



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A IMPORTÂNCIA DO CUIDAR: AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE ÀS  
FAMÍLIAS

ANA MARGARIDA GASPAR ROQUE

Leiria, abril de 2025



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A IMPORTÂNCIA DO CUIDAR: AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE ÀS  
FAMÍLIAS

ANA MARGARIDA GASPAR ROQUE (nº5230034)

Trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular  
Ensino Clínico III integrada no Mestrado em Enfermagem  
Comunitária na área da Saúde Familiar sob orientação  
da Professora Doutora Eva Menino

Leiria, abril de 2025

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar até aqui foi uma caminhada intensa, marcada por desafios, aprendizagens e muitas emoções. Esta tese representa não apenas o fim de uma etapa acadêmica, mas também a concretização de um sonho que não teria sido possível sem o apoio de pessoas muito especiais.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, pelo acompanhamento incansável, pela orientação sábia e pela paciência durante todo este processo. O seu apoio foi fundamental durante a prática e que me fizesse refletir em que tipo de profissional queria ser.

À minha família, que é o meu porto seguro, o meu amor incondicional. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava, por cada palavra de incentivo e por estarem sempre presentes, em cada passo desta jornada.

Ao meu namorado, obrigada pelo carinho, pela compreensão nos momentos de cansaço, e por seres o meu apoio constante. A tua presença foi essencial para que eu nunca me sentisse sozinha neste caminho.

Aos meus amigos e colegas de curso, com quem partilhei risos, angústias e conquistas — obrigada por tornarem este percurso mais leve e cheio de memórias boas. A vossa amizade foi uma das maiores forças ao longo deste mestrado.

A todos vocês, o meu mais sincero e emocionado obrigada. Este trabalho também é vosso.

## RESUMO

**Enquadramento:** As atuais políticas de saúde reforçam a centralidade da família na prestação dos cuidados de enfermagem, reconhecendo que a saúde dos indivíduos está profundamente influenciada pelo seu contexto familiar. Neste sentido, a prática dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar deve ser orientada por uma abordagem colaborativa, em parceria com a família, assumindo-a como unidade de cuidado. Esta forma de atuação tem-se revelado promissora, gerando ganhos significativos em saúde. Torna-se, por isso, fundamental compreender a importância que os enfermeiros atribuem à família no processo de cuidados, bem como identificar os fatores que influenciam essa percepção. Esta compreensão é essencial para promover uma prática mais consciente, eficaz e centrada na realidade familiar, contribuindo para o fortalecimento da saúde familiar como eixo estruturante dos cuidados de enfermagem.

Compreender a perspetiva e as atitudes dos enfermeiros em relação à integração das famílias no processo de cuidar permitir-nos-á conhecer qual o caminho a percorrer na ciência de enfermagem para que a integração das famílias nos cuidados de enfermagem seja uma realidade efetiva em todas as áreas de intervenção do enfermeiro. (Frade et al, 2021)

**Objetivos:** Identificar e descrever as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento das famílias nos cuidados, compreender qual a importância atribuída ao envolvimento da mesma e relacionar as atitudes com as características sociodemográficas e profissionais.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. realizado a 29 enfermeiros da região norte do país. O instrumento de colheita de dados utilizado é composto por um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e pela escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Oliveira et al.,2011).

**Resultados:** A amostra foi composta por 29 enfermeiros, com uma média de idades de 44,45 anos. A maioria encontra-se casada ou em união de facto (82,8%) e possui, maioritariamente, o grau de licenciatura (75,9%). No que respeita ao título profissional, os enfermeiros generalistas representam a maioria (51,7%). Entre os especialistas, destacam-se as áreas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem de Reabilitação, ambas com uma representatividade de 20,7%. O contexto profissional dos participantes apresenta diversidade quanto à tipologia de unidade, sendo que a maioria exerce funções numa Unidade de Saúde Familiar, representando 55,2% da amostra. O tempo médio de exercício profissional é de 21,38 anos. Relativamente à formação em Enfermagem de Saúde Familiar, 62,1% dos enfermeiros referiram ter formação nesta área, sendo que, entre estes, a maioria realizou essa formação em contexto académico (38,9%).

No que diz respeito às atitudes face à família nos cuidados de enfermagem, os resultados

evidenciam uma postura de suporte e valorização da família como elemento central do processo de cuidados. A pontuação média total obtida na escala "Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros" foi de 85 pontos, com um desvio padrão de 7,85 refletindo uma atitude globalmente positiva da amostra face ao envolvimento da família nos cuidados.

**Conclusão:** Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas, os dados obtidos revelam que os enfermeiros inquiridos demonstram atitudes favoráveis e de apoio à família, reconhecendo e valorizando o seu papel no processo de cuidados. De forma geral, os resultados traçam um panorama encorajador quanto à integração da família nos cuidados de enfermagem, refletindo uma predisposição positiva por parte dos profissionais. Apesar da ausência de resultados com significância estatística, as tendências identificadas sugerem a importância de se reforçar estratégias formativas e institucionais que promovam práticas de enfermagem cada vez mais inclusivas e centradas na realidade familiar dos utentes. Este caminho poderá contribuir para uma maior consolidação do papel da família como parceira no processo terapêutico e para a melhoria dos resultados em saúde.

**Palavras chave:** Atitudes; Enfermeiros; Enfermagem familiar; Família.

## ABSTRACT

**Background:** Current health policies emphasize the central role of the family in the provision of nursing care, recognizing that individual health is deeply influenced by the family context. In this regard, the practice of specialist nurses in Family Health Nursing should be guided by a collaborative approach, in partnership with the family, recognizing it as the primary unit of care. This approach has proven to be promising, leading to significant health gains. It is therefore essential to understand the importance nurses attribute to the family within the care process, as well as to identify the factors that influence this perception. Such understanding is crucial to fostering a more conscious, effective, and family-centered nursing practice, contributing to the strengthening of family health as a central axis of nursing care. Understanding nurses' perspectives and attitudes regarding the integration of families into the care process will allow us to determine the path that nursing science must follow so that the inclusion of families in nursing care becomes an effective reality across all areas of nursing intervention. (Frade et al., 2021).

**Goals:** To identify and describe nurses' attitudes toward the involvement of families in care, to understand the importance they attribute to such involvement, and to explore how these attitudes are related to their sociodemographic and professional characteristics.

**Method:** This is a quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study conducted with 29 nurses from the northern region of Portugal. The data collection instrument consisted of a sociodemographic and professional characterization questionnaire and the scale 'Importance of Family in Nursing Care – Nurses' Attitudes' (Oliveira et al., 2011).

**Results:** The sample consisted of 29 nurses, with a mean age of 44.45 years. The majority were married or in a civil partnership (82.8%), and most held a bachelor's degree (75.9%). Regarding professional titles, generalist nurses represented the majority (51.7%). Among nurse specialists, the most common areas of specialization were Child and Pediatric Health Nursing and Rehabilitation Nursing, both at 20.7%. Participants worked in various healthcare settings, with the majority (55.2%) employed in Family Health Units. The average length of professional experience was 21.38 years. Concerning training in Family Health Nursing, 62.1% reported having received such training, with most of them (38.9%) having completed it in an academic setting. With regard to attitudes toward family involvement in nursing care, the results reveal a supportive stance, highlighting the family as a central element in the care process. The total mean score obtained on the scale 'Importance of Family in Nursing Care – Nurses' Attitudes' was 85 points, with a standard deviation of 7.85, reflecting an overall positive attitude among the sample towards the involvement of the family in care.

**Conclusion:** Although no statistically significant associations were found, the data indicate that the nurses surveyed demonstrate favorable and supportive attitudes toward the family, recognizing and valuing its role in the care process. Overall, the results present an encouraging outlook regarding the integration of the family into nursing care, reflecting a positive predisposition among professionals. Despite the absence of statistically significant findings, the observed trends highlight the importance of reinforcing both educational and institutional strategies that promote more inclusive nursing practices, centered on the family context of the patient. This approach may contribute to further consolidating the family's role as a partner in the therapeutic process and improving health outcomes.

**Key Words:** Attitudes; Nurses; Family Health Nursing; Family.

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

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSRL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	x
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	xii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> ....	15
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.....	17
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF.....	19
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA EQUIPA NUCLEAR.....	25
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	27
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	35
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	35
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR.....	38
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	42
4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	43
4.2 METODOLOGIA.....	46
4.2.1 Questões de investigação.....	46
4.2.2 Objetivos.....	47
4.2.3 População e amostra.....	48
4.2.4 Tipo de estudo.....	49
4.2.5 Identificação das variáveis.....	50
<b>4.2.5.1 Variável Independente</b> .....	51
4.2.5.2 Variável Dependente.....	53
4.2.6 Instrumento de colheita de dados.....	53
4.2.6.1 Consistência Interna da Escala IFCE-AE.....	55
<b>4.2.7 Procedimentos éticos e formais</b> .....	56
<b>4.2.8 Procedimentos de tratamento de dados</b> .....	57
4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
4.3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	59
4.3.2 Caracterização da importância atribuída pela amostra à família.....	61
4.3.3 Testes de hipóteses.....	62
4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
<b>CONCLUSÃO</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82

<b>APÊNDICES</b> .....	i
APÊNDICE I – Apresentação sobre Prevenção de Quedas.....	i
APÊNDICE II – Avaliação Familiar da Família C.....	i
APÊNDICE III – Instrumento de Recolha de Dados .....	i
<b>ANEXOS</b> .....	i
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra .....	i

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Pirâmide Etária dos Utentes.....	19
<b>Figura 2</b> – Logotipo da USF.....	20
<b>Figura 3</b> –Distribuição das Inscrições na USF S.....	23

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 – Distribuição de Utentes por Faixa Etária e Sexo.....</b>	<b>26</b>
---	-----------

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Carteira Básica de Serviços da USF S.....	22
<b>Tabela 2</b> – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	36
<b>Tabela 3</b> – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....	39
<b>Tabela 4</b> – Definição operacional das variáveis independentes em estudo – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	51
<b>Tabela 5</b> – Definição operacional da variável dependente em estudo – Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)”.....	53
<b>Tabela 6</b> – Avaliação da Consistência Interna da Escala.....	56
<b>Tabela 7</b> – Testes de Verificação da Normalidade.....	58
<b>Tabela 8</b> – Teste de Verificação da Homogeneidade das Variâncias.....	59
<b>Tabela 9</b> – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	59
<b>Tabela 10</b> – Distribuição da amostra pelo score total da Escala IFCE-AE.....	62
<b>Tabela 11</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género.....	63
<b>Tabela 12</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade.....	64
<b>Tabela 13</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.....	64
<b>Tabela 14</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o grau académico....	65
<b>Tabela 15</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação académica adicional.....	65
<b>Tabela 16</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização.....	66
<b>Tabela 17</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a categoria profissional.....	67
<b>Tabela 18</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.....	67
<b>Tabela 19</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de prestação de cuidados.....	68
<b>Tabela 20</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.....	69
<b>Tabela 21</b> – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto da formação em enfermagem de família.....	69

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi proposto no âmbito da unidade curricular (UC) Ensino Clínico (EC) III, integrada no 2º ano do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação da docente Professora Doutora Eva Menino para obtenção do grau de mestre.

O EC sobre o qual é realizado este relatório é o último, onde é esperado que o aluno mobilize todos os conhecimentos adquiridos até então, colocando-os em prática para a aquisição de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e específicas na área de enfermagem de saúde familiar.

Este foi realizado na USF S, que está inserida no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio pertencente à Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULSRL), tendo sido iniciado no dia 4 de novembro de 24 e terminado no dia 28 de fevereiro de 25, onde o estudante completou um total de 297,5 horas presenciais.

O enfermeiro especialista (EE) é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), estão definidas em regulamento próprio e são designadamente: “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” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

O EEESCESF tem competências para cuidar da família como uma unidade de cuidados, assim como de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, atuando nos diferentes níveis de prevenção (Diário da República, 2018). Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), é importante os enfermeiros entenderem de forma aprofundada a prestação de cuidados que é exercida ao longo do ciclo vital da família, para que possam reconhecer a unidade familiar como principal alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2020).

A família define-se como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros (Wright & Leahey, 2004). Segundo Figueiredo (2020) a família é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes. (...) qualquer alteração afetará tanto as partes, quanto o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.

É no contexto da família, que a pessoa se inicia no desenvolvimento das suas capacidades para sobrevir como única, aqui faz a sua diferenciação enquanto ser social, mas também é aqui que aprende as primeiras respostas às exigências e desafios do ambiente externo, razões de sobra para compreendermos que a família é mais que o sujeito, é um sistema, importante para a promoção da saúde e bem-estar (Figueiredo, 2020).

Partindo deste pressuposto e dado que as USF têm como objetivo a prestação de cuidados à família, como o próprio nome indica, é deveras importante conhecer a mesma, apoiá-la e colaborar na consecução dos seus objetivos, utilizando recursos já existentes e as forças disponíveis.

Este relatório constitui uma oportunidade de análise crítica e introspetiva sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Procura-se aqui integrar, de forma coerente, os saberes adquiridos, as competências consolidadas e os momentos de reflexão vividos tanto na prática clínica como no contexto académico. O objetivo principal deste trabalho é promover uma reflexão profunda sobre os cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, valorizando não apenas os resultados alcançados, mas também o processo que os tornou possíveis.

Neste sentido, destacam-se como objetivos específicos a identificação dos resultados esperados que foram efetivamente atingidos, com a respetiva fundamentação da sua relevância para o desenvolvimento de competências, bem como a análise das dificuldades encontradas ao longo do percurso e das estratégias mobilizadas para as superar.

A investigação em enfermagem de família assume-se como um alicerce essencial na construção de uma prática baseada na evidência, impulsionando uma mudança de paradigma centrada na família enquanto unidade de cuidado e promotora de saúde (Figueiredo, 2020). Neste contexto, justifica-se a inclusão de um capítulo dedicado ao desenvolvimento de um projeto de investigação, entendendo-se este como uma expressão do compromisso com a melhoria contínua dos cuidados e com a evolução da disciplina de enfermagem.

O relatório encontra-se dividido em quatro partes, sendo a primeira a contextualização dos cuidados de saúde primários, a caracterização da USF e do ficheiro dos utentes da enfermeira de família, a segunda uma breve fundamentação teórica sobre modelos de enfermagem aplicados, na terceira são abordadas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar e na quarta abordo a prática especializada baseada na evidência.

Por fim, o relatório termina com uma conclusão onde irei sintetizar todos os conhecimentos aprendidos e dificuldades sentidas ao longo do percurso.

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EE é definido pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). Já a Prática Avançada de Enfermagem Familiar é definida como uma aplicação de uma ampla gama de competências de enfermagem focadas na melhoria dos resultados de saúde em indivíduos e famílias (IFNA, 2017). O domínio das competências generalistas nos cuidados às famílias é fundamental na expansão desta prática avançada de cuidados às famílias, que vai além da prática generalista ao abordar cuidados complexos às famílias (IFNA, 2017). Os enfermeiros da família, no que toca à prática avançada, devem usar os seus conhecimentos para avaliar a saúde da família e ajudando-a, tendo em conta a saúde e na interação dinâmica desta com os diferentes membros da família e enquanto unidade familiar, bem como a sua interação com os restantes sistemas e o ambiente. Os enfermeiros trabalham em conjunto com as famílias no desenvolvimento e na realização dos objetivos de saúde previamente definidos (IFNA, 2017).

O EEECESF segundo a OE (2017) deverá ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e que este tem de detetar e correlacionar as respostas humanas aos processos de vida e correlacionar as respostas da população aos seus processos de vida bem como os problemas de saúde/doença, demonstrando níveis de julgamento clínico e tomada de decisão através de competências clínicas especializadas na sua intervenção.

O EEECESF aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando não só a família como unidade de cuidados, mas também a interação dinâmica entre os seus membros, tendo em atenção a dimensão espiritual, social e cultural da mesma. Para isso, este profissional tem de possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados atribuídos aos processos de saúde/doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (OE, 2017).

O decreto lei nº298/2007 veio regulamentar a criação das USF e o seu modelo de organização e gestão. Segundo o artigo nono deste mesmo decreto é descrito que “a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”, o que é bastante diferente da realidade que presenciei e avalei durante este EC.

Estas unidades são caracterizadas pela sua autonomia organizativa, funcional e técnica, bem como precursoras de ganhos em saúde e melhoria na qualidade dos cuidados prestados com melhoria da satisfação dos utentes e profissionais (Decreto-lei Nº 298/2007 de 22 de agosto).

São, segundo a mesma fonte, um modelo organizacional leve e flexível que difere das tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical.

Estão previstas três modalidades de USF, sendo estas os modelos A, B e C, que são definidas por uma lista de critérios e metodologia (Decreto-Lei N.º 298/2007 de 22 de agosto). Segundo a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro, as USF estão direcionadas para um quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Estas modalidades diferenciam-se entre si com base no grau de autonomia, modelo retributivo e modelo de financiamento/estatuto jurídico (Teixeira, 2016).

A reforma dos CSP consagra, desta forma, uma estrutura organizativa baseada em unidades funcionais e equipas multiprofissionais, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto). Segundo o mesmo decreto, neste contexto, é possível evidenciar o papel do enfermeiro, como o profissional direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todas as fases da vida e todos os contextos da comunidade.

Os CSP têm se evidenciado cada vez mais na nossa sociedade, assumindo uma dimensão relevante na prevenção e tratamento da doença, pelo que cada vez mais o papel do Enfermeiro de Família (EF) é fundamental dentro dos mesmos. Segundo a OE (2018) o EF deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Durante os ensinamentos clínicos foi-me possível trabalhar as competências específicas do EEECESF, que são as seguintes: “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” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho), através da aquisição de novos conhecimentos e mobilização de conhecimentos previamente adquiridos.

Sendo a realidade de uma USF bastante diferente da minha prática diária foi necessária uma maior dedicação a estudar outras áreas pertinentes onde sentia mais dificuldade, como por exemplo a área da Saúde Infância-juvenil, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) e a área da Saúde Materna, nunca esquecendo que em consulta deveremos olhar para a família como unidade de cuidados e ao mesmo tempo para cada indivíduo.

Ao longo do EC foram várias as situações onde foi possível atuar segundo as competências que nos regem, como por exemplo uma situação onde uma utente enquanto estava em consulta de enfermagem, relacionada com o planeamento familiar, expressou algumas dúvidas sobre a utilização da pílula. Conforme fomos fazendo o histórico desta utente foi nos

possível avaliar o funcionamento familiar, nomeadamente o subsistema conjugal, estando este alterado a nível da relação dinâmica. Após esta primeira abordagem foi possível intervir na utente de modo a dar resposta às suas necessidades e contribuir para um melhor funcionamento da família.

Este foi um exemplo escolhido para demonstrar a aplicação das competências e demonstrar o trabalho desenvolvido em consulta. Foi possível atuar na promoção da saúde, neste caso ao nível primário, tendo a utente procurado auxílio junto do profissional de saúde, levando-nos também a descobrir as forças da utente e família de modo a nos relacionarmos com a pessoa ou família a um nível mais profundo e estar plenamente presentes na relação (Gottlieb, 2016).

