de SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#o-que-e-a-obesidade>
- Diário da República . (18 de outubro de 2007). *Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro* . Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Diário da República. (22 de outubro de 2007). Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- Diário da República. (16 de julho de 2018). Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Diário da República. (16 de julho de 2018). *Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Diário da República. (4 de Setembro de 2019). Diário da República n.º169/2019, 1ª Série. *Lei n.º95/2019 - Lei de Bases da Saúde*, 55-66. Obtido de <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2019/09/16900.pdf>
- Diário da República n.º6/2022, Série I. (2022). *Decreto Regulamentar n.º1/2022*. Obtido de <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2022/01/00600.pdf>
- Duarte, M. (2022). *Atitudes dos enfermeiros face à importância da família*. Dissertação de mestrado em enfermagem na área de saúde familiar, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria .

- Faria, D. (12 de fevereiro de 2021). *Diabetes: antidiabéticos e tipos de insulina*. Obtido de Hospital da Luz: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/diabetes-antidiabeticos-tipos-de-insulina>
- Ferreira, S. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar*. Dissertação de mestrado em enfermagem de saúde familiaa, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria , Leiria.
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks Editora.
- Figueiredo, M., Corte, A., Reis, A., Freitas, A., Leite, A., Vilar, A., . . . (...). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gottlieb, L. (2010). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. São Francisco, Califórnia: Lusodidacta.
- Gottlieb, L. (2013). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças- Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro: PPGENFBIO. Obtido em 25 de 09 de 2022, de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Guimaraes, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro.
- Hanson, S. (2005). *ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA - Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição ed.). (I. Ligeiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.

- Hanson, S. M. (2005). *ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA - Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição ed.). (I. Ligeiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A., & Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.
- IFNA. (2015). *Declaração da IFNA sobre as competências práticas avançadas para a enfermagem de família*. Associação Internacional de Enfermagem de Família.
- INE. (2023). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de INE: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)
- Joaquim, P. (2023). Relatório de Estágio. *Promoção da Saúde Mental na Adolescência - Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (I. P. Setúbal, Ed.) Setúbal .
- Lima, V. R. (17 de outubro de 2023). Variáveis, tipos de variáveis e suas classificações. Brasil. Obtido em 13 de janeiro de 2024, de <https://medium.com/@empowerpython/variáveis-tipos-de-variáveis-e-suas-classificações-e93a3e7e2bc8>
- Linhares, F. M., Sousa, K. O., Martins, E. X., & Barreto, C. M. (2016). Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*, 16(2), 460-481.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, A. R., & Sequeira, J. (2018). Revisão Sistemática do ciclo vital da família. Coimbra: Intituto Superior Miguel Torga. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/854>
- MCEEC. (10 de Março de 2023). Tomada de Posição nº01/2023. *Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)

- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5<sup>a</sup> ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde primários - Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. A. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6). doi:<https://doi.org/10.12707/RV20133>
- OE. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (19 de outubro de 2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínicas dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2023). *Estatística de Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos enfermeiros : <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Villar, A. I., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., . . . Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337.

- OMS. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido de [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista do Adolescente. Em *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. I, pp. 11-66). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento nº428/2018. *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, 19354-19359*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 2ª série, Nº26. Obtido em 13 de Novembro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (13 de janeiro de 2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Prevenir o Suicídio - O Papel dos Psicólogos e Psicólogas*. Lisboa .
- Pereira, A., & Patrício, T. (2022). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pires, E. d. (2016). *A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes - Principios Orientadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Psic, O. d. (s.d.).

- Reis, F. P., Amaro, R., Silva, F. M., Pinto, S. V., Barroca, I., Sá, T., . . . Boavida, J. (abril de 2021). Impacto do Confinamento em Crianças e Adolescentes. *Acta Médica portuguesa*, 34(3), 245-246. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.15854>
- Silva, C., Pereira, D., Almeida, D., & Venâncio, M. (2014). *Pé diabético e avaliação do risco de ulceração*. Revista de Enfermagem Referência.
- Silva, M. A. (2011). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- SNS. (2021). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/04/criacao-de-usf-em-2021/>
- Sociedade Portuguesa de Oncologia. (10 de janeiro de 2023). *Rastreios oncológicos*. Obtido de SNS24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>
- Sousa, E. S. (2011). *A FAMÍLIA - ATITUDES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sousa, L. P., Franzoi, M. A., & Morais, R. d. (junho de 2022). Influência da mídias sociais no comportamento alimentar de adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 43489- 43502. doi:10.34117/bjdv8n6-065
- Souza, D., Moraes, É., Valente, G., Silvino, Z., Nassar, P., Escudeiro, C., . . . Delgado, L. (2020). ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR. *Enfermagem em Foco*, 11(5), 86-91.
- Souza, R., Alves, L., Barra, L., Fernandes, L., Salgado, P., & Viegas, S. (2017). IMAGEM DO ENFERMEIRO SOB A ÓTICA DO ACADÉMICO DE ENFERMAGEM. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 47-51.
- United Nations Children’s Fund. (2021). *The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. New York: UNICEF.
- USF Beira Saúde. (Fevereiro de 2019). Regulamento Interno. Castelo Branco.
- USF Condestável. (2022). *Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem*.

- USF-AN. (2018). Obtido de Unidade de Saúde Familiar - Associação Nacional:  
<https://www.usf-an.pt/momento-atual/utentes/>
- Vilar, A., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C., . . . Brito, T. (2022).  
*Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar - Estudos de Caso* (1ª ed.).  
Sintra: Sabooks editora.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). (M.  
Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias - Guia para Avaliação e  
Intervenção na Família* (5ª Edição ed.). (S. Spada, Trad.) Rio de Janeiro: Gen; Roca  
Ltda.
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias - Guia para Avaliação e Intervenção  
na Família - 5ª edição*. Roca.

## ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR

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

Classe Social  
MÉDIA