Durante a realização do EC também me foi possível colaborar no projeto de Prevenção de Quedas da unidade com a apresentação feita à equipa (APÊNDICE I) de modo a reforçar a importância da avaliação do risco de queda e do reforço dos ensinamentos sobre a prevenção das mesmas à família em consulta reforçando a importância do exercício físico para reforço muscular. Desta forma salienta-se a importância da formação em serviço, de modo a capacitar os colaboradores e a fomentar a pertinência do tema. Foi também feito o levantamento dos utentes com mais de 65 anos que tenham a avaliação de risco de queda e Barthel atualizada e foi identificado o cuidador em casos de grau de dependência elevado para se proceder à avaliação da escala do stress do cuidador.

Relativamente à segunda competência específica, “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, foi promovida a colaboração de outros profissionais da equipa de saúde no que se refere aos cuidados às famílias (médico, assistente social, enfermeira de preparação para o parto), por forma a garantir a continuidade de cuidados por equipas de outras unidades funcionais. Foi elaborado o Manual de Procedimentos relativamente à consulta da pessoa com Diabetes Mellitus, foram realizadas auditorias aos procedimentos e indicadores e foram também feitas apresentações em serviço sobre estas mesmas auditorias e sobre prevenção de quedas.

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Segundo o decreto-lei n.º 102/2023, o aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos

organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas.

Em linha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e assente na sua tripla dimensão - económica, social e ambiental, a promoção de «Saúde de Proximidade», através de dispositivos locais de proximidade, constitui um dos objetivos do Programa do XXIII Governo Constitucional, contribuindo, assim, para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular do objetivo 3 («Saúde de Qualidade») (Decreto-Lei nº102/2023).

Neste sentido, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, citada no Decreto-Lei nº102-2023), veio estabelecer que o SNS deve pautar a sua atuação pela integração de cuidados, assegurando aos beneficiários do SNS o acesso ao tipo de cuidados que mais se coaduna com as suas necessidades efetivas.

Passados então mais de 20 anos da criação da primeira Unidade Local de Saúde (ULS) em Portugal, há uma movimento de reorganização do SNS, integrando os centros hospitalares, os Agrupamentos de Centros de Saúde e os hospitais no modelo de organização e gestão das ULS o que constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia gestonária, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS (Decreto Lei nº102/2023).

A ULSRL iniciou a sua atividade no dia 1 de janeiro de 2024 e é constituída pelo Hospital de Santo André, o Hospital Distrital de Pombal, o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e por 43 unidades funcionais, distribuídas pelos Centros de Saúde da Batalha, Dr. Arnaldo Sampaio, Dr. Gorjão Henriques, da Marinha Grande, de Pombal, de Porto de Mós, de Ourém, de Fátima, de Alcobaça e da Nazaré abrangendo assim uma totalidade de 2.387.650 utentes, sendo que destes 72,80% têm médico de família atribuído, como é percebido na Figura 1 (BI-CSP,2024).

A ULSRL tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade a todos os utentes que a este ocorram, em articulação com os cuidados de saúde primários, com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, utilizando adequadamente todos os recursos humanos e materiais entendidos por necessários, bem como desenvolver-se segundo parâmetros exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, contribuindo igualmente para o equilíbrio económico e financeiro do conjunto do setor público. Faz ainda parte da sua missão assegurar condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores e assegurar as condições de conforto, higiene e segurança para utentes e colaboradores (ULSRL, 2020).

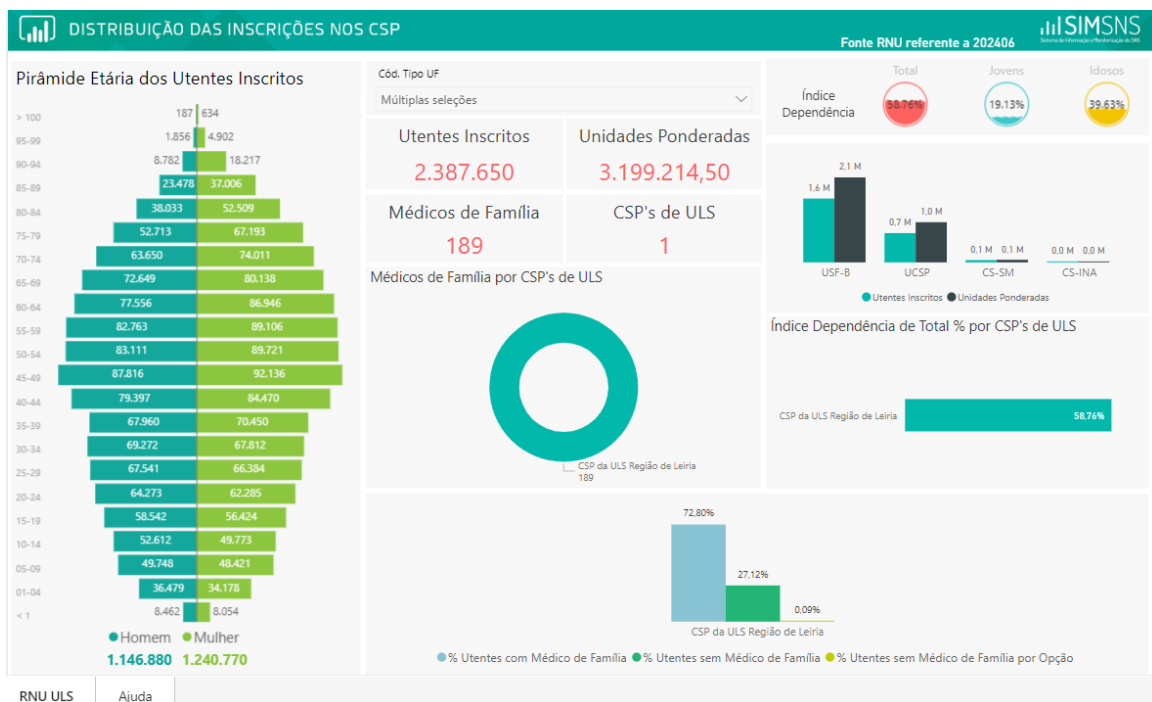


Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes  
 Fonte: BI-CSP, acessido a 08 de julho de 24

### 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF

A USF S é uma das muitas a constituir a ULSRL e tem como área de abrangência a Freguesia de Marrazes e Barosa. Esta pertence ao Concelho de Leiria que se encontra inserido na Região Centro, na Zona do Pinhal Litoral de Portugal Continental. Confina a Norte e a Este com o concelho de Pombal, também a Este com o de Ourém, a Sul com o da Batalha e Porto de Mós, a Oeste é limitado pelo Concelho da Marinha Grande e pelo Oceano Atlântico. Utentes de outras áreas geográficas poderão estar inscritos sem, no entanto, terem direito a visitas domiciliárias (USF S, 2021).

A USF S iniciou atividades em 1 de março de 2007 e passou a USF de Modelo B em maio de 2009, após um processo de avaliação externo e auditoria por parte da Equipa Regional de Apoio do Centro (USF S, 2023).

O Logotipo, representado na Figura 2, foi escolhido pelo grupo de profissionais que se candidatou a constituir a USF S. O Conselho Geral procurou que representasse uma família dinâmica com uma cor ativa e quente, que simbolizasse movimento e espontaneidade, daí a escolha do laranja. O logotipo transmite os sentimentos fortes da equipa, como a ambição, o orgulho, a coragem, a alegria e a grande sociabilidade e representa a abertura de espírito que caracteriza a equipa e a vontade de encetar novas experiências (USF S, 2023).



**Figura 2** - Logotipo da USF

Fonte: Manual de Acolhimento USF S, 2023

O horário de funcionamento praticado pela USF estende-se das 8 às 20 horas, de segunda a sexta-feira, sendo o horário de atendimento das 8h15 às 19h45. A USF funciona ainda aos sábados, das 9 às 13 horas, sendo o horário de atendimento das 9h15 às 12h45. Encontra-se encerrada aos domingos e feriados. Durante todo o tempo de atendimento é garantida a acessibilidade e continuidade dos cuidados (USF S, 2023).

A USF tem como missão melhorar a saúde da sua população de utentes, prestando cuidados de saúde personalizados de excelência, em tempo útil, e promovendo atividades preventivas, num envolvimento crescente com a comunidade (USF S, 2023).

A visão da USF é ser uma unidade de referência a nível nacional, quer como unidade de formação e desenvolvimento contínuo dos seus profissionais, quer como modelo a seguir pelas demais no que concerne à satisfação dos utentes e dos profissionais, com cumprimento cabal das metas a que se propõem (USF S, 2023).

A USF S tem como base o trabalho em equipa, pelo que definiram dez princípios norteadores da sua prática:

- Independência;
- Transparência;
- Comunicação;

- Respeito;
- Responsabilidade;
- Altruísmo;
- Partilha de conhecimentos;
- Desempenho;
- Dedicção;
- Qualidade.

Foram estes os princípios também observados e aplicados por mim durante o meu estágio na unidade.

A USF conta neste momento com 6 médicos, 6 enfermeiros e 5 administrativos, que devido às características arquitetónicas do espaço se encontram agrupados por equipas e por módulos dentro da própria unidade não deixando de prevalecer o espírito de união, havendo um fluxo dos elementos de um módulo para o outro no sentido de colaborar onde é mais necessário (USF S, 2021). Para além destes profissionais aqui nomeados com quem o contacto foi mais frequente, a unidade conta ainda com outros colaboradores diretos: internos de formação geral e de Medicina Geral e Familiar, Assistentes Operacionais, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Técnica de Serviço Social.

Segundo o Regulamento Interno da USF S (2021) e por princípio, o utente deve ser consultado pelo seu próprio médico ou enfermeiro de família. É assegurada a possibilidade de agendar uma consulta em 5 dias úteis contando que o seu profissional esteja na unidade nesse período. Todas as consultas, à exceção da Consulta de Intersubstituição e consulta aberta, podem ser marcadas por iniciativa do utente, telefónica, pessoalmente ou na área do cidadão no Portal da Saúde A unidade preconiza também um tempo máximo de espera de 20 minutos após a hora marcada. Quando existe algum atraso o secretário clínico avisa o utente desse atraso.

A consulta de Intersubstituição decorre das 10.00h às 11.00h; das 13.00h às 14.00h e das 18.00h às 20.00h, diariamente. As segundas-feiras e sextas-feiras serão asseguradas de forma rotativa pelos vários profissionais.

O utente será então orientado dentro da USF de acordo com o tipo de contacto pretendido como pode ser observado na Tabela 1.

Segundo o Regulamento Interno da USF S (2023) a carteira de serviços da unidade compreende:

- Consulta Aberta do próprio Médico de Família
- Consulta Programadas de Medicina Geral e Familiar
- Consulta de Planeamento Familiar/ Rastreio
- Consulta de Saúde Materna

- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
- Consulta de Diabetes
- Consulta de Hipertensão Arterial
- Visitas Domiciliárias
- Consulta de Intersubstituição da Unidade
- Contactos Indiretos (renovação de medicação para doentes crónicos, realização de relatórios, entrega de Exames Auxiliares de Diagnóstico, entrega de cartas, etc.)
- Consulta e atos de Enfermagem
- Atendimento Administrativo
- Atendimento Telefónico

Como carteira adicional de serviços da unidade existe a Consulta de Cessação Tabágica assegurada por um médico e um administrativo, a Consulta de Pequena Cirurgia, assegurada por um médico, um enfermeiro e um administrativo e os sábados de manhã que são assegurados de forma rotativa por todos os profissionais.

Tabela 1 - Carteira Básica de Serviços da USF S

Carteira Básica de Serviços	População-Alvo	Profissionais	Duração
Consulta aberta do próprio médico de família	Utentes inscritos no ficheiro	Médico ou Médico e Enfermeiro	15 minutos
Consulta programada de Medicina Geral e Familiar	Utentes inscritos no ficheiro	Médico	15 minutos
Consulta de Planeamento Familiar/Rastreio	Mulheres dos 15 aos 69 anos inscritas no ficheiro	Médico e Enfermeiro	30 minutos
Rastreio do cancro do cólon e reto	Utentes designados pelo SiiMA Rastreios	Médico e Enfermeiro	15 minutos
Consulta de Saúde Materna	Grávidas inscritas e seguidas na USF S	Médico e Enfermeiro	30 minutos
Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	Crianças e Adolescentes inscritos na USF S	Médico e Enfermeiro	30 minutos
Consulta de Diabetes	Diabéticos inscritos na USF S	Médico e Enfermeiro	20 minutos
Consulta de Hipertensão Arterial	Hipertenso, inscrito na unidade, identificado, estabilizado e não diabético	Médico e Enfermeiro	20 minutos
Visitas Domiciliárias	Utentes impossibilitados de se dirigir à unidade e puérperas e recém-nascidos	Médico e/ou Enfermeiro	30 minutos
Contactos indiretos	Utentes inscritos no ficheiro	Médico	-
Consulta de Intersubstituição	Utentes inscritos no ficheiro	Médico ou Médico e Enfermeiro	15 minutos

A USF S garante aos seus utentes a possibilidade de mudarem de Médico/EF de acordo com a disponibilidade da equipa.

Relativamente ao contacto telefónico, os utentes poderão telefonar diariamente, nos períodos das 12 às 13 e das 15h30 às 16 horas. Este atendimento é feito preferencialmente pela enfermeira de família. Para a parte médica este contacto deve ser feito de acordo com o horário do médico.

Durante o EC foram colhidos dados no SClínico®, no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), MIM@UF® (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) de modo a poder caracterizar os utentes da unidade e posteriormente o ficheiro da enfermeira orientadora.



**Figura 3** - Distribuição das Inscrições na USF S  
 Fonte: BI-CSP, acessado em 08 de julho de 24

De acordo com a Figura 3, podemos observar que a unidade tem 12.567 utentes, dos quais a maioria (86,81%) possui médico de família, e não existe ninguém sem médico de família por opção. Podemos também observar que a unidade tem um Índice de Dependência de 44,96%, sendo a sua distribuição praticamente equivalente em jovens (20,04%) e em idosos (24,93%), o que se traduz em 15.577.50 unidades ponderadas. Na pirâmide etária dos utentes conseguimos observar que a maioria dos utentes se situa na idade adulta (entre os 18 e 65 anos), sendo as faixas etárias dos 45 aos 49 e dos 50 aos 54 anos as mais expressivas e onde se concentra a maioria dos utentes (2428 utentes). Relativamente ao género existem 6001 homens e 6566 mulheres. Dos utentes da unidade 1028 são crianças (0 aos 9 anos),

1535 são adolescentes (10 aos 19 anos) segundo a Organização Mundial de Saúde. Podemos ainda afirmar que existem 2930 mulheres em período fértil.

Segundo o PORDATA © (2024), relativamente a dados pertinentes aos Censos 2021, a maioria da população do Município está em idade ativa (64,5%) o que vai de encontro à análise da pirâmide dos utentes da unidade. Relativamente aos idosos, o município regista uma taxa de 22,3% de população idosa, o que também vai de encontro à análise da pirâmide etária dos utentes da unidade com 17,2% de população idosa.

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem proativos no tratamento e manutenção da sua saúde.

O Decreto-lei nº 118/2014, de 5 de agosto, define o EF como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”.

Os enfermeiros da unidade prestam cuidados aos utentes e às famílias do seu ficheiro no decorrer das diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Este acompanhamento permite-lhes uma maior compreensão de toda a complexidade que está inerente a cada um dos utentes e também uma melhor compreensão da família e todas as suas ligações, fragilidades e forças, de modo a permitir uma melhor atuação e resposta às suas necessidades.

Embora seja adotado o método do EF e primordialmente cada enfermeiro realize as suas consultas, também é fomentado o trabalho em equipa, sempre que há alguma necessidade extra ou o serviço assim o exigir o enfermeiro consulta outros utentes fora do seu ficheiro ou pode ser chamado a colaborar com outro colega. Apesar de as consultas estarem maioritariamente organizadas por programas de saúde, direcionadas assim para o indivíduo e não a família, esta é quase sempre abordada na consulta de modo a fazer uma avaliação informal da mesma e intervir se necessário.

Relativamente ao modelo conceptual utilizado, o programa onde são feitos os registos, o SClinico®, está parametrizado segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo, que pretende ser orientador das práticas dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, em que a família se torna a unidade de cuidados. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar sustenta-se no Pensamento

Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (Figueiredo, 2020).

### 1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA EQUIPA NUCLEAR

Relativamente à análise dos utentes do ficheiro da equipa de saúde constituída pela enfermeira orientadora e por uma médica, foi feita uma pesquisa e análise no Sclínico® e no MIM@UF®, uma plataforma até então desconhecida por mim, de modo a perceber os focos mais recorrentes. De salientar então que a equipa nuclear tem um ficheiro constituído por 1782 utentes, agrupados em 746 famílias. As famílias não estão classificadas no Sclínico® segundo a sua tipologia (nucleares, alargadas, reconstituída, etc) nem segundo a etapa do ciclo vital. Durante a minha permanência no estágio foi feita a avaliação, organização e classificação das famílias consultadas pela sua tipologia e etapa do ciclo vital pois segundo Figueiredo (2012), a própria natureza dos CSP, permite que todas as famílias sejam suscetíveis de avaliação, e esta permite a identificação dos seus recursos e forças, assim como as necessidades, congruentes com a sua unicidade, para o planeamento de intervenções ajustadas.

Decorrente dessa avaliação, foi possível aferir que 56,1% (n=23) dessas famílias são do tipo nuclear, 19,5% (n=8) são do tipo unitária, 9,8% (n=4) são igualmente do tipo alargada e outras e por fim, 4,9% (n=2) são do tipo reconstruída. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, ainda com pertinência aos dados dos Censos 2021, 18,5% das famílias são monoparentais, 24,8% são unitárias e 8,8% correspondem a famílias reconstruídas o que difere ao avaliado por mim, mas tal pode dever-se ao número reduzido de famílias avaliadas e também à diversidade de famílias que existem nos dias de hoje.

De acordo com a emanção da Organização Mundial da Saúde e para a OE (2013), cada Enfermeiro de Família deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica. Segundo o Regulamento nº 743/2019, a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, indica como limite máximo o número de 1.550 utentes por enfermeiro. Sendo assim conseguimos perceber que existe um excesso tanto em número de famílias como em utentes no ficheiro, o que diminui a segurança dos cuidados e o tempo disponível para dedicar a cada um, tornando assim um desafio para manter o nível de cuidados.

Destes 1782 utentes tenho a salientar que 8 (0,45%) se encontram acompanhadas em consulta de Saúde Materna, 103 (5,8%) são acompanhados em consulta do Programa Nacional para a Diabetes, 326 (18,3%) em consultas do Programa Nacional da Hipertensão Arterial, 389 (21,8%) em consultas de Planeamento Familiar, 677 (38%) em consultas

relativas a Programas de Rastreio e 363 (20,4%) estão acompanhados pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

No gráfico 1 conseguimos observar a distribuição dos utentes do ficheiro por faixa etária e sexo, sendo que temos as mulheres a verde e os homens a castanho. Na análise deste gráfico conseguimos perceber que a maioria dos utentes estão compreendidos entre os 45 e os 54 anos, em idade ativa, o que vai de encontro ao retratado na pirâmide dos utentes da USF S.

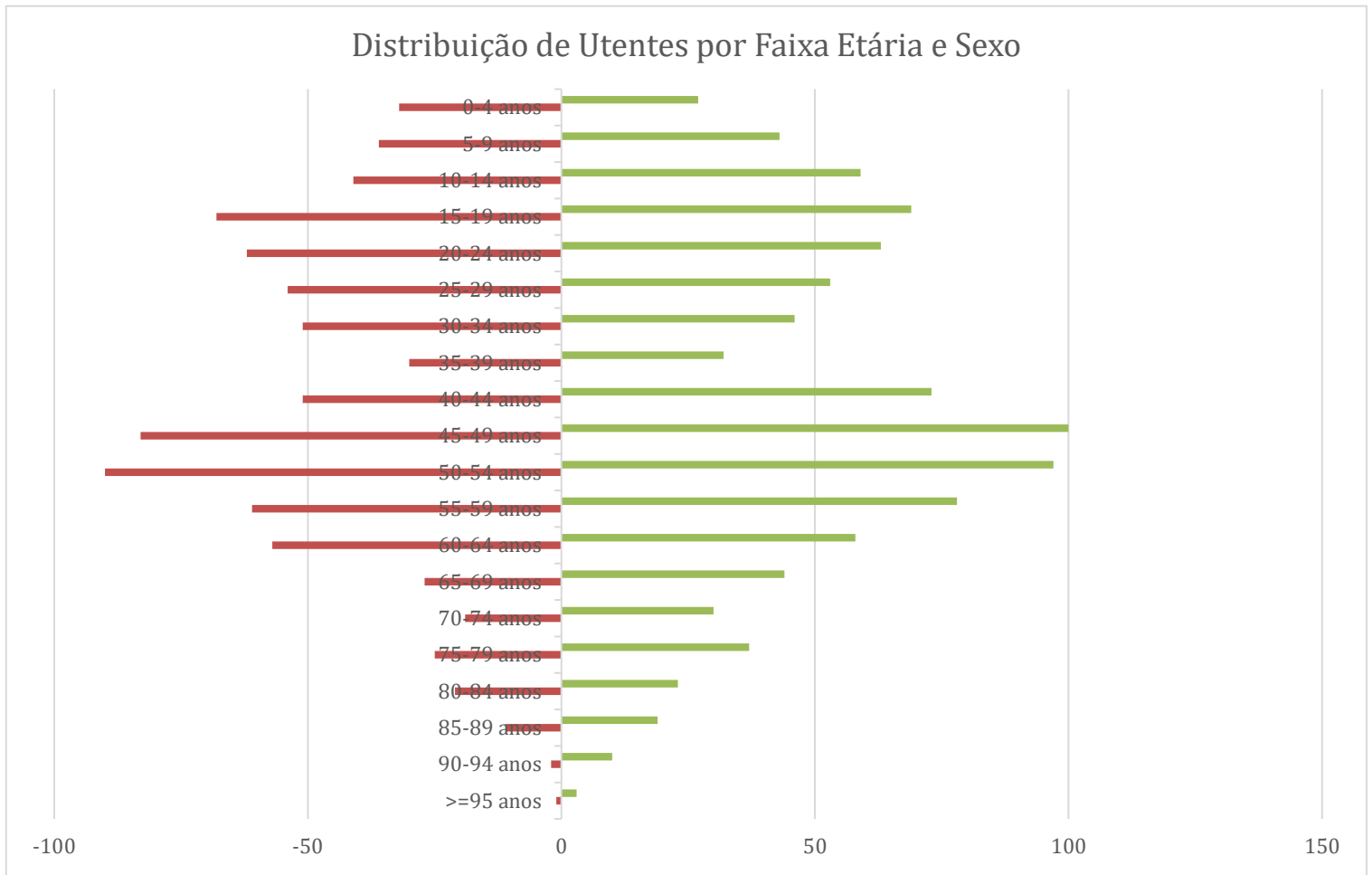


Gráfico 1 - Distribuição dos Utentes por faixa etária e sexo

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Figueiredo (2023), contextualizar a prática de enfermagem familiar em Portugal constitui um desafio que pressupõe percorrer o passado para que permaneça na memória com valor histórico, entender o presente e fundamentar o futuro e a consciência de uma identidade profissional.

Os cuidados à família desenvolveram-se com a evolução da enfermagem, sendo que anteriormente eram os enfermeiros cuidavam das pessoas nas suas casas. Collière em 1989 afirma que a sobrevivência era um facto quotidiano, e tal como era também preciso cuidar das mulheres em trabalho de parto ou das crianças, dos vivos e dos mortos ele reconhece também que a saúde e a doença evoluem num contexto familiar.

A enfermagem familiar nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida, sendo o pilar dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano (Pires, 2016). O EF surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (DL nº 118/ 2014).

O conceito de EF foi referenciado pela primeira vez na Declaração de Munique em 2000. Nesta considerou-se que o EF seria o elemento-chave para a concretização das 21 metas de saúde estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o século XXI. Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo.

Já em Portugal a reforma dos CSP em 2005 levou a uma reestruturação dos centros de saúde, originando assim a criação das USF em 2007. Em 2010, a OE propõe uma definição das responsabilidades e tarefas do EF e algumas escolas de enfermagem começam a oferecer programas de especialização nesse campo. Todavia, por falta de consenso entre a Ordem, os sindicatos e o Ministério da Saúde sobre o conteúdo do trabalho do EF, até 2017, esses projetos-pilotos não haviam iniciado (Fronteira et. al., 2020). A OE só reconheceu a especialidade de enfermagem de saúde familiar como área de subespecialização da saúde comunitária em 2018, (Fronteira et. al., 2020).

A Enfermagem de Saúde Familiar entendida como um campo disciplinar da enfermagem, tem vindo a adquirir, um corpo de conhecimento específicos e evidência científica que sustentam a prática dos cuidados de excelência. A mesma, tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2020).

A enfermagem avançada como práxis envolve um enfermeiro que domine a sua área de competência e de conhecimento e os utiliza para elevar a profissão a um outro nível, num processo que envolve a pessoa e a coloca no centro da sua atuação e cuidar (Fernandes & Vareta, 2019).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem, um Enfermeiro de Prática Avançada é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada (Lopes, Gomes & Almada - Lobo, 2018).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar define o EEESCESF como o profissional de referência a quem compete o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital (OE, 2015).

Cada família é um ecossistema único, bem como a forma como experiencia a doença e como cresce ao longo do tempo. Segundo a OE (2017b) a família é definida como um “grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos, apresentam um forte sentimento de pertença” e todas as famílias possuem a capacidade de melhorar a sua saúde. Figueiredo (2020) reconhece que o sistema familiar é complexo e que apresenta duas dimensões que o tornam singular relativamente a todos os outros sistemas familiares, as dimensões evolutiva e contextual. Cada família tem história e cultura próprias e cada elemento dentro desta detém também as suas próprias vivências e crescimento pessoal (OE, 2017b).

A Enfermagem de Saúde Familiar deve basear-se em todos estes conceitos de modo a colocar a família no foco dos cuidados, respondendo às suas necessidades e procurando manter a sua saúde (OE, 2017b). Os cuidados de Enfermagem à família centram-se assim na relação entre o Enfermeiro e a família, acompanhando-a ao longo do ciclo vital, capacitando-a para atingir o melhor potencial de saúde. Simultaneamente, promove a proatividade da família relativamente à sua própria saúde e mostra-lhe como mobilizar recursos para dar resposta a situações mais complexas, promovendo assim a sua autonomia (Figueiredo, 2020).

A saúde familiar perspetiva-se como dimensão do sistema familiar em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde, a nível bio-psico-cultural-ecológico-espiritual e, como sistema aberto, deverá permeabilizar as suas fronteiras e mobilizar os recursos internos e externos dos diferentes níveis do ambiente, em interação dinâmica com

outras famílias/grupos da comunidade, demonstrando capacidade de adaptação às situações com que é confrontada (Figueiredo, 2020).

Ainda segundo Figueiredo (2020), a saúde familiar traduz-se na capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros. Esta reforça ainda que a saúde familiar engloba a saúde de cada um dos membros individualmente e o funcionamento da família, influenciando-se assim mutuamente.

A Enfermagem de Saúde Familiar é o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem. A enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade (Hanson, 2005).

A OMS (2002) no seu documento “Saúde XXI”, reconhece que os enfermeiros de família, pela sua proximidade e pelas competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital e na promoção das respostas adaptativas às transições, encontram-se em posição privilegiada para potenciar a (co) criação dos projetos de saúde dos indivíduos e famílias.

Durante o ciclo vital, a família está sujeita a um conjunto de transições, algo que me foi possível observar durante a minha prática, sendo que algumas das necessidades de saúde apresentadas pelas famílias estão relacionadas com estas mesmas transições. Neste sentido, considero importante ter como base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) que foi orientadora da minha prática durante este período.

De acordo com a teoria de médio alcance de Meleis (2010), as transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida, que se manifesta em todos os indivíduos.

Existem três pilares basilares: a natureza das transições, as condicionantes da transição e os padrões de resposta (Meleis, 2010).

A nível da natureza da transição define-se o tipo, padrão e propriedade da transição. O tipo pode ser: de desenvolvimento, situacional, saúde-doença ou organizacional (Meleis, 2010).

As transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos indivíduos,

como por exemplo na adolescência (quando se forma a identidade sexual) ou na “crise de meia-idade”. As situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o indivíduo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte. As transições de saúde-doença, incluem as mudanças súbitas de papel, que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a cronicidade. As organizacionais ocorrem no contexto ambiental dos indivíduos e são precipitadas pelas mudanças que surgem ao nível do contexto social, político e económico, como é o caso das mudanças de líder, implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na comunidade ou saída do emprego (Meleis, 2010).

No que diz respeito ao tipo de transição, estudos apoiam as transições como padrões de multiplicidade e complexidade, nos quais o indivíduo que enfrenta mais de um tipo de transição não a vivencia de maneira isolada e exclusiva, mas em conjunto, podendo um ser prioritário a outro. A natureza das transições sugere que enfermeiros considerem os padrões de todas as transições vivenciadas por um indivíduo, em vez de centrar-se apenas num tipo específico de transição. Esses padrões podem ser simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos, de acordo com a dimensão da sobreposição entre as transições e a relação entre os diferentes eventos que precipitam as transições de um indivíduo. Apesar da complexidade e da multiplicidade das transições, as propriedades das mesmas podem não ser necessariamente exclusivas, mas inter-relacionadas num processo complexo e dinâmico (Costa, 2016).

Meleis (2010) definiu as seguintes propriedades das transições para as experiências de transição: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal de transição e eventos e acontecimentos críticos.

A consciencialização está relacionada com o conhecimento/consciência do indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar, quando estas mudanças não são evidentes e observáveis, é posto em causa o início do próprio processo de transição (Santos, et al., 2015). O empenhamento diz respeito ao grau de envolvimento dos indivíduos nos processos inerentes à transição, sendo este grau influenciado pelo conhecimento que se detém sobre o seu processo de transição (Santos, et al., 2015).

Mudança e diferença faz a distinção entre os conceitos de transição e mudança, pois uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto o inverso não se verifica. É fulcral entender os significados que o indivíduo lhe atribui e que podem ser obtidos através da explicitação de algumas das suas dimensões, como a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais (Santos, et al., 2015).

Espaço temporal de transição, corresponde às movimentações e fluxos ao longo do tempo, que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde (Santos, et al., 2015).

Eventos e acontecimentos críticos tem por base o facto da maioria das transições estar relacionada com acontecimentos marcantes na vida das pessoas (Santos, et al., 2015).

Durante o processo das transições existem ainda, condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

Nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição ou, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição, estes acontecimentos podem ser resultado das escolhas do próprio indivíduo e os significados das transições poderão ser considerados positivos, negativos ou neutros. Outra das condições pessoais da transição, são as crenças e atitudes culturais, que se revelam como uma componente que exerce a sua influência sobre a experiência de transição. Ainda de salientar como fatores inibidores, a existência de um baixo nível socioeconómico, pois potencia a manifestação e a experiência de sintomas psicológicos. A preparação e o conhecimento do que é esperado funciona como um fator facilitador, pois pode aliviar o stress associado à transição (Santos, et al., 2015).

As condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar ou inibir o decorrer das transições, ou seja, diz respeito aos recursos que uma comunidade tem para facilitar a transição (como o suporte de amigos, pares e familiares, as informações obtidas pelos profissionais de saúde e as respostas a dúvidas) ou inibir (recursos insuficientes, a falta de planeamento e inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) (Santos, et al., 2015).

Por último, nas condições sociais, a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, constituem-se como principais condicionantes inibidores no contexto social. O conhecimento do ambiente social no qual o indivíduo está inserido é, por isso, absolutamente importante para os enfermeiros, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Santos, et al., 2015).

Todavia, para compreender todo o processo de transição e valorizar a experiência vivida pelo indivíduo, é ainda necessário atender à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores (processuais e de resultado) e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Santos, et al., 2015).

Os indicadores de processo particularizam a necessidade do indivíduo se sentir e manter integrado num determinado contexto, sendo a necessidade de informação, nomeadamente sobre os recursos disponíveis, fundamental para se prosseguir numa transição saudável.

Neste sentido, as relações que os indivíduos estabelecem com o meio (família, amigos, profissionais de saúde...) revelam-se como fontes de informação privilegiadas (Santos, et al., 2015).

No decorrer da experiência de transição, o indivíduo deve sentir-se situado, ou seja, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido. Este padrão é indispensável, porque a transição envolve a criação de novos significados e percepções e a reformulação das significações em relação ao ambiente que o envolve. É este estado dinâmico que nos remete para a noção de adaptação ao meio envolvente e, subseqüentemente, para o desenvolvimento da confiança e coping, que ocorre quando se experimenta a transição demonstrando um conhecimento mais aprofundado e, também, uma maior compreensão dos aspetos essenciais e críticos (Santos, et al., 2015).

Assim, para determinar se a transição foi um evento saudável na vida do indivíduo salienta-se a importância de dois tipos de indicadores de resultados: a mestria e as identidades flexíveis e integradoras (Santos, et al., 2015).

O primeiro indicador reporta-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação. Neste continuum processual, à medida que os indivíduos se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição, os seus níveis de mestria irão indicar-nos os ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência (Santos, et al., 2015).

Por outro lado, o indicador relativo à integração fluída da identidade solicita que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade do indivíduo, da qual resulta a incorporação de novos conhecimentos, com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Santos, et al., 2015).

A percepção dos indicadores de resposta permite aos enfermeiros uma melhor compreensão não só acerca do processo de transição experienciado pelos indivíduos, mas também das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biopsicosociocultural (Zagonel, 1999).

Podemos afirmar que a compreensão da transição permite aos enfermeiros “trabalhar” para um cuidado mais holístico (Santos, et al., 2015).

Existem eventos transicionais do ser humano ao longo do ciclo vital: vários tipos de transições e dimensões, que segundo Afaf Meleis, devem reafirmar o cuidado transicional como essência da resposta à valorização do ser humano, enquanto fenómeno privilegiado da enfermagem, e para a valorização da natureza da relação enfermeiro-indivíduo, numa perspetiva da vida e da saúde das pessoas (Santos, et al., 2015).

As estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspetiva de quem a experimenta, inferindo sobre as necessidades do indivíduo através

dessa mesma abordagem (Zagonel, 1999).

Por isso, compete ao enfermeiro preparar e informar os indivíduos, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, 2010).

Também Benner (2005) aponta a função de educação e orientação como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, referindo que esta intervenção permite que o indivíduo atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença. A intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos (Zagonel, 1999).

Os enfermeiros quando prestam ajuda de forma a auxiliar o desenvolvimento de competências dos indivíduos para enfrentar a transição (maestria) também atingem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a sua energia e os recursos do meio envolvente (Meleis, 2010).

Estas etapas são caracterizadas pela criação de laços de confiança e pelo caminhar com o outro e todo este processo deverá ter como foco a adesão e participação do indivíduo cuidado (Hesbeen, 2004). A enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição.

Dito isto, o EF é o elemento fulcral para apoiar e promover a saúde das famílias nas fases de transições. O diálogo terapêutico é o coração da prática de enfermagem e neste âmbito reporta-se a uma série de intervenções de enfermagem familiar oferecidas em contexto de uma conversa e relacionamento entre enfermeiro e família usando competências especializadas (Wright & Leahey, 2012).

Durante o EC II utilizei também outro modelo, o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) para avaliar uma família de forma mais aprofundada, sendo que esse trabalho se encontra em Apêndice no final do relatório (APÊNDICE II).

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) é um modelo com estrutura organizada para avaliar uma família e baseia-se em várias teorias, nomeadamente: a Teoria dos Sistemas, a Cibernética, a Teoria da Comunicação e a Teoria da Mudança (Wright & Leahey, 2018).

O modelo centra-se em três dimensões: a estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada dimensão contém várias subcategorias que podem ser utilizadas para avaliar a dinâmica familiar. Durante o processo de avaliação, podem não ser utilizados todos os parâmetros. No entanto, a avaliação de poucas subcategorias poderá induzir em erro a situação familiar (Wright & Leahey, 2018).

O MCAF orienta a prática de enfermagem através da avaliação familiar, com base nas suas

experiências de vida, as atividades profissionais, as crenças e relacionamentos dos indivíduos, vivenciadas em determinado momento (Wright & Leahey, 2018).

O MCAF foi publicado pela primeira vez em 1984 e o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar publicado em 1994, o Modelo de Avaliação está associado ao Modelo de Intervenção, adaptado a partir do modelo de avaliação familiar de Tomm & Sanders (Figueiredo, 2020).

A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, assim como as suas necessidades, congruentes com a sua unicidade, e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo, 2020).

Ao longo do meu percurso em EC foi possível desempenhar uma prática em enfermagem utilizando uma base científica e instrumentos pertinentes para a recolha de dados e avaliação familiar como o genograma, ecomapa e as escalas de avaliação familiar.

A junção dos modelos com os instrumentos mencionados permite ao enfermeiro ter uma intervenção sistémica junto da família, tendo como base as suas necessidades em saúde, sendo o pensamento sistémico essencial como um referencial que permite compreender a complexidade, subjetividade e instabilidade dos sistemas familiares. Este conceito é oriundo da Teoria Geral dos Sistemas que, segundo Figueiredo (2020) em conjunto com outras teorias, fez emergir a noção de pensamento sistémico. A família é uma rede complexa de emoções e relações que não são passíveis de ser pensadas como instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados. Gameiro (cit. in Relvas, 1996) afirma que "... a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura". De acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema (Andrade & Martins, 2011). As mudanças que ocorrem na família são evolutivas e estão relacionadas com a interação com o ambiente e outros sistemas, pelo que o processo de Enfermagem vai de encontro a todas estas características das famílias (Figueiredo, 2020).

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

Neste capítulo é efetuada uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEESCESF desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional descrevendo e analisando o percurso efetuado.

Segundo Benner (2005), a competência pode ser definida como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade. Para a OE (2017), a competência é definida como um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação.

Segundo a OE (2018) o EE especializa-se numa determinada área clínica, adquirindo as competências e o know-how adicional para providenciar cuidados mais específicos. Neste contexto, as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas devem possuir um conjunto de competências que são comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde, que se enquadram em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

#### **3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Neste subcapítulo descrevem-se as atividades que suportam o desenvolvimento das competências comuns realizadas pelos EE. Em conformidade com o regulamento n.º 140/2019 emanado pela OE, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde.

Assim, as competências comuns do EE elencam quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Estas deverão ser evidenciadas e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. De seguida, demonstro na Tabela 2 as unidades de competência comuns do EE bem como as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para as atingir.

Tabela 2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

	<b>Unidades de Competência</b>	<b>Critérios de Avaliação / Atividades Realizadas</b>
<b>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b>	A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	
	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	<p>Construí estratégias de resolução de problemas em parceria com os utentes, de forma personalizada, selecionando aquela mais apropriada para cada situação;</p> <p>Suporto a tomada de decisão no conhecimento mais recente e no que foi aprendido e compreendido durante o percurso teórico do mestrado;</p> <p>Participei na tomada de decisão em equipa, conjuntamente com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Promovi o exercício profissional de acordo com o nosso código deontológico.</p>
	Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	Reconheço as competências do enfermeiro na área de especialidade.
	Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	Avaliei os resultados das tomadas de decisão conjuntamente com o utente e enfermeira orientadora.
	A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
	Promove a proteção dos direitos humanos	<p>Assegurei o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação;</p> <p>Foi assegurada a confidencialidade, a segurança da informação escrita e oral, não deixando informação clínica visível e bloqueando a sessão do computador sempre que me ausentava do gabinete;</p> <p>O utente foi respeitado no seu direito à privacidade, tendo as consultas sido realizadas em gabinete próprio e de porta fechada;</p> <p>Quando necessário o utente foi sempre questionado se queria entrar sozinho ou acompanhado no gabinete;</p> <p>Assegurei o respeito do utente à escolha e à autodeterminação nos cuidados de saúde, integrando-o na elaboração do seu plano de cuidados e de acordo com as necessidades sentidas por este;</p> <p>Respeitei os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo e família.</p>
Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	<p>Procurei obter o consentimento informado dos utentes e das famílias antes da implementação dos cuidados;</p> <p>Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do utente;</p> <p>A família sobre o qual recaiu a escolha para o estudo foi informada sobre o mesmo e foi requerido o consentimento verbal.</p>	
<b>Do míni</b>	B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;	

	<p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	
	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	<p>Foi promovida a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados;</p> <p>Utilizei indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas;</p>
	Orienta projetos institucionais na área da qualidade	<p>Realizei auditorias clínicas e avaliei os resultados obtidos;</p> <p>Promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e famílias;</p>
	Avalia a qualidade das práticas clínicas	<p>Avaliação da qualidade com base na evidência científica, no pensamento crítico, nos instrumentos adequados e nas normas necessárias;</p>
	Planeia programas de melhoria contínua	<p>Identifiquei oportunidades de melhoria;</p> <p>Estabeleci prioridade na prevenção de quedas e na estratificação do risco de queda e dependência do idoso, tendo feito formação em serviço e apresentando um guia de exercícios para que pudesse ser aplicado na USF através da mobilização da Comissão de Utentes.</p>
	Lidera programas de melhoria contínua	<p>Envolvei a família no sentido de assegurar a satisfação das suas necessidades;</p> <p>Assegurei a segurança da prática clínica, respeitando as normas e procedimentos instituídos;</p> <p>Organizei o meu trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro;</p> <p>Cumpri as medidas de prevenção e controlo da infeção.</p>
	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos	
	Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	
<b>Domínio da gestão dos cuidados</b>	<p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	
	Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>Reconheci a necessidade de referenciar para outros elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>Colaborei na referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados</p>
	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<p>Continuados Integrados;</p> <p>Analisei com a equipa da USF os recursos disponíveis para realização das consultas às famílias;</p>
	Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados;</p> <p>Utilizei o MCAIF na avaliação e intervenção nas famílias;</p> <p>Colaborei nas decisões da equipa de saúde no âmbito da enfermagem de saúde familiar;</p>
	Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<p>Articulei com todos os profissionais da unidade de modo a potenciar os recursos existentes;</p> <p>Compreendo os papéis e funções de todos os membros da equipa;</p> <p>Vivenciei um ambiente positivo e favorável à prática e educação e promovi estratégias de motivação.</p>
<b>D</b>	D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	
Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	Procurei com a enfermeira orientadora necessidades formativas na equipa de forma a colaborar na formação interna em saúde familiar; Realizei formação à equipa de enfermagem na área de saúde familiar no âmbito de prevenção de quedas;
Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	Realizei um estudo de investigação que se encontra no capítulo 4; Aproveitei as oportunidades de aprendizagem tanto na componente teórica como na competente prática deste mestrado;
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	Implementei, durante os estágios, o conhecimento científico, modelos de enfermagem e os instrumentos de avaliação intervenção adequados ao utente e família presentes;
Suporta a prática clínica em evidência científica	Frequentadas reuniões de acompanhamento com a professora orientadora, de forma periódica;
Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	Discutido estudo das famílias com a enfermeira orientadora; Realizada auto-avaliação da prática clínica tanto oralmente durante a frequência do EC como também através do uso da grelha de avaliação, no sentido de melhorar o desempenho durante todos os estágios; Feita autoanálise dos recursos e limites pessoais/profissionais que poderiam interferir no processo de aprendizagem; Frequentei reuniões com a equipa multidisciplinar sempre que pertinente de modo a promover o desenvolvimento profissional.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR

O EE é definido pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas devem possuir um conjunto de competências que são comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde, que se enquadram em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Muitas vezes, os enfermeiros têm uma posição privilegiada, porque têm acesso ao sentimento de sofrimento das pessoas. No entanto, é necessário o enfermeiro ter a capacidade de se ligar aos utentes e gerar uma relação de confiança. Esta relação, permite a partilha de pensamentos e sentimentos de maior vulnerabilidade, assim como desejos e objetivos para o futuro (Gottlieb, 2016).

O EEECESF segundo a OE (2017) deverá ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e que este tem de detetar e correlacionar as respostas humanas aos processos de vida e correlacionar as respostas da população aos seus processos de vida bem como os problemas de saúde/doença, demonstrando níveis de julgamento clínico e tomada de decisão através de competências clínicas especializadas na sua intervenção.

O EEECESF aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando não só a família como unidade de cuidados, mas também a interação dinâmica entre os seus membros, tendo em atenção a dimensão espiritual, social e cultural da mesma. Para isso, este profissional tem de possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados atribuídos aos processos de saúde/doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (OE, 2017).

Relativamente às Competências Específicas do EEECESF, são as seguintes: “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” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho). Abordo cada uma de forma mais aprofundada na Tabela 3.

Tabela 3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação / Atividades Realizadas
1 - Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	<p>Abordei as famílias com disponibilidade e criatividade;</p> <p>Estabeleci diálogo com os utentes de forma a definir futuros objetivos de saúde, estimulando as famílias para a consecução dos mesmos, e realizando planos de cuidados personalizados com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde;</p> <p>Reforcei os pontos fortes da família no âmbito da saúde, utilizando o modelo de Forças de Gottlieb (2016), de modo a identificar as forças e recursos da família.</p>
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	<p>Solicitei o histórico familiar, identificando a estrutura familiar, problemas atuais e fatores de risco que possam afetar o estado de saúde;</p> <p>Identifiquei crenças e cultura familiar de forma a compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações e decisões;</p> <p>Integrei informação adicional através da observação das interações e da comunicação verbal e não verbal entre os elementos da família;</p> <p>Utilizei instrumentos de avaliação familiar pertinentes a cada situação;</p> <p>Avaliei a funcionalidade da família.</p>

<p>Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas</p>	<p>Realizei uma análise do histórico familiar, dos vínculos, dos estádios e das tarefas, assim como dos padrões de resposta em situações complexas;</p> <p>Refleti sobre a influência das diversas etapas de desenvolvimento, tanto familiar quanto individual, e como as crenças culturais e espirituais moldam as respostas às diferentes situações que surgem;</p> <p>Reflico sobre as premissas que sustentam a relação de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem.</p>
<p>Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica</p>	<p>A minha intervenção foi ao encontro da capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde;</p> <p>Estabeleci um ambiente tranquilo e seguro para abordar temas sensíveis, oferecendo a consulta de enfermagem em espaço próprio, demonstrando a minha disponibilidade para ouvir o que as famílias considerassem relevante compartilhar;</p> <p>Adotei uma abordagem sistemática e crítica, fundamentada nos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, o que me permitiu aprimorar a minha prática enquanto futura enfermeira de família;</p> <p>Observei de que forma a dinâmica familiar pode impactar a saúde e os cuidados prestados à família;</p> <p>Trabalhei em conjunto com a família na elaboração de um plano de cuidados, visando alcançar os resultados desejados.</p>
<p>Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas</p>	<p>Conduzi entrevistas familiares durante os estágios, aplicando estratégias e técnicas motivacionais;</p> <p>Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos;</p> <p>Integrei uma visão holística da família nas intervenções de enfermagem;</p> <p>Demonstrei disponibilidade para dar resposta às questões das famílias abordadas;</p> <p>Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.</p>
<p>Facilita a resposta da família em situação de transição complexa</p>	<p>Estimulei a família a partilhar a sua história, de modo a compreender como enfrentaram processos de transição anteriores e como essas experiências moldaram a sua forma de lidar com situações semelhantes;</p> <p>Identifiquei e analisei a dinâmica familiar, refletindo sobre os elementos que a sustentam, mantêm ou geram dificuldades, com o objetivo de promover relações de apoio adequadas;</p> <p>Procurei compreender a ligação entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, como ponto de partida para promover a mudança. Em diálogo com a família, trabalhamos estratégias que contribuíssem para fortalecer a sua dinâmica e realizar os seus objetivos;</p> <p>Documentei o processo de cuidados através da realização de registos eletrónicos no programa <i>SClínico</i> na parte dedicada à avaliação familiar.</p>

<p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<p>Procurei orientação da enfermeira orientadora de modo a melhorar a minha prática;</p> <p>Avaliei continuamente e refleti sobre o meu percurso, discutindo casos com a enfermeira orientadora no sentido de melhorar o meu desempenho;</p> <p>Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões de qualidade preconizados;</p> <p>Procurei fomentar o meu desenvolvimento pessoal e profissional com o estudo autónomo em casa.</p>
<p>Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família e as intervenções de enfermagem.</p>	<p>Criei momentos para avaliar a satisfação da relação entre mim e a família e dos cuidados prestados;</p> <p>Avaliei a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e na obtenção de ganhos em saúde, documentando no programa informático as alterações nos focos após intervenção;</p> <p>Integrei a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem.</p>
<p>2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Familiar</p>	
<p>Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.</p>	<p>Fiz parte da equipa e incentivei a colaboração interdisciplinar, promovendo uma abordagem integrada no cuidado à família;</p> <p>Tive oportunidade de colaborar na referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;</p> <p>Referenciadas as famílias com necessidades de intervenção de outros profissionais de saúde (médica de família, consulta de preparação para o parto, consulta de amamentação).</p>
<p>Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção</p>	<p>Realizei formação à equipa de enfermagem sobre prevenção de quedas no idoso;</p> <p>Realizadas auditorias e apresentados os resultados e estratégias de melhoria em reunião de equipa;</p> <p>Melhoria do Processo Assistencial Integrado no âmbito da consulta da Diabetes Mellitus;</p> <p>Sustentada uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção.</p>

#### 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação científica é a atividade que nos permite obter novos conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis e esta caracteriza-se pela procura das possíveis causas de um acontecimento para compreender a realidade (Vilelas, 2022).

O conceito de prática baseada na evidência desenvolveu-se consideravelmente nas últimas décadas e significa o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde prestados (Rodrigues e Cardoso, 2022). Os enfermeiros detêm como objetivo primordial que as pessoas recebam os melhores cuidados e por isso devem participar em atividades que orientem para a mudança para a prática baseada na evidência, como participar em formações/cursos, ler artigos científicos, ou seja, adotarmos uma postura de mudança de práticas, mostrando interesse em evoluir e melhorar a qualidade dos cuidados (LARRABEE, 2011).

O comportamento humano é extremamente complexo, o que implica que a investigação nas ciências sociais possa ser mais flexível, mas nunca descurando o método científico, uma vez que grande parte dos comportamentos e atitudes podem ser mensuráveis através de cálculos de probabilidades (Vilelas, 2022).

A prática do EE em enfermagem de saúde familiar, engloba várias atividades e competências, detendo um papel fundamental na avaliação e saúde das famílias. Frade, et al. (2021) destacam a relevância da investigação na área da saúde familiar, com a intenção de melhorar os cuidados de saúde prestados. Logo o enfermeiro é um profissional de saúde fundamental no cuidado à família ao longo do ciclo vital. Perante este facto, as atitudes que os enfermeiros apresentam perante a família, vai demarcar a efetividade dos cuidados prestados, uma vez que a família é considerada uma unidade e parceira no processo de cuidar, o que permite uma relação de respeito, dignidade, comunicação e colaboração entre as partes (Nóbrega et al., 2020).

Colocar a família no centro dos cuidados de enfermagem e considerá-la parceira nos mesmos, pressupõe uma alteração na nossa prática e como tal surge então, a necessidade de perceber a perspetiva que os enfermeiros possuem sobre a importância das famílias na prestação dos cuidados de enfermagem.

#### 4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

O cuidado da família como um todo, oferece melhor resultado do que cuidar do indivíduo separadamente, visto que as perturbações da saúde influenciam o discernimento e o comportamento dos seus membros (Sampaio et al., 2021). Assim, a interdependência entre a saúde da família, enquanto unidade funcional, e a saúde dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior a ênfase no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011).

Oliveira et al. (2011) também refere que a família é considerada um suporte para os cuidados de enfermagem, a qual possui forças e recursos que lhe permitem participar e colaborar na tomada de decisão, promovendo uma abordagem colaborativa. Assim, a família é vista como uma parceira nos cuidados e considerada alvo dos cuidados de enfermagem. A mudança de foco dos cuidados, de comportamentos e de atitudes representam uma nova forma de pensar, de ser e de fazer nas relações referentes aos cuidados, pelo que é necessário o enfermeiro redefinir o seu papel, principalmente nos cuidados colaborativos, nos quais a família e a pessoa são consideradas parceiros no cuidar (Chaves et al., 2017).

Também Sampaio et al., (2021), referem que a família deve ser parceira e foco dos cuidados de enfermagem e, que para tal aconteça os enfermeiros devem ter uma conduta inclusiva e atitudes de interação com a família.

A interação entre o enfermeiro e as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, evidenciando-se a enfermagem de família no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde (Wright & Leahey, 2009).

A importância do envolvimento das famílias nos cuidados de saúde tem levado à implementação de políticas de saúde que assumem o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, com o objetivo de promover e manter a saúde familiar (Frade et al, 2021). Com a reforma legislativa atual dos CSP estamos perante um modelo direcionado para os cuidados de proximidade efetivados pelas USF, emergindo como contexto para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Figueiredo, 2012). Estas

assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares que desenvolvem a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde e privilegiando-se a estrutura familiar (Decreto-Lei no 298/2007 de 22 de agosto).

As atitudes dos enfermeiros afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em enfermagem e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajudam-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar (Frade et al., 2021).

As atitudes são definidas como “disposições favoráveis ou desfavoráveis relativas a objetos, pessoas e acontecimentos ou em relação a alguns dos seus atributos, sendo compostas por três componentes: componente cognitivo (pensamentos e crenças), componente afetivo (sentimentos e emoções) e componente comportamental (as tendências para reagir)” (Oliveira et al., 2011).

Pesquisas desenvolvidas sobre as atitudes dos enfermeiros face à família, em diferentes países e contextos de cuidados, demonstram que, quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes no processo de cuidados, a probabilidade de iniciarem interações positivas com estas aumenta, e que estas interações são influenciadas pelas suas atitudes quanto à importância de incluí-las nos cuidados (Nóbrega et al., 2020).

Benzein et al. (2008) definiu determinadas atitudes, agrupadas em dimensões, consoante o valor atribuído pelos enfermeiros à sua presença no cuidado de enfermagem, sendo elas positivas ou negativas. Segundo este autor, estas atitudes positivas podem ser “famílias como recurso nos cuidados de enfermagem”, o qual reconhece a família como uma fonte de auxílio na prestação de cuidados a pessoa, e “família: parceiro dialogante e recurso de coping”, focada na importância de reconhecer os membros da família da pessoa manter um diálogo com estes. Surgem também atitudes negativas, identificando-se uma categoria classificada como “família como um fardo”, relacionada com fatores que dificultam um bom relacionamento enfermeiro / família, tornando a presença da família motivo de stresse para o trabalho.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, Benzein et al. (2008a) desenvolveram a escala “Families’ Importance in Nursing Care-Nurses’ Attitudes (FINC-NA)”, um instrumento que procura medir as atitudes dos enfermeiros quanto à importância de cuidar as famílias. Este foi posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa, intitulado “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)” por Oliveira et al. (2009), reconhecendo-se como um instrumento fidedigno e capaz de avaliar a

importância atribuída pelos enfermeiros ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Compreender a perspetiva e as atitudes dos enfermeiros em relação a integração das famílias no processo de cuidar permitir-nos-á conhecer qual o caminho a percorrer na ciência de enfermagem para que a integração das famílias nos cuidados de enfermagem seja uma realidade efetiva em todas as áreas de intervenção do enfermeiro, independentemente da sua área de especialidade (Frade *et al.*, 2021).

É, então, fundamental caracterizar as atitudes de apoio dos enfermeiros para qualificar a intervenção colaborativa com as famílias e permitir melhorias nos cuidados a estas, visando o alcance da integralidade do cuidado (Oliveira *et al.*, 2011).

Vários estudos têm procurado compreender de que forma determinadas variáveis influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação à família, destacando-se fatores como a formação, o contexto de prestação de cuidados e a experiência profissional, entre outros (Fernandes *et al.*, 2015). Pela relevância que o tema assume na prática clínica, torna-se essencial promover uma análise reflexiva e contínua sobre as atitudes e práticas dos enfermeiros no relacionamento com as famílias. Como refere Figueiredo (2012), esta reflexão deve integrar-se num processo dinâmico de construção de significados, contribuindo para a produção de conhecimento em enfermagem. Avaliar as atitudes expressas pelos enfermeiros nas interações com as famílias e o grau de envolvimento destas nos cuidados constitui, assim, um importante indicador da qualidade da relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e família (Benzein *et al.*, 2008b; Oliveira *et al.*, 2011).

A avaliação das atitudes pode ser realizada através de diferentes métodos, entre os quais se incluem a observação direta do comportamento e a análise de respostas fisiológicas. No entanto, o método mais amplamente utilizado continua a ser a aplicação de escalas de atitudes (Alves, 2011). Estas escalas baseiam-se na premissa de que é possível aceder às atitudes de um indivíduo através da análise das suas crenças, opiniões e avaliações relativamente a determinado objeto (Eugénio, 2009). Frequentemente, recorrem-se a escalas do tipo Likert, nas quais os participantes expressam o seu grau de concordância ou discordância face a um conjunto de afirmações relacionadas com o objeto atitudinal em análise (Alves, 2011).

## 4.2 METODOLOGIA

### 4.2.1 Questões de investigação

Fortin (2009) refere que uma questão de investigação é “(...) uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.” As questões de investigação determinam as variáveis que serão descritas e as relações entre elas. Define ainda questões de investigação, população-alvo e sugere investigação empírica.

As questões de investigação deste projeto são:

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

Destas questões de investigação decorrem hipóteses, que são axiomas formais de relações previstas entre duas ou mais variáveis. Podem ser entendidas também como uma antevisão baseada numa teoria (Fortin, 2009). As hipóteses são respostas temporárias e provisórias que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir dum problema de investigação. Na formulação de hipóteses estão a identificar-se as suas relações, ou seja, estas definem o papel das variáveis de investigação (Vilelas, 2022).

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

**H1:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o género;

**H2:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a idade;

**H3:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o estado civil;

**H4:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o grau académico;

**H5:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a formação académica adicional;

**H6:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceira com a família no ato de cuidar e a área de especialização;

**H7:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a categoria profissional;

**H8:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o tempo de exercício profissional;

**H9:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a unidade de saúde onde exerce funções (USF, UCSP ou UCC);

**H10:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a existência de formação em enfermagem de família;

**H11:** Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o contexto de formação em enfermagem de família.

#### **4.2.2 Objetivos**

Na área da investigação em ciências de enfermagem, os objetivos principais correspondem sensivelmente aos conceitos da área da enfermagem: pessoa, meio ambiente, saúde e cuidados de enfermagem (Fortin, 2009). O objetivo da investigação, segundo Fortin (2009), é “(...) um enunciado declarativo que precisa de variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

As relações do enfermeiro com as famílias têm sido investigadas em vários contextos. Existe uma representação ambígua das atitudes face à importância dos cuidados centrados na família (Oliveira et al, 2011). A presente investigação pretende expor a perceção que os próprios enfermeiros possuem acerca da importância da família no processo do cuidar e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo.

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

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros tradutoras da intervenção em parceria com a família no cuidar;

- Conhecer a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e as atitudes que estes demonstram na parceria com a família no cuidar.

E como objetivos específicos:

- Comparar as atitudes dos enfermeiros com as habilitações académicas que possuem, a formação especializada em enfermagem e a formação em enfermagem de família;
- Comparar as atitudes dos enfermeiros conforme as unidades de saúde onde trabalham;
- Relacionar as atitudes dos enfermeiros com a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional na área de CSP.

#### 4.2.3 População e amostra

A população é um conjunto de indivíduos, que têm uma ou mais características comuns ou partilham um espaço comum, nos quais se pretende analisar alguns atributos. Quando a população é composta por um grande número de pessoas, por impossibilidade de os estudar a todos, por questões de tempo e custos, é necessário retirar uma amostra dessa população, ou seja, um conjunto de elementos que representa a atuação da população no seu todo (Vilelas, 2022).

A população deste projeto é constituída pelos enfermeiros que trabalham em CSP, na região norte do país. A amostra deste estudo é constituída por 29 enfermeiros que de forma voluntária responderam ao questionário e correspondiam aos critérios de inclusão.

Construíram-se os seguintes critérios de inclusão da amostra: todos os enfermeiros da população alvo que queiram participar no estudo e que tenham **funções diretas com os utentes e famílias**.

Para efeitos do presente estudo, foram excluídos os enfermeiros integrados nas Unidades de Saúde Pública (USP). Esta decisão fundamenta-se no disposto no Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que define a missão e competências das USP, estabelecendo que estas unidades têm como função central a vigilância epidemiológica, a identificação e avaliação de riscos para a saúde pública, a investigação de surtos e a promoção de programas de intervenção coletiva. A atuação dos profissionais nestas unidades está, assim, centrada na saúde coletiva, sem contacto direto com os utentes e suas famílias no contexto da prestação contínua de cuidados individuais.

Dado que o objetivo do presente estudo é analisar as atitudes dos enfermeiros face à família no contexto dos cuidados diretos e individualizados, considerou-se que os profissionais afetos às USP não se enquadrariam no perfil da amostra pretendida. A sua exclusão permite garantir uma maior homogeneidade e pertinência da amostra, assegurando que os resultados obtidos correspondem a realidades assistenciais comparáveis e coerentes com os objetivos da investigação.

O instrumento foi disponibilizado aos enfermeiros através da plataforma Google Forms e foi divulgado em grupos de enfermeiros nas redes sociais.

Assim, a técnica de amostragem aplicada neste estudo foi o método não-probabilístico ou não aleatório, em que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (Marôco, 2014) e em que os mesmos são de fácil acesso e respondem aos critérios de inclusão (Fortin et al., 2009) e de conveniência, o que sucede quando os elementos são selecionados por conveniência do investigador (Marôco, 2014).

#### **4.2.4 Tipo de estudo**

“O estudo é uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do seu problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente” (Vilelas, 2022).

Com este estudo pretende-se explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos, constituindo assim um estudo quantitativo. “Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas” (Vilelas, 2022). Os principais passos dos estudos quantitativos, segundo Vilelas (2022) são: colheita de dados para corroborar teorias, hipóteses e modelos planeados; caracterização de medidas numéricas e análises estatísticas para testar hipóteses; utilização de método sistemático e informações objetivas e associação de estudos confirmatórios.

Este estudo considera-se do tipo descritivo, uma vez que fornece informação sobre características de uma população. “Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa” (Vilelas, 2022).

Segundo Fortin (2009), um estudo descritivo-correlacional consiste em explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Neste estudo o investigador está muitas vezes em presença de várias variáveis de que ignora quais podem estar associadas entre si. O estabelecimento de relações entre as variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado.

Este tipo de estudo permite determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado. As relações que forem descobertas entre as variáveis poderão servir para a formulação de hipóteses, as quais serão verificadas em estudos posteriores (Fortin, 2009).

Em termos temporais, classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados sucede num único momento para cada participante (Fortin, 2009). Resumindo a informação acima descrita, será utilizado um **método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo-correlacional e transversal.**

#### 4.2.5 Identificação das variáveis

Vilelas (2022) determina que variável é uma característica ou qualidade que pode assumir diferentes valores. A variável é um parâmetro à qual valores numéricos são atribuídos (Fortin, 2009). As variáveis devem concordar com a descrição do problema, dos objetivos, das hipóteses e de acordo com o enquadramento teórico. São aptidões, atributos de objetos ou de indivíduos que são objeto de estudo numa investigação, cujo objetivo é compreender a forma como uma variável pode ter influência na outra e o porquê da variação dos valores de uma variável. A fase de operacionalização das variáveis determina em como elas se irão mensurar ou quantificar (Fortin, 2009).

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

As variáveis possuem determinadas características tais como: utilidade (adequada ao ambiente da população em estudo); homogeneidade (pertencer ao mesmo setor); inclusividade (todas as variações devem ter possibilidade de estudadas); mútua exclusividade (cada tipo deve apenas ter uma classe); pertinência (só devem ser integradas no estudo se servirem para medir o facto em estudo); dimensões (podem ser um grupo com várias dimensões e a cada dimensão podem corresponder vários indicadores). Neste protocolo de

investigação foram identificadas variáveis dependentes e independentes que se identificam nos pontos seguintes.

#### 4.2.5.1 Variável Independente

A variável designa-se independente quando não depende de nenhuma outra (Vilelas, 2022).

Segundo Fortin (2009), a variável independente exerce efeito sobre a(s) variável(eis) dependente(s). As variáveis independentes são as que caracterizam o perfil sociodemográfico do enfermeiro, tais como a idade e género e as que caracterizam o perfil profissional do enfermeiro tais como grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados e frequência de formações no âmbito da enfermagem de família. A forma como se operacionalizam as variáveis independentes está organizada na Tabela 4.

Tabela 4 - Definição operacional das variáveis independentes em estudo – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros

Perfil	Variável	Escala de Medida	Continuidade da Variável	Opções de resposta
<b>Sociodemográfico</b>	Género	Variável qualitativa nominal	Discreta e dicotómica	Resposta dicotómica: Masculino; feminino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em anos)
	Estado Civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Solteiro/a; União de fato/casado/a; Separado/a ou divorciado/a; Viúvo/a.
<b>Profissional</b>	Grau Académico	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento;
	Formação Académica adicional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Pós-Graduação; Especialização; Outra; Não possuo.

Área de Especialização	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Comunitária; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Categoria Profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Enfermeiro; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Gestor
Tempo de Exercício Profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em anos)
Tempo de exercício no serviço atual	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável (em anos)
Local de prestação de cuidados	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Unidade de Saúde Familiar Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Unidade de Cuidados na Comunidade
Formação no âmbito da enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta e dicotómica	Resposta dicotómica: Sim; Não.
Contexto da formação no âmbito da enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Contexto académico; Formação contínua; Na instituição; Outra. No caso da resposta “outra” há lugar a uma questão aberta variável.

#### 4.2.5.2 Variável Dependente

A variável dependente, também chamada de variável explicada, pode ser entendida como a que sofre o efeito da variável independente, isto é, o comportamento ou o resultado obtido devido à presença da variável independente (Fortin, 2009). No presente estudo, a variável dependente corresponde às atitudes dos enfermeiros face à importância da família. Estas atitudes são avaliadas através do instrumento de colheita de dados eleito neste estudo, que inclui a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)” validada para a população portuguesa por Oliveira et al (2011). Na tabela 5 podemos observar a operacionalização da mesma.

Tabela 5 - Definição operacional da variável dependente em estudo – Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)”

Variável	Escala de Medida	Continuidade da Variável	Opções de Resposta
<b>Atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar</b>	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: (1) Discordo completamente; (2) Discordo; (3) Concordo;(4) Concordo completamente
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, pode variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104 pontos

#### 4.2.6 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados encerra em si todo o trabalho prévio de investigação, sintetizando as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se visa estudar (Vilelas, 2022). O mesmo autor conceptualiza-o como um recurso ao qual o investigador pode recorrer de modo a melhor conhecer os fenómenos e extrair deles informação.

A seleção do instrumento de colheita de dados depende das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende realizar (Fortin, 2009). Nos estudos quantitativos, o questionário é

uma das técnicas mais comuns de colheita de dados, nomeadamente constituído por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas, simplificando a recolha e processamento de dados (Vilelas, 2022).

Os questionários constituem um método de recolha de dados primários e são “(...) instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Vilelas, 2022). A sua finalidade é obter, de modo sistemático e organizado, informação sobre a população em estudo e das variáveis que são objeto de estudo (Vilelas, 2022).

Para a concretização dos objetivos deste estudo, utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário e a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. O instrumento de recolha de dados (APÊNDICE III) está estruturado em duas partes distintas. Na primeira parte, são efetuadas questões para obter uma caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que responderam ao questionário, nomeadamente: idade, género, estado civil, grau académico, formação académica adicional, área de especialização em enfermagem, categoria profissional, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, formação e contexto de formação no âmbito de enfermagem de família. Na segunda parte, é solicitado o preenchimento da escala IFCE-AE de Oliveira et al. (2009).

A escala IFCE-AE foi adaptada e validada para a população portuguesa, a partir da escala FINC-NA, por Oliveira et al. (2009). A escala original foi desenvolvida na Suécia em 2008, por um grupo de enfermeiras que a testaram para a realidade nesse país (Oliveira et al., 2011). Possui como pilar central a conceção da família como um recurso importante quer para a pessoa doente, como para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009) e procura mensurar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a).

A versão original da escala é de autopreenchimento, composta por 26 itens, que correspondem a uma escala de concordância do tipo likert com quatro opções de resposta que se situam de discordo completamente (1) a concordo completamente (4), e que medem as dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens); família como um parceiro dialogante (8 itens); família como um fardo (4 itens) e família como próprio recurso (4 itens) (Benzein et al., 2008a). Segundo as mesmas autoras, os diferentes itens podem ser integrados na dimensão cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto) ou comportamental (no meu trabalho). O somatório da pontuação obtida situar-se-á entre 26 e 104 pontos, sendo que, quanto maior o score obtido, mais são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família (Benzein et al., 2008a).

A versão portuguesa da escala sofreu algumas alterações na sua construção, nomeadamente, a sua recomposição em três dimensões, no lugar das quatro dimensões da versão original (Oliveira et al., 2011). Assim, esta versão mede três domínios das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da família para os cuidados de enfermagem, sendo: família – parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens – questões 4, 6, 9, 12, 14 a 19, 24 e 25) a qual compreenderá um score entre 12 e 48; família – recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens – questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22) e que poderá ser pontuada de 10 a 40 pontos; e família – fardo (4 itens – questões 2, 8, 23, 26) que corresponderá a um score entre 4 e 16 pontos (Oliveira et al., 2011). Martins et al (2021) definiram três categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros: negativa (de 26 a 52 pontos); positiva (52 a 78 pontos); e muito positiva (de 78 a 104 pontos).

#### **4.2.6.1 Consistência Interna da Escala IFCE-AE**

A avaliação da qualidade metodológica de um instrumento é um fator importante no método científico e determinante para garantir que um estudo seja robusto quanto à sua fundamentação científica (Vilelas, 2022).

A escala IFCE-AE foi validada e adaptada para a cultura portuguesa por Oliveira et al. (2009), tendo por isso ultrapassado os testes à sua validade e confiabilidade, e ser considerada como suscetível de conter dados objetivos e de realmente medir o que afirma medir (Vilelas, 2022). Seguindo o método utilizado por Oliveira et al. (2009), neste estudo consta a avaliação da validade de constructo da escala, realizada através da análise da consistência interna pela avaliação do alfa de Cronbach, método identificado por Vilelas (2022). A consistência interna traduz a fiabilidade de um instrumento e reporta-se ao grau em que os itens ou pontos de uma determinada escala se correlacionam entre si e a magnitude pela qual medem esse constructo (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Segundo Pestana e Gageiro (2014) a consistência interna dos fatores, define-se como “(...) a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões”.

O valor do alfa de Cronbach deve ser um valor positivo e compreendido entre 0 e 1, sendo que correspondem a um melhor grau de consistência interna os valores mais próximos da unidade, podendo estes integrar a classificação de muito boa se compreendidos entre 0,9 e 1; boa, se compreendidos entre 0,8 e 0,9; razoável se compreendidos entre 0,7 e 0,8; fraca, se compreendidos entre 0,6 e 0,7 ou de inadmissível, se inferiores a 0,6 (Vilelas, 2022).

Nos estudos realizados por Oliveira et. al (2009), as autoras recorreram ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach da escala IFCE-AE, quer da totalidade da escala quer de cada uma das suas dimensões (Oliveira et al., 2009): escala total de 0,87; dimensão “família: parceiro dialogante e recurso de coping” de 0,90; dimensão “família: recurso nos cuidados de enfermagem” de 0,84; e na dimensão “família: fardo” foi de 0,49. No referido estudo, as autoras obtiveram assim valores próximos ao da escala original, que revelaram uma elevada consistência interna e precisão na população portuguesa, notando que o valor mais baixo, na dimensão “família: fardo”, tal como aconteceu na versão original, pode ser justificado pelo facto de a dimensão integrar um número reduzido de itens (Oliveira et al., 2009).

No presente estudo, recorri também à avaliação do alfa de Cronbach no sentido de verificar o nível de consistência interna do instrumento a ser utilizado. Na tabela 6 são apresentados os resultados obtidos no presente estudo, comparativamente aos obtidos por Oliveira et al. (2009).

Tabela 6 - Avaliação da Consistência Interna da Escala

Dimensões da Escala IFCE-AE	$\alpha$ Cronbach	
	Estudo de Oliveira et al (2009)	Presente estudo
<b>Escala total</b>	0,87	0,87

#### 4.2.7 Procedimentos éticos e formais

A investigação científica é, para Martins (2008) “(...) uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes (...) podendo ser de grande importância alguns aspetos que, à primeira vista, são de pormenor”.

A investigação em enfermagem requer assim a salvaguarda dos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça que deverão orientar todos os momentos da investigação (Grande, 2000).

Segundo Vilelas (2022) ao realizar um estudo devemos ter em conta os direitos das pessoas: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo. O presente estudo encontra-se integrado no Projeto “CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem” tendo por isso partido de pareceres já adquiridos e tendo também o parecer favorável da comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:

Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, emitido no ano de 2021 e identificado no Parecer N<sup>o</sup>P808-10-2021 (Anexo I). Sendo que o instrumento de colheita de dados utilizado foi difundido nas redes sociais, os participantes ao responderem aceitaram fazer parte do estudo e foram informados que poderiam desistir a qualquer momento sem que daí houvesse algum prejuízo para os mesmos.

O instrumento de colheita de dados procurou dar resposta às questões de natureza ética, incluindo, nesse sentido, a garantia à população questionada da confidencialidade, anonimato e voluntariedade de resposta ao mesmo. O período de disponibilização do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros da população em estudo decorreu de 5 de novembro a 21 de novembro de 2024.

#### **4.2.8 Procedimentos de tratamento de dados**

Segundo Vilelas (2022), no decorrer de uma investigação, com interseção dos seus planos teórico e empírico, obtém-se a ferramenta real que faculta a informação necessária ao investigador, que fica na posse dos dados recolhidos e que precisam posteriormente de ser organizados, ordenados e processados de forma a gerar conclusões e esclarecer o problema formulado.

Para o processo de tratamento de dados foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences na versão 29.0.1.0 (171). Este é um programa estatístico informático usado para realizar vários tipos de análises estatísticas, desde as mais simples às mais complexas. (Cárus e Fernandes, 2021). Esta ferramenta permitiu o tratamento de dados quer ao nível da estatística descritiva como inferencial.

A estatística descritiva refere-se ao conjunto de regras e técnicas que resumem a informação numérica recolhida numa determinada amostra, sem perda e/ou distorção de informação relativa à mesma (Vilelas, 2022). Engloba um conjunto de medidas e de representações gráficas que permitem uma sistematização, de forma sumária, de um conjunto de dados (Martins, 2011).

Foram utilizadas neste estudo técnicas de estatística descritiva, como por exemplo: frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%); medidas de tendência central – média ( $\bar{x}$ ), mediana ( $M_d$ ) e moda ( $M_o$ ); medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão ( $\sigma$ ), valor mínimo ( $X_{min}$ ) e valor máximo ( $X_{max}$ ).

Após a caracterização da amostra recorrendo à estatística descritiva, surge a estatística inferencial ou inferência estatística que “(...) consiste em inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras e/ou validar hipóteses” (Marôco, 2014).

De forma a dar seguimento à investigação, foi necessário selecionar os testes estatísticos indicados, paramétricos ou não paramétricos, de forma a verificar se os resultados obtidos advinham de flutuações aleatórias desconhecidas (Vilelas, 2022) e posteriormente aplicá-los e divulgar os seus resultados.

Para avaliar se as variáveis independentes influenciam a variável dependente “Atitude dos enfermeiros na parceria com a família no ato de cuidar” utilizaram-se os seguintes testes de estatística inferencial: Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), com objetivo de determinar as correlações entre as dimensões da variável dependente; Testes de Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov e Levene (como testes de normalidade de distribuição da amostra e de homogeneidade das variâncias populacionais); Teste t-Student e ANOVA, para testar as diferenças entre as médias das variáveis em estudo.

Quanto às técnicas de estatística inferencial para a avaliação da normalidade da amostra em estudo, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo o mais utilizado para testar a normalidade, sobretudo em amostras de maiores dimensões, e também o teste de Shapiro-Wilk com o mesmo intuito (Pereira & Patrício, 2016), tendo-se obtido os resultados demonstrados na tabela 7.

Tabela 7 - Testes de Verificação da Normalidade

Score total da Escala IFCE-AE	População	n	Testes de Normalidade			
			Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			Estatística	p	Estatística	P
	Enfermeiros	29	0,155	0,07	0,936	0,08

É possível inferir que a amostra em estudo possui distribuição normal para a nossa amostra em ambos os testes de normalidade utilizados. No teste de Kolmogorov-Smirnov obteve-se em valor de significância superior a 0,05 ( $p=0,07$ ) assim como no teste de Shapiro-Wilk ( $p=0,08$ ).

Após os testes de normalidade prossegui para testar a homogeneidade de modo a perceber se poderíamos utilizar testes paramétricos ou não paramétricos. Foi considerado o teste de Levene por ser um dos mais potentes (Marôco, 2014). Através da aplicação do teste pude inferir que a amostra em estudo possui variâncias homogêneas, apresentando valor de  $p$  superior a 0,05 ( $p=0,56$ ), tal como é possível observar na tabela seguinte.

Tabela 8 - Teste de Verificação da Homogeneidade das Variâncias

Score total da Escala IFCE-AE	n	Testes de Homogeneidade das Variâncias	
		Teste de Levene	
		Estatística de Levene	p
	29	0,347	0,56

### 4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo irei apresentar o processo de tratamento de dados e a análise dos resultados obtidos.

Primeiramente, é apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, com a análise das principais variáveis independentes: idade, género, estado civil, grau académico, formação académica adicional, área de especialização, categoria profissional, tempo de exercício profissional, contexto de prestação de cuidados, formação no âmbito de enfermagem de família e contexto do processo formativo em enfermagem de família.

De seguida é caracterizada a variável dependente “Importância da Família nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. Posteriormente, procede-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

#### 4.3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

O estudo das características sociodemográficas e profissionais da amostra incluíram algumas variáveis independentes. Essa caracterização é de seguida demonstrada na tabela 9.

Tabela 9 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Características sociodemográficas e profissionais	Enfermeiros n=29
<b>Género</b>	
Masculino	2
Feminino	27
<b>Idade</b>	
Média	44,45
Desvio Padrão	8,292
Valor Min-Valor Max	27-61
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	4
União de Facto/Casado	24

Separado/Divorciado	1
<b>Grau Académico</b>	
Licenciatura	22
Mestrado	7
<b>Formação Académica Adicional</b>	
Pós-Graduação	4
Especialização	17
Não possui	8
<b>Área de Especialização</b>	
Enfermagem de Saúde Comunitária	5
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	6
Enfermagem de Reabilitação	6
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1
<b>Categoria Profissional</b>	
Enfermeiro	15
Enfermeiro Especialista	14
<b>Anos de Exercício Profissional</b>	
Média	21,38
Desvio Padrão	8,321
Valor Min-Valor Max	5-39
<b>Contexto de Prestação de Cuidados</b>	
USF	16
UCSP	1
UCC	12
<b>Formação no âmbito da enfermagem de família</b>	
Sim	18
Não	11
<b>Contexto da formação</b>	
Contexto Académico	7
Formação Contínua	6
Na instituição	4
Outros Contextos	1

A partir desta tabela podemos inferir que responderam ao instrumento 27 enfermeiros do sexo feminino e 2 do sexo masculino. É possível observar que, no que respeita à distribuição da idade (anos) dos enfermeiros, estes têm entre 27 anos (Xmin) e 61 anos (Xmax), com uma média de idades de 44,45 anos e um desvio padrão de 8,29 anos.

O estado civil dos enfermeiros corresponde a 82,8% (n=24) casados ou a viver em união de fato, 13,8% (n=4) solteiros, 3,4% (n=1) separados ou divorciados.

Quanto ao grau académico dos enfermeiros, 75,9% (n=22) possuem licenciatura e 24,1%

(n=7) possuem mestrado.

No que respeita à formação académica adicional, 58,6% (n=17) possuem especialização, 13,8% (n=4) possuem pós-graduação e 27,6% (n=8) não possuem qualquer formação académica adicional. Dentro das especialidades temos 17,2% (n=5) de enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e temos de forma igual 20,7% (n=6) de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Por fim temos 3,4%, neste caso 1 enfermeiro, com especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica. No que diz respeito à categoria profissional atribuído aos enfermeiros, 51,7% (n=15) têm atribuído o título profissional de enfermeiro e 48,3% (n=14) possuem título profissional de enfermeiro especialista.

Em relação aos anos de exercício profissional verifica-se uma média de 21,38 anos no exercício da profissão, um desvio padrão de 8,32 e com um valor mínimo de 5 anos e um valor máximo de 39 anos.

Da totalidade de enfermeiros que compõem a nossa amostra, 55,2% (n=16) exercem funções numa USF, 41,4% (n=12) exercem funções numa UCC e 3,4% (n=1) exerce funções numa UCSP.

Por fim, relativamente à formação no âmbito de enfermagem de família, observamos que 62,1% (n=18) dos enfermeiros possuem formação neste âmbito. Da totalidade dos enfermeiros detentores desta formação, 38,9% (n=7) adquiriram-na em contexto académico, 33,3% (n=6) em contexto de formação contínua, 22,2% (n=4) em contexto da instituição e 5,6% (n=1) em outros contextos, não tendo especificado qual.

#### **4.3.2 Caracterização da importância atribuída à família**

Para caracterizar as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados, recorreu-se ao estudo da segunda parte do questionário, onde foi aplicada a escala “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2011).

Quanto maior o score total obtido, melhores são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família nos cuidados (Oliveira et al., 2011), logo mais importância é atribuída à família nos cuidados por parte dos enfermeiros.

Examinando a Tabela 10, podemos verificar que o score total da escala, para a totalidade da amostra apresenta uma média de respostas de 85 e uma mediana de 86. O desvio padrão do score total foi de 7,85 para o total da amostra, apresentando um mínimo de 68 e um máximo de 98 pontos, o que indica uma diferença na importância atribuída à família pela amostra, ou seja, nem todos os enfermeiros consideram importante o envolvimento da família no processo

de cuidados. No entanto, verificou-se que em média, as atitudes dos enfermeiros da amostra são de suporte face à família, identificando a relevância da mesma no processo de cuidados. Estes dados sugerem que, no geral, os profissionais participantes reconhecem e valorizam o papel da família como elemento integrante e ativo no contexto assistencial.

Tabela 10 - Distribuição da amostra pelo score total da Escala IFCE-AE

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Score total da Escala IFCE-AE</b>	29	68	98	85	86	7,85

### 4.3.3 Testes de hipóteses

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, 2022). As hipóteses, enquanto previsão da relação entre duas ou mais variáveis, são suscetíveis de ser colocadas à prova – testes de hipóteses – que levarão à sua aceitação ou rejeição (Pocinho, 2012).

Assim, o teste de hipóteses é uma regra de decisão que permite aceitar ou rejeitar essa hipótese, o que depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância) para cada situação, sendo geralmente 0,05 nas investigações no âmbito das ciências sociais (Vilelas, 2022), tendo por isso sido considerado esse valor no presente estudo.

Para cada característica a testar foram definidas duas hipóteses, uma designada por hipótese nula ( $H_0$ ), que consiste em admitir que a ação experimental realizada com a amostra não provocou alterações nas suas características e outra, a hipótese alternativa ( $H_1$ ) consiste numa afirmação relativa às alterações que se espera que ocorram nas características da amostra em função da ação experimental realizada (Vilelas, 2022). A aceitação de uma ou outra hipótese depende dos resultados do teste estatístico e nível de significância aplicados, sendo que, a rejeição da hipótese  $H_0$  permite aceitar a hipótese  $H_1$  (Vilelas, 2022).

Desta forma, segundo Vilelas (2022), se  $p$  for inferior a 0,05 há uma evidência significativa contra  $H_0$  e é possível rejeitar a hipótese nula. No entanto se  $p$  igual ou superior a 0,05 não há uma evidência significativa contra  $H_0$ , pelo que não é possível rejeitar a hipótese nula.

De seguida, apresentam-se os testes às hipóteses formuladas, analisando os resultados dos scores obtidos na totalidade da escala IFCE-AE e relacionando as pontuações médias obtidas em função das características sociodemográficas e profissionais em estudo.

- **Hipótese 1** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o género;

A análise da relação entre o género dos participantes e o score total da Escala IFCE-AE foi realizada com recurso ao teste t de Student para amostras independentes. Os resultados, que podemos observar na Tabela 11 revelaram que os enfermeiros do sexo masculino (n = 2) apresentaram uma pontuação média de 88 pontos, ligeiramente superior à dos enfermeiros do sexo feminino (n = 27), cuja média foi de 84,85 pontos.

Tabela 11 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género

Score total da Escala IFCE-AE	Género	n	Média	Valor t	Valor p
	Masculino	2	88,00		
	Feminino	27	84,85		

No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa (t = -0,541; p = 0,593), sugerindo que, nesta amostra, o género não teve influência nas atitudes dos enfermeiros em relação à inclusão da família nos cuidados, pelo que temos de rejeitar H1.

Importa destacar que o reduzido número de participantes do sexo masculino limita a robustez desta comparação, pelo que estes dados devem ser interpretados com cautela. Ainda assim, a tendência observada está em consonância com a literatura que indica que as atitudes face à família tendem a ser consistentes entre os profissionais de enfermagem, independentemente do género (Saveman et al., 2022).

- **Hipótese 2** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a idade;

A relação entre a idade dos enfermeiros e o score total da Escala IFCE-AE foi analisada através da correlação de Pearson, como demonstrado na tabela 12. O valor obtido (r = 0,023) indica uma correlação praticamente inexistente e positiva, sugerindo que não há associação relevante entre as duas variáveis. Este resultado foi reforçado pelo valor de significância estatística (p = 0,905), que revela a ausência de evidência estatística para uma correlação significativa. Assim, conclui-se que, nesta amostra, a idade dos enfermeiros não influenciou as suas atitudes relativamente à inclusão da família nos cuidados de enfermagem, o que está em consonância com estudos que identificam a valorização da família como uma atitude

transversal entre diferentes faixas etárias de profissionais (Benzein et al., 2022).

Tabela 12 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade

Score total da Escala IFCE-AE	Idade (anos)	Correlação de Pearson (r)
	n	29
	p	0,905
	r	0,023

- **Hipótese 3** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o estado civil;

A análise da pontuação total da Escala IFCE-AE em função do estado civil foi realizada através do teste estatístico ANOVA, como podemos observar na Tabela 13. Os enfermeiros separados/divorciados apresentaram a média mais elevada (94 pontos), enquanto os casados/união de facto e os solteiros registaram médias muito próximas (84,83 e 84,25, respetivamente). No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p = 0,523$ ). Estes resultados sugerem que, nesta amostra, o estado civil não teve influência nas atitudes dos enfermeiros relativamente à família nos cuidados de saúde. Ainda assim, as diferenças observadas podem justificar investigações futuras com amostras mais equilibradas e representativas.

Tabela 13 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil

Score total da Escala IFCE-AE	Estado Civil	n	Média	ANOVA
	Solteiro	4	84,25	$p=0,523$
	União de Facto/ Casado	24	84,83	
	Separado/ Divorciado	1	94,00	

- **Hipótese 4** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o grau académico;

A análise do score total da Escala IFCE-AE em função do grau académico revelou que os enfermeiros com mestrado apresentaram uma média superior (88 pontos) face aos licenciados (84,14 pontos). Contudo, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,264$ ), de acordo com a ANOVA, como podemos observar na tabela 14. Este teste foi utilizado por se tratar de uma comparação entre mais de dois grupos potenciais, mesmo que nesta amostra apenas tenham sido representados dois níveis (licenciatura e

mestrado), mantendo-se assim o critério de consistência metodológica com outras comparações no estudo. Estes resultados sugerem que, nesta amostra, o grau académico não influenciou significativamente as atitudes dos enfermeiros em relação à família nos cuidados de saúde. Ainda assim, a tendência observada pode indicar que uma formação académica mais avançada esteja associada a atitudes ligeiramente mais favoráveis, o que poderá ser explorado em estudos com maior representatividade.

Tabela 14 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o grau académico

Score total da Escala IFCE-AE	Grau Académico	n	Média	ANOVA  <i>p</i> =0,264
	Licenciatura	22	84,14	
	Mestrado	7	88,00	

- **Hipótese 5** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a formação académica adicional;

A análise do score total da Escala IFCE-AE em função da formação académica adicional foi realizada com recurso ao teste paramétrico ANOVA, uma vez que foram comparados quatro grupos distintos (pós-graduação, especialização, outra e ausência de formação académica adicional). Os resultados observados na tabela 15 mostraram que os enfermeiros com especialização apresentaram a média mais elevada (85,82), seguidos dos que não possuíam formação académica adicional (85,63) e, por último, dos que tinham pós-graduação (80,75). No entanto, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,820$ ), o que sugere que, nesta amostra, a posse de formação académica adicional não influenciou de forma significativa as atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família nos cuidados.

Tabela 15 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação académica adicional

Score total da Escala IFCE-AE	Formação Académica Adicional	n	Média	ANOVA  <i>p</i> =0,820
	Pós-Graduação	4	80,75	
	Especialização	17	85,82	
	Não possui	8	85,63	

- **Hipótese 6** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceira com a família no ato de cuidar e a área de especialização;

A relação entre a área de especialização e o score total da Escala IFCE-AE foi analisada através do teste paramétrico ANOVA, tendo sido comparados quatro grupos distintos. Os resultados observados na tabela 16 revelaram que os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentaram a média mais elevada (91,00), seguidos dos especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (86,67), Reabilitação (84,83) e Saúde Comunitária (83,00). No entanto, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,806$ ), sugerindo que, nesta amostra, a área de especialização não influenciou significativamente as atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família nos cuidados. Destaca-se que o número de participantes por grupo é reduzido e desigual, especialmente no caso da Enfermagem Médico-Cirúrgica ( $n = 1$ ), o que limita a validade da comparação.

Tabela 16 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a área de especialização

Score total da Escala IFCE-AE	Área de Especialização	n	Média	ANOVA
	Enfermagem de Saúde Comunitária	5	83,00	$p=0,806$
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	6	86,67	
	Enfermagem de Reabilitação	6	84,83	
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	91,00	

- **Hipótese 7** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a categoria profissional;

A comparação entre o score total da Escala IFCE-AE dos enfermeiros generalistas e especialistas foi realizada através do teste t de Student para amostras independentes, uma vez que se tratam de dois grupos distintos cujos resultados podemos observar na tabela 17. Os enfermeiros especialistas apresentaram uma média ligeiramente superior (85,57) à dos enfermeiros generalistas (84,60), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $t = -0,328$ ;  $p = 0,746$ ).

O valor de  $t = -0,328$  representa a razão entre a diferença observada nas médias dos dois grupos e a variabilidade dos dados dentro dos grupos. Neste caso, o valor absoluto baixo indica que a diferença entre as médias é pequena em relação à dispersão dos dados. O valor-p elevado ( $p = 0,746$ ) confirma que essa diferença é compatível com o acaso, ou seja, não há

evidência de que a categoria profissional influencia significativamente as atitudes face à família.

Estes resultados sugerem que, nesta amostra, a categoria profissional não teve impacto relevante nas atitudes dos enfermeiros.

Tabela 17 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a categoria profissional

Score total da Escala IFCE-AE	Categoria Profissional	n	Média	Valor t	Valor p
	Enfermeiro	15	84,60	t= -0,328	p=0,746
	Enfermeiro Especialista	14	85,57		

- **Hipótese 8** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o tempo de exercício profissional;

A relação entre o tempo de exercício profissional e o score total da Escala IFCE-AE foi analisada através da correlação de Pearson, tendo sido obtido um coeficiente  $r = -0,006$ , com um valor-p = 0,976, como podemos observar na tabela 18. Estes valores indicam que a correlação é praticamente inexistente e negativa, ou seja, não há qualquer associação entre o número de anos de prática profissional e as atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família nos cuidados de saúde.

O valor de  $r$  próximo de zero indica ausência de relação linear, e o valor-p muito elevado reforça que essa ausência de correlação não é estatisticamente significativa. Assim, pode concluir-se que, nesta amostra, o tempo de experiência não influencia as atitudes dos enfermeiros relativamente à família, o que está em linha com outros estudos que apontam para a consistência destas atitudes independentemente da experiência acumulada (Benzein et al., 2022).

Tabela 18 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional

Score total da Escala IFCE-AE	Tempo de Exercício Profissional	Correlação de Pearson (r)
	n	29
	p	0,976
	r	-0,006

- **Hipótese 9** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a unidade de saúde onde exerce funções (USF, UCSP ou UCC);

A análise do score total da Escala IFCE-AE em função do contexto de prestação de cuidados

foi realizada através do teste paramétrico ANOVA, uma vez que se comparam três diferentes tipos de unidade: USF, UCSP e UCC. Os resultados observados na tabela 19 revelaram que os enfermeiros que trabalham em UCC apresentaram as médias mais elevadas (88,08), em comparação com os profissionais das USF (82,94) e da UCSP (83,00). No entanto, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,227$ ).

Apesar da ausência de significância estatística, a tendência observada pode indicar que o tipo de unidade de saúde influencia, ainda que discretamente, as atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família nos cuidados. As UCC, com maior enfoque na proximidade comunitária, podem favorecer práticas mais centradas na família. Ainda assim, a reduzida dimensão da amostra, especialmente no grupo da UCSP ( $n = 1$ ), limita a robustez da comparação.

Tabela 19 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de prestação de cuidados

Score total da Escala IFCE-AE	Contexto de Prestação de Cuidados	n	Média	ANOVA
	USF	16	82,94	$p=0,227$
	UCSP	1	83,00	
	UCC	12	88,08	

- **Hipótese 10** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e a existência de formação em enfermagem de família;

Foi aplicado o teste t de Student para amostras independentes para comparar os scores totais da Escala IFCE-AE entre enfermeiros que frequentaram ou não formação em Enfermagem de Família. Como se pode observar na tabela 20, os participantes sem formação apresentaram uma média ligeiramente superior (87,00) à dos que frequentaram formação (83,89). No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $t = -1,037$ ;  $p = 0,309$ ).

O valor de t negativo indica que a média do grupo com formação foi inferior à do grupo sem formação, mas a diferença entre médias é pequena em relação à variabilidade dos dados, não permitindo concluir que a formação influencie as atitudes. Estes dados sugerem que, nesta amostra, a frequência de formação em Enfermagem de Família não teve impacto significativo nas atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família nos cuidados de saúde.

Tabela 20 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família

Score total da Escala IFCE-AE	Formação Enfermagem de Família	n	Média	Valor t	Valor p
	Sim	18	83,89	t= -1,037	p=0,309
	Não	11	87,00		

- **Hipótese 11** - Há relação entre a atitude do enfermeiro na parceria com a família no ato de cuidar e o contexto de formação em enfermagem de família.

A análise da relação entre o contexto onde decorreu a formação em Enfermagem de Família e o score total da Escala IFCE-AE foi realizada através do teste paramétrico ANOVA. Os resultados, observados na tabela 21, indicaram que os participantes cuja formação ocorreu em outros contextos (n = 1) apresentaram a média mais elevada (89), seguidos dos que realizaram formação em contexto académico (85,71), na instituição (82,75) e em formação contínua (81,67). Contudo, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas (p = 0,705).

A ausência de significância poderá estar relacionada com o número reduzido de participantes por grupo, especialmente nos grupos “Outros Contextos” (n = 1) e “Na instituição” (n = 4), o que limita a robustez da análise. Ainda assim, observa-se uma tendência que aponta para valores ligeiramente mais elevados nos contextos mais formais de ensino, como o académico.

Tabela 21 - Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto da formação em enfermagem de família

Score total da Escala IFCE-AE	Contexto da Formação	n	Média	ANOVA
	Contexto Académico	7	85,71	p=0,705
	Formação Contínua	6	81,67	
	Na instituição	4	82,75	
	Outros Contextos	1	89	

De forma global, os resultados obtidos indicam uma tendência favorável nas atitudes dos enfermeiros relativamente à integração da família nos cuidados, ainda que não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas com as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas. Contudo, algumas tendências observadas sugerem a importância de investigações futuras, com amostras maiores e mais equilibradas, que possam explorar estas relações com maior profundidade.

#### 4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo visa interpretar e refletir criticamente sobre os principais resultados obtidos neste estudo, confrontando-os com a literatura existente e destacando as suas implicações para a prática de enfermagem e para investigações futuras.

As atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias demonstram o entendimento que possuem sobre a importância de as integrar no processo de cuidados (Oliveira et al., 2011). No presente estudo participaram 29 enfermeiros.

De forma geral, os resultados indicam que os enfermeiros participantes apresentam atitudes favoráveis à integração da família nos cuidados de saúde, com uma pontuação total média elevada na escala utilizada. Este dado é consistente com estudos que destacam a importância do papel da família na promoção da saúde e na melhoria dos resultados em cuidados continuados e comunitários (Saveman et al., 2022). A valorização da família por parte dos enfermeiros reflete uma compreensão ampliada e humanizada do cuidado, centrado não apenas no utente, mas também no seu contexto familiar e social.

Relativamente à amostra, a **idade média** foi de 44,45 anos com um desvio padrão de 8,3 e em média 21,38 anos de exercício da profissão, com um desvio padrão de 8,3. Atualmente todos em funções em contexto de cuidados de saúde primários. No que diz respeito à sua escolaridade, 75,9% (n=22) dos enfermeiros são detentores de estudos ao nível de licenciatura e 24,1% (n=7) ao nível de mestrado, traduzindo-se em 51,7% (n=15) profissionais com o título de enfermeiro e 48,3% (n=14) com título de enfermeiro especialista. Dos enfermeiros detentores deste título, 17,2% (n=5) são especialistas em enfermagem de saúde comunitária. Da totalidade de enfermeiros, 62,1% (n=18) são detentores de formação na área de enfermagem de família. Da totalidade dos enfermeiros detentores desta formação, 38,9% (n=7) adquiriram-na em contexto académico, 33,3% (n=6) em contexto de formação contínua, 22,2% (n=4) em contexto da instituição e 5,6% (n=1) em outros contextos, não tendo especificado qual.

A distribuição por **género** na amostra deste estudo, composta por 27 enfermeiras e 2 enfermeiros, reflete a predominância feminina característica da profissão de enfermagem em Portugal. Dados da OE indicam que, em 2024, aproximadamente 83% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino, enquanto 17% eram do sexo masculino. Esta distribuição também foi observada em estudos internacionais e nacionais, como o de Saveman et al. (2022), reforçando que a representatividade de género na enfermagem se mantém

desequilibrada, embora sem impacto evidente nas atitudes face à inclusão da família nos cuidados.

Quanto à **idade**, os estudos de Frade et al. (2021) obtiveram uma média de idades de 41,93 anos para os enfermeiros. Pires (2016) e Silva et al. (2013) obtiveram respetivamente amostras com 41,53 e 40,59 anos de idade, estudos com valores não muito diferentes do que foi obtido neste estudo. Também Oliveira et al. (2011) e Sousa (2011) obtiveram valores inferiores ao do presente estudo, compreendidos entre 33,8 e 38,6 anos de idade.

De acordo com dados recentes da Ordem dos Enfermeiros (2022), a média de idades dos enfermeiros portugueses situa-se ligeiramente acima dos 38 anos, caracterizando a profissão como relativamente jovem em comparação com outras áreas, como o ensino. Estes dados indicam que a maioria dos enfermeiros em Portugal se encontra numa faixa etária entre os 30 e os 40 anos, o que pode influenciar fatores como a experiência profissional, a propensão para formação contínua e as atitudes face à inclusão da família nos cuidados de saúde.

No **estado civil**, verificou-se que 82,8% dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto, sendo que este estado civil é o de maior representatividade. Os inquiridos que estão solteiros constituem 13,8% da amostra e apenas 3,4% são separados ou divorciados sendo este estado civil o de menor representatividade. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Ferreira & Kraus (2023), em que os sujeitos do estudo com maior representatividade eram casados com 59,3%.

Analisando a distribuição da amostra segundo o **grau académico**, verificou-se que 75,9%, possuem licenciatura e 24,1%, possuem mestrado. Estes resultados vão de encontro aos resultados dos estudos consultados em que a maioria dos sujeitos são detentores de licenciatura. No estudo de Oliveira et al. (2011) os sujeitos do estudo com licenciatura representavam 83,8%; no estudo de Silva et al. (2013) 90,9% dos sujeitos são licenciados; no estudo de Fernandes et al. (2015) os sujeitos da amostra são 96,9% licenciados e por fim nos estudos de Frade et al. (2021) e de Ferreira & Kraus (2023), a maior parte dos sujeitos são licenciados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2024) no seu anuário estatístico, aproximadamente 74,45% dos enfermeiros são licenciados e apenas 11,12% são detentores do grau de mestre.

Relativamente ao **título profissional dos enfermeiros**, os estudos de Barbiéri-Figueiredo et al. (2012), Sousa (2011), Fernandes et al. (2015) e Pires (2016) apontam, à semelhança do presente estudo, predomínio de enfermeiros de cuidados gerais, com valores compreendidos

entre 63% e 78,3%, comparativamente aos enfermeiros com título de especialista em enfermagem. A distribuição da amostra diz-nos que a maioria dos enfermeiros não são especialistas com 51,7% e 48,3% são enfermeiros especialistas. Estes resultados vão de encontro ao anuário estatístico da OE (2024), em que o grupo com maior representatividade são os enfermeiros de cuidados gerais com 70,58% e os enfermeiros especialistas com 30,70%, em Portugal. Nos estudos consultados pode-se verificar que em Oliveira et al (2011), 50% são enfermeiros cuidados gerais; e no estudo de Ferreira & Kraus (2023), os enfermeiros cuidados gerais constituem 47% da amostra, indo assim de encontro ao presente estudo.

Neste estudo, relativamente à **área de especialização**, constatou-se que a área com maior representatividade na amostra é a de Enfermagem Comunitária com 17,2% o que não vai de encontro aos dados da OE no seu anuário estatístico de 2024 em que a especialidade com maior representatividade é a Enfermagem Médico-Cirúrgica com 21,19% do total dos enfermeiros com área de especialização em Portugal, o que pode ser justificado por este estudo ser apenas dirigido a enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários. Ainda consultando o anuário estatístico podemos verificar que 12,89% dos enfermeiros especialistas são da área de enfermagem comunitária e apenas 1,64% possuem o título de especialista na área de enfermagem de saúde familiar o que se pode justificar por ser uma área de especialidade relativamente recente. Verificou-se também que não existe nenhum inquirido com a especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na nossa amostra.

Quanto à **experiência profissional**, os estudos de Fernandes et al. (2015), Silva et al. (2013), Pires (2016) e Frade et al. (2021) apresentaram valores inferiores quanto ao número de anos de exercício da profissão, respetivamente, 16,2, 16,4, 17,5 e 18,6 anos.

A amostra deste estudo inclui enfermeiros com uma média de 21,38 anos de experiência profissional, com um desvio padrão de 8,3, o que indica um nível de maturidade clínica relevante. A média de 21,38 anos de exercício profissional observada nesta amostra é superior ao perfil médio nacional. Embora muitos enfermeiros em Portugal estejam concentrados na faixa dos 10 a 20 anos de experiência, conforme estudos sobre características demográficas da profissão (Rodrigues et al., 2020), este valor revela uma amostra composta maioritariamente por profissionais com carreira consolidada, o que pode contribuir para a maturidade e consistência das suas atitudes no contexto dos cuidados de saúde.

No que concerne à **formação no âmbito da enfermagem de família** pode-se verificar neste estudo que 62,1% possuem formação neste âmbito. Destes, 38,9% adquiriram formação em

contexto académico, 33,3%, adquiriram em contexto de formação contínua, 22,2% em contexto da instituição e 5,6% noutra contexto não tendo especificado qual. Os estudos de Martins et al. (2010) e Oliveira et al. (2011) obtiveram respetivamente 59,6%, 59,6, enfermeiros com formação nesta área, o que vai de encontro ao encontrado neste estudo, o que demonstra uma preocupação dos enfermeiros na procura de mais conhecimento. No entanto, existem estudos em que a percentagem de enfermeiros que não possuem qualquer formação na área da Enfermagem Familiar é elevada, como é o caso do estudo de Silva et al., (2013) em que 69,6% dos sujeitos não possuem formação em Enfermagem Familiar. No entanto, estudos indicam que o conhecimento sobre a formação em Enfermagem de Saúde Familiar ainda é insuficiente. Um estudo exploratório realizado por Silva et al. (2012) avaliou a perceção dos enfermeiros acerca da utilização e do contributo das estratégias de ensino-aprendizagem na formação nesta área, concluindo que há necessidade de reforçar a formação específica para melhorar a prática profissional.

De modo a avaliar as **atitudes dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem** foi utilizada a escala IFCE-AE de Oliveira et al. (2011). Foi realizada a avaliação da consistência interna da escala para o seu score total e confirmada a sua confiabilidade no presente estudo. Para o score total da escala obtive um alfa Cronbach de 0,87, valor igual ao obtido por Oliveira et al. (2011) o que indica um grau bom de consistência interna. Relativamente à variável dependente, a **importância das famílias nos cuidados de enfermagem**, de salientar que os enfermeiros revelaram uma atitude positiva perante a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem, o que é demonstrado através da obtenção de uma média de respostas de 85 pontos relativamente ao score total da escala IFCE-AE.

Os resultados obtidos vão de encontro às orientações quer nacionais quer internacionais para a integração da família nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2009). Constituem assim um bom indicador dos cuidados à família, uma vez que, como refere Benzein et al. (2008b), quando os enfermeiros reconhecem a importância da família estão empenhados em estabelecer relações significativas com ela. Frade et al. (2021) concluíram que a formação em enfermagem de família está diretamente associada à valorização da presença da família no processo de cuidado, corroborando a tendência observada na presente investigação, apesar de não ter havido diferenças estatisticamente significativas. Além disso, Frade et al. (2021) salientam que contextos de prática clínica centrados na pessoa e programas formativos bem estruturados têm um papel essencial na formação de atitudes positivas. O estudo também sugere que a experiência profissional, quando aliada a formações específicas, pode fortalecer

a predisposição dos enfermeiros para envolver a família. Estes dados reforçam a ideia de que a qualidade e a estrutura da formação são fatores determinantes na eficácia da intervenção familiar em enfermagem.

Embora os enfermeiros manifestem atitudes favoráveis à inclusão da família nos cuidados de saúde, nem sempre os seus comportamentos na prática clínica correspondem às intenções declaradas, como demonstrado nos estudos de Fernandes et al. (2015) e Oliveira et al. (2011). Esta incongruência pode estar associada a metodologias de trabalho centradas predominantemente no indivíduo doente, relegando a família para um papel secundário no processo de cuidado. Elementos como a perceção do conceito de família, o conhecimento da sua organização e dinâmicas internas, a compreensão da metodologia própria da enfermagem de família, bem como as experiências pessoais dos profissionais, exercem influência direta nas suas atitudes relativamente à presença e envolvimento da família nos cuidados prestados. Para que se atinja uma prática avançada centrada na família — que considere as suas necessidades, estrutura, funções e organização — é fundamental promover a reflexão e a análise crítica sobre estas questões. Só assim será possível evoluir para um modelo de atuação colaborativa, sustentado em princípios de enfermagem familiar.

No que se refere à relação entre as **atitudes dos enfermeiros face à família e as características sociodemográficas e profissionais**, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros que detêm e não detêm título profissional de EE embora os resultados evidenciem que os enfermeiros especialistas atribuem maior importância à família com uma média de 85,57 e um desvio padrão de 8,7 nas respostas em comparação com os enfermeiros generalistas que apresentam uma média de 84,60 e um desvio padrão de 7,2. Estes resultados são corroborados por Silva et al. (2013), que concluíram que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte e atribuem maior importância às famílias no contexto de prestação de cuidados.

Relativamente à **idade**, também não se verificou correlação significativa com as atitudes face à família. A ausência de relação entre estas variáveis corrobora os achados de Östlund e Persson (2022), que indicam que as atitudes familiares tendem a manter-se positivas ao longo da carreira dos profissionais, independentemente da faixa etária.

No que respeita ao **estado civil**, ainda que os enfermeiros separados/divorciados tenham

apresentado a média mais elevada, a diferença entre grupos não foi estatisticamente significativa. Tal como observado por Duhamel et al. (2023), aspetos pessoais como o estado civil parecem ter um impacto reduzido nas atitudes profissionais, sendo o contexto formativo e institucional mais determinantes.

Quanto ao **grau académico**, apesar de se observar uma tendência para médias mais elevadas entre os enfermeiros com mestrado, esta diferença não atingiu significância estatística. Este dado está em linha com o estudo de Kokorelias et al. (2023), que destaca a importância da formação contínua, independentemente do grau académico formal, na consolidação de atitudes centradas na família. Também o estudo de Frade et al. (2021) não observou associação estatisticamente significativa entre esta variável e a importância atribuída à família pelos enfermeiros. Ainda que sem significância estatística ( $p=0,264$ ), a nossa amostra de enfermeiros licenciados obteve uma média mais baixa no score total (84,14 pontos, com um desvio padrão de 8,6), face aos enfermeiros que possuem mestrado (88 pontos, com um desvio padrão de 3,8), em concordância com os resultados dos últimos estudos citados.

A **formação académica adicional** também não demonstrou relação estatisticamente significativa com as atitudes dos enfermeiros. No entanto, os dados sugerem que formações como especializações podem contribuir para valores médios mais elevados, o que é apoiado por estudos como o de Oliveira et al. (2019), que indicam que formações específicas em áreas clínicas podem reforçar o foco no trabalho com a família.

No que concerne à **área de especialização**, os dados não revelaram diferenças significativas, mas observaram-se médias mais elevadas nas especialidades de Saúde Infantil e Médico-Cirúrgica. Isto poderá estar relacionado com a natureza da prática clínica nestas áreas, que frequentemente exige uma relação próxima com os familiares, conforme indicado por Nóbrega et al. (2020).

A **categoria profissional** (enfermeiro vs. EE) também não apresentou uma diferença estatisticamente significativa nos scores da escala. Tal reforça a ideia de que as atitudes face à família não dependem unicamente da titulação profissional, mas de uma cultura de prática clínica centrada na pessoa e no seu contexto familiar (Saveman et al., 2022).

O **tempo de exercício profissional** não se correlacionou de forma significativa com as atitudes face à família, um resultado semelhante ao encontrado por Benzein et al. (2008), que

defendem que a experiência por si só não garante uma abordagem mais centrada na família, sendo necessária formação específica e sensibilização contínua. O estudo de Ângelo et al. (2014) obteve que os enfermeiros com mais tempo de prática profissional apresentam menores atitudes de suporte face à família. Embora os resultados do nosso estudo não tenham alcançado significância estatística, eles alinham-se com os achados de Ângelo et al. (2014), sugerindo uma possível associação negativa entre o tempo de exercício profissional e a importância atribuída à família. No entanto, é importante refletir que essa associação pode ser influenciada pela limitação do tamanho da amostra, o que nos leva a ponderar sobre as implicações desse fator na interpretação dos resultados.

Relativamente ao **contexto de prestação de cuidados**, os enfermeiros das UCC apresentaram as médias mais elevadas, embora sem significância estatística. Esta tendência é coerente com a literatura, que aponta que contextos mais comunitários e de proximidade tendem a favorecer práticas colaborativas com a família (Costa & Silva, 2013).

A **formação em Enfermagem de Família**, embora valorizada na literatura, como demonstrado por Duhamel et al. (2023), não se associou a diferenças significativas no presente estudo. Este resultado poderá refletir a diversidade de qualidade e profundidade das formações frequentadas.

Também o **contexto onde decorreu essa formação** (académico, institucional, contínuo ou outros) não influenciou significativamente as atitudes, ainda que o contexto académico tenha revelado médias ligeiramente mais elevadas (85,71 pontos com um desvio padrão de 7,7). Estudos como o de Oliveira et al. (2019) reforçam que formações realizadas em ambientes académicos estruturados tendem a ser mais eficazes na consolidação de atitudes centradas na família.

No contexto nacional, importa ainda refletir sobre possíveis diferenças regionais, visto o nosso estudo ter recaído sobre enfermeiros da região norte. Um estudo conduzido por Costa e Silva (2013) caracterizou as atitudes dos enfermeiros dos CSP da região Centro e evidenciou atitudes favoráveis à inclusão da família. Por outro lado, investigações desenvolvidas na região Norte, como a de Nóbrega et al. (2020), também apontam para atitudes positivas, sugerindo que estas práticas estão generalizadas, embora possam variar conforme as políticas institucionais e o grau de implementação do modelo de saúde familiar.

A valorização da família como elemento central nos cuidados de enfermagem tem ganho cada vez mais destaque no contexto dos CSP, sobretudo na região Norte de Portugal. Estudos recentes, como o de Silva (2019), realizado com 120 enfermeiros dos CSP desta região,

evidenciam atitudes globalmente positivas face à inclusão da família nos cuidados, ainda que condicionadas por barreiras estruturais, como a sobrecarga de trabalho e a carência de formação específica. Por sua vez, Lopes (2021), num estudo abrangente que incluiu profissionais da mesma região, demonstrou uma relação positiva entre a formação em enfermagem de família e a adoção de práticas colaborativas com a família. Estes achados reforçam a necessidade de reforçar a qualificação dos profissionais e de criar condições organizacionais que favoreçam a integração da família como parceira ativa no processo de cuidar. No cenário dos CSP, onde a proximidade com a comunidade é privilegiada, o envolvimento da família revela-se não só desejável, mas essencial para a eficácia e continuidade dos cuidados.

Em síntese, os dados obtidos demonstram um panorama encorajador no que diz respeito à valorização da família por parte dos enfermeiros. Apesar da ausência de associações estatisticamente significativas, as tendências observadas reforçam a necessidade de estratégias formativas e institucionais que promovam práticas de enfermagem mais inclusivas e centradas no contexto familiar do utente.

A evolução da competência profissional em enfermagem é um processo contínuo, moldado pela experiência e pela formação ao longo do tempo, como defendido por Benner (2005). Neste percurso, a formação específica em avaliação e intervenção familiar assume um papel determinante na forma como os enfermeiros compreendem e integram a família no seu cuidar. Henriques e Santos (2019) sublinham que é precisamente através desta formação que a família pode passar a ser vista como foco dos cuidados, e não apenas como pano de fundo do contexto clínico. Refletir sobre esta transformação implica reconhecer que o aprofundamento de saberes nas áreas das dinâmicas familiares, da teoria dos sistemas e dos modelos de intervenção não só enriquece a prática, como também amplia o olhar do enfermeiro, tornando-o mais sensível às complexidades da vida familiar. Tal como apontam Wright e Leahey (2004), é nesse encontro entre conhecimento e sensibilidade que se constrói uma prática verdadeiramente centrada na família.

A decisão de investigar as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem face à família nasceu da convicção de que o vínculo entre profissionais de saúde e famílias tem um impacto profundo na qualidade dos cuidados prestados. Ao longo da prática clínica e da literatura existente, torna-se evidente que a família não é apenas um elemento secundário no processo terapêutico, mas sim uma presença constante, com papel ativo e, muitas vezes, determinante no percurso de saúde e doença.

Refletir sobre o lugar que a família ocupa nos cuidados é também pensar sobre o papel do enfermeiro enquanto facilitador dessa relação. Compreender até que ponto os profissionais valorizam a presença da família, e de que modo essa valorização pode influenciar os cuidados, revelou-se uma questão pertinente e atual. Num contexto onde se discute cada vez mais a humanização dos cuidados e a necessidade de abordagens mais holísticas, investigar estas atitudes é também contribuir para o amadurecimento da própria profissão.

Foi com este olhar atento e consciente que se delineou o presente estudo. Com ele, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre a Enfermagem de Família, explorando as perceções e posicionamentos dos enfermeiros relativamente ao papel da família. A intenção foi também dar voz a uma área da enfermagem que, apesar do seu reconhecimento formal, continua a carecer de mais investigação e reflexão crítica.

A investigação seguiu uma abordagem quantitativa, guiada por questões que emergiram da prática e da observação da realidade dos cuidados. Optou-se por um estudo descritivo, analítico e correlacional, com o objetivo de descrever, analisar e compreender relações entre variáveis sociodemográficas e profissionais, e as atitudes face à família.

Para recolher os dados, foi utilizada a Escala de Atitudes dos Enfermeiros face à Família (IFCE-AE), validada para a população portuguesa, e amplamente reconhecida pela sua fiabilidade. Esta escala permitiu traduzir em números uma dimensão profundamente relacional, conferindo objetividade à análise. O valor do alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,87$ ) confirmou a consistência interna do instrumento, conferindo robustez aos dados recolhidos e às conclusões que deles emergem.

Este estudo procurou, de forma consciente e comprometida, contribuir para o aprofundamento da enfermagem na área da saúde familiar, sublinhando a importância da formação específica de enfermeiros neste domínio. Acredita-se que investir neste tipo de formação não só enriquece o percurso profissional, como também potencia práticas colaborativas mais eficazes com as famílias e, por consequência, promove a saúde familiar de forma mais integrada e sensível às suas necessidades.

Entre os fatores facilitadores desta investigação, destaca-se a sua integração num projeto previamente existente e aprovado, o que garantiu uma base sólida e estruturada para o seu desenvolvimento. A facilidade de acesso à amostra, possibilitada pelo recurso às redes

sociais, foi também um elemento decisivo que permitiu alcançar participantes de forma rápida e eficaz.

Ainda assim, importa reconhecer as limitações do estudo. A reduzida dimensão da amostra constitui uma fragilidade, na medida em que não permite extrapolar os resultados para a população em geral, limitando assim a validade externa do estudo. No entanto, a validade interna foi salvaguardada através da utilização de uma escala cientificamente validada para a população portuguesa e da aplicação de uma metodologia rigorosa, o que garante a consistência dos dados obtidos e possibilita a sua comparação com outras investigações que recorram ao mesmo instrumento.

Apesar das limitações, este trabalho deixa clara a necessidade de continuar a explorar esta temática em contextos distintos e com amostras mais alargadas. Só assim será possível construir uma compreensão mais abrangente e sólida sobre as atitudes dos enfermeiros face à família, reconhecendo que a forma como esta é valorizada influencia diretamente a qualidade e a intencionalidade dos cuidados que lhe são prestados.

À luz dos resultados obtidos, torna-se essencial que sejam divulgados e reconhecidos pelas instituições de saúde, de forma a que se promova a formação específica dos profissionais nesta área. Nesse sentido, seria valioso partilhar esses dados com os resultados das colegas que realizaram estudos em outras regiões, não só para dar visibilidade ao trabalho, mas também para incentivar uma reflexão individual mais profunda e o planeamento de estratégias que visem a promoção de cuidados de enfermagem centrados na saúde familiar. A redução da distância entre a teoria e a prática é crucial, especialmente ao evidenciar a relevância dos modelos de avaliação familiar e dos seus instrumentos. Nesse contexto, é pertinente considerar a expansão deste estudo para diferentes contextos de trabalho e incluir alunos em formação base, de modo a obter uma compreensão mais abrangente sobre a importância da família nos cuidados de saúde e a mudança de paradigma, onde o foco se volta para a família.

## CONCLUSÃO

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2020).

Desde muito cedo que existe a preocupação de integrar a família como foco dos cuidados, tal como mostra a evidência científica e a investigação ao longo dos anos.

Embora os programas informáticos não estejam orientados para os ganhos em saúde na parte da enfermagem, sendo assim difícil demonstrar os mesmos através dos nossos cuidados, o papel do EF é claramente reconhecido pela produção de ganhos significativos em saúde, bem como pelo grau de satisfação de utentes, famílias e comunidades (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008). Independentemente do seu contexto de atuação, é espectável que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional orientando o seu foco de ação para a família, considerando a sua saúde global, desenvolvimento e a forma como contribui para a sociedade. Cuidar a família é um dos objetivos do Conselho Internacional de Enfermeiros, sendo que o contexto familiar possibilita a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2009).

A enfermagem e a promoção da saúde familiar assumem um papel central na promoção do bem-estar das famílias, ao possibilitar uma intervenção contínua e sensível às suas necessidades, fortalecendo a sua resiliência e capacitando-as perante os desafios dos processos de mudança. Neste contexto, torna-se evidente a relevância da formação dos enfermeiros na área da saúde familiar, tanto no âmbito da formação contínua como no domínio da especialização reconhecida e regulada pela Ordem dos Enfermeiros. Esta especialização traduz-se na atribuição de competências específicas e na adoção de padrões de qualidade que orientam os cuidados especializados nesta área.

A realização dos diversos estágios na USF S revelou-se fundamental para o desenvolvimento e consolidação de competências, quer aquelas que são comuns ao EE, quer as competências específicas da enfermagem de saúde familiar. Durante este percurso, procurei integrar a família como unidade central dos cuidados, promovendo a sua capacitação e respeitando a sua individualidade enquanto sistema em constante evolução, inserido num ciclo vital e em transições próprias. Para tal, recorri a teorias, modelos e instrumentos próprios da área de saúde familiar, já descritos ao longo deste relatório.

As principais dificuldades encontradas incidiram, sobretudo, na gestão e organização das consultas familiares, tendo em conta as expectativas e necessidades das famílias face à limitação de tempo disponível, bem como na documentação sistematizada do processo de

cuidados. Estas dificuldades foram gradualmente superadas à medida que me integrava na dinâmica da instituição e fundamentava a minha prática nos conhecimentos teóricos adquiridos previamente. Destaco ainda o valor dos momentos de partilha e reflexão, vividos em colaboração com a minha enfermeira orientadora e com a restante equipa multidisciplinar, que se revelaram essenciais para o crescimento pessoal e profissional ao longo deste processo.

Ao refletir sobre o percurso vivido ao longo deste mestrado, reconheço que me propus, desde o início, a enfrentar os desafios com determinação e um espírito metódico. A conciliação entre a exigente realidade da vida profissional, o tempo dedicado ao estudo, a frequência do EC, a elaboração do presente relatório e ainda a vida pessoal constituiu uma verdadeira prova de resiliência e organização pessoal. Cada etapa implicou uma reorganização das rotinas e uma constante adaptação às exigências académicas e formativas.

O desenvolvimento do trabalho de investigação revelou-se especialmente desafiador, sobretudo no que diz respeito à atualização dos meus conhecimentos em metodologia científica e à fase de tratamento e análise de dados. No entanto, com empenho e com o apoio atento das minhas colegas e do Professor João Frade, foi possível ultrapassar as dificuldades sentidas e dar forma a um trabalho que representa, para mim, um marco importante neste percurso académico.

Considero que este caminho foi, acima de tudo, uma experiência de crescimento, tanto pessoal como profissional. Hoje, sinto que ampliei a minha perspetiva e adquiri um novo olhar sobre os cuidados de enfermagem e sobre o papel das famílias nesses cuidados. Reforçou-se em mim a convicção de que é essencial continuar a investir no desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar, num caminho de valorização e reconhecimento do papel dos enfermeiros especialistas nesta área — por parte da sociedade, das instituições de saúde e dos próprios profissionais de saúde.

Acredito firmemente que os contributos da enfermagem para os resultados em saúde familiar devem ser cada vez mais reconhecidos, sustentados por políticas de saúde que incentivem, de forma clara e consistente, a formação e a prática da enfermagem centrada nas famílias. Só assim será possível consolidar o papel do enfermeiro de saúde familiar como agente transformador e promotor de uma saúde mais próxima, integral e humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/71914>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). "Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos" *Millenium*, nº 40, p.185-199.
- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (Esp.). pp. 75-81. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. pp. 36-43. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 20 de abril de 25 em <http://hdl.handle.net/10400.26/31850>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162–180. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propriedades psicométricas de una escala: la consistência interna. *Revista de Salud Pública*. 10 (5). pp. 831-839. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
- Cárus, P. T. & Fernandes, A. C. (2021) *Introdução às metodologias da investigação em motricidade humana: manual prático de análises de dados com SPSS*. Évora, Portugal: Universidade de Évora
- Chaves, R., Sousa, F., Silva, A., Santos, G., Fernandes, H., & Cutrim, C. (2017). Importância da Família no Processo de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros no Contexto da Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 4989-4998. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>
- Collière MF (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, H. P., & Silva, I. (2013). Caracterização das atitudes dos enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Referência: *Revista de Enfermagem*, 3(11), 19–28. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239970002.pdf>
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), pp. 137-145.
- Decreto-Lei nº298/2007 de 22 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*. (2007). Acedido a 8 de julho de 24 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República* (2007). Acedido a 24 de abril de 2025 em [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1688&tabela=leis](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1688&tabela=leis)
- Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República* (2014). Acedido a 8 de julho de 24 em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118\\_2014\\_EnfFamilia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf)

Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República. (2023). Acedido a 8 de julho de 24 em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Diário da República. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – Regulamento nº743/2019, de 25 de setembro. Acedido a 8 de julho de 24 em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Duhamel, F., Dupuis, F., & Turcotte, A. (2023). Impact of a family nursing education program on nurses' attitudes and competencies. *Nursing Education Perspectives*, 44(2), 101–107. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000956>

Eugénio, I. C. (2009) – Ansiedade e percepções/attitudes dos profissionais da educação face à avaliação de desempenho. [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Acedido a 20 de abril de 25 em <http://hdl.handle.net/10284/1959>

Fernandes, C. S., Gomes, J. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), pp. 21-30. Acedido a 20 de abril de 25 em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>

Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: PAPA-LETRAS

Ferreira, M., & Kraus, T. (2023). Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22058, pp. 1-10. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.12707/RVI22058>

Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Revista Da UI\_IPSantarém*, 6(2), 102–107. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Porto. Editora Lusociência: edições técnicas e científicas, Lda.

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. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar – Estudos de Caso*. Lisboa, Portugal: Sabooks Editora

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. (5ª edição). Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M. F., José, C. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.

Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.12707/RV20158>

Fronteira, I., Jesus, E.H. & Dussault, G. (2020). “A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde”. *Ciências & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. Acedido em 15 de

abril de 25 em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>.

Gottlieb, L.N.(2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Lusodidacta, LisboaImber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. A. (2003). Rituals in families and family therapy. New York: Norton.

Grande, N. (2000). Ética e investigação. Revista de Investigação em Enfermagem. 2. Pp. 49-53

Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. Revista de Enfermagem Referência, 4 (23). pp. 31-40. Acedido em 14 de abril de 2025 em <https://doi.org/10.12707/RIV19077>

Hesbeen, W. (2004). A prática de cuidados: um encontro e um acompanhamento. Enfermagem.

International Family Nursing Association (IFNA). (2017). IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing. (M. Pinto, Trad.) IFNA.

Instituto Nacional de Estatística (2023). O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares. Lisboa, Portugal : Instituto Nacional de Estatística.

Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2023). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. BMC Health Services Research, 23(1), 56. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09123-2>

Larrabee, j. (2011). Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. Porto Alegre:AMGH Editora Ltda.

Lopes, A. C. (2021). Enfermagem de família: Atitudes e práticas nos cuidados de saúde primários [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da ESEnFC. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://repositorio.esenfc.pt/?url=123456>

Lopes, M. A., Gomes, S.F., Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades de cuidados de saúde. INESC TEC OE. Acedido em 15 abril de 25 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_in\\_escotecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_in_escotecabril2018.pdf)

Marôco, J. (2014). Análise Estatística com o SPSS Statistics. (6ª edição). Pêro Pinheiro. ReportNumber, Lda.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. 12(2). pp. 62-66. Acedido a 20 de abril de 25 em <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga. Psiquilíbrios Edições.

Martins et al (2021). ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS À CRIANÇA HOSPITALIZADA: DOS ENFERMEIROS EM CABO VERDE. Acedido a 31 de março de 2025 em <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/download/1109/1055/4512>

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Lisboa

Nóbrega, M. P. S. S., Fernandes, C. S. N. N., Ângelo, M., & Chaves, S. C. S. (2020).

Importância das famílias nos cuidados de enfermagem às pessoas com transtornos mentais: Atitudes de enfermeiros portugueses e brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03594. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018045603594>

Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Santos, M. R., Andrade, L. M., Barbiéri, M. C., Carvalho, J. C., Martinho, M. J. & Martins, M. M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: validação da escala IFCE-AE. Da investigação à prática da Enfermagem de Família. In Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Da Investigação à prática clínica de Enfermagem de Família (pp. 34- 48). Porto. Linha de Investigação em Enfermagem de Família

Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M.J., Figueiredo, M.C., Andrade, L. M., Carvalho, J. C. & Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da Escala Families 'Importance in Nursing Care – Nurse attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (6). pp 1331-1337. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

Oliveira, A. P. L., Fernandes, M. A., & Azevedo, M. L. (2019). Importância das famílias nos cuidados de enfermagem às pessoas com transtornos mentais: Atitudes dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03447. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015003447>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar. 3ª Assembleia do Colégio da especialidade de enfermagem comunitária. 25 de novembro. Leiria – Portugal. Acedido a 8 de julho de 24 em [https://ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2\\_padroesqualidadececomun\\_sfamiliar\\_spublica.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadececomun_sfamiliar_spublica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135. Acedido a 8 de julho de 24 em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/209 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2ªsérie – nº26. Acedido a 8 de julho de 24 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Anuário estatístico 2022. Acedido a 14 de abril de 2025 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência

Östlund, U., & Persson, C. (2022). Examining nurses' attitudes about the importance of family in nursing care from an international perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2235–2246. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1111/jocn.16023>

Pereira, A. & Patrício, T. (2016). *SPSS – Guia Prático de Utilização*. (8ª edição). Lisboa. Edições Sílabo

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.

Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Bragança. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em 15 de abril de 25 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14030>.

Pocinho, M. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda.

PORDATA. (2024). Conheça o seu município. Acedido a 8 de julho de 24 em <https://www.pordata.pt/municipios>

PORTARIA Nº 1368/2007 DE 18 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I Série, Nº 201 (2007). Acedido a 10 de março de 25. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica, Porto: Afrontamento.

Rodrigues, M. A. R., Gomes, A. T. M., & Sousa, L. F. D. (2020). Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros em Portugal: Análise regional. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública, 36, 15–26.

Rodrigues, R & Cardoso, D. (2022). Prática baseada na Evidência. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). Investigação em Enfermagem: Teoria e prática (pp. 227-244). Lisboa. Lidel

Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V., Lise, F. (2021). As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde. Revista de Enfermagem Referência, vol. V, núm. 1. pp. 1-8 Acedido a 20 de abril de 25 em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388270423003>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (junho/dezembro de 2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. Millenium, 49

Saveman, B.-I., Benzein, E., & Engström, Å. (2022). Nurses' attitudes toward family involvement in nursing care: A cross-sectional study. Nursing Open, 9(2), 1200–1210. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.1002/nop2.1176>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). BI - Área dos CSP da ULS Região de Leiria. Acedido a 8 de julho de 24 em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2024). BI – USF Santiago. Acedido a 8 de julho de 24 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101091/Pages/default.aspx>

Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, 3(11), 19-28. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://doi.org/10.12707/R1113105>

Silva, M. A., Silva, D. F., & Campos, M. (2012). A transferibilidade do conhecimento na formação em enfermagem de família. Revista de Enfermagem Referência, 3(7), 92–98. Acedido a 14 de abril de 2025 em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31869/1/2012\\_Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20enf%20Fam%20C3%ADlia92-98.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31869/1/2012_Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20enf%20Fam%20C3%ADlia92-98.pdf)

Silva, M. J. (2019). Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de saúde primários [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Acedido a 20 de abril de 25 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/123456>

Sousa, E. S. (2011). A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Acedido a 20 de abril de 25 em <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>

Teixeira, C. J. (2016). Diferentes Modelos Organizativos de Cuidados de Saúde Primários Apresentam Diferenças no Desempenho?. Universidade do Algarve, Algarve. Acedido a 10 de março de 25 em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10106/1/Tese%20MGUS%20a52411%20Cristiano%20Jesus%20Teixeira.pdf>

Unidade de Saúde Familiar Santiago de Leiria. (2021). Regulamento Interno.

Unidade de Saúde Familiar Santiago de Leiria. (2023). Manual de Acolhimento do Profissional.

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (2020). Acedido a 8 de julho de 24 em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-da-regiao-de-leiria>

Vilelas, J. ( 2022). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 3º edição. Edições Sílabo.

Wright, L. M.& Leahey, M. (2004) Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família. Lisboa: Editora Roca

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família (4ª Edição). São Paulo. Editora ROCA Ltda.

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). Beliefs and illness. A model for healing. Canadá. 4th Floor Press.

Wright, L., & Leahey, M. (2018). Enfermeiras e famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família - 5ª edição. Roca.

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – Apresentação sobre Prevenção de Quedas

## Prevenção de Quedas nos Idosos

USF

Enfermeira Odete Martins  
Aluna de Mestrado Ana Roque

1

## Índice

- Contextualização
- Programa de Exercícios de Otago
- A Queda- Problema de Saúde Pública
- Prevenir as Quedas
- Família-Cuidador
- Segurança Ambiental
- Avaliação do Risco de Queda

2

## Contextualização

A população idosa tem **aumentado rapidamente** em todo o mundo, embora com algumas assimetrias geográficas. Conforme expresso num documento da União Europeia (UE), os países que a integram têm vindo a enfrentar mudanças significativas na estrutura etária da população com uma crescente representatividade dos europeus com **80 e mais anos no grupo da população idosa** (European Commission, 2016; Corseili-Nordblad & Strandell, 2020).

Portugal é um dos países onde o **envelhecimento populacional se tem vindo a agravar**, sendo um dos países da UE com maior proporção de pessoas idosas no total da população residente. Entre os idosos, as pessoas com **oitenta e cinco e mais anos apresentam uma elevada proporção**.

No contexto nacional, os valores do índice de longevidade são indicativos da crescente representatividade de as pessoas referidas de "mais idosas" têm vindo a assumir na população portuguesa. Em 2019 e 2021 os resultados obtidos para este indicador foram, respetivamente, 46,5% e 48,8% em contraste com os 41,9% registado em 2001.

3

## Contextualização

Este maior longevidade traduz uma relevante conquista da humanidade, mas também se tem mostrado associada a **maior probabilidade de doença com impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos** (Corseili-Nordblad & Strandell, 2020).

Fonte: Departamento da Estatística

4

## Contextualização

- Mais recentemente, o plano para "uma década do envelhecimento saudável 2020-2030", declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2020, também corrobora que o **envelhecimento saudável é um processo dinâmico que tem de ser perspetivado e construído ao longo de todo o curso de vida** (World Health Organization [WHO], 2020).
- Em sintonia com a definição de envelhecimento saudável, explicitada no respetivo documento, a meta para esta década do envelhecimento saudável 2020-2030 é **"optimizar a capacidade funcional das pessoas idosas"** (WHO, 2020, p. xiii), pois a **capacidade funcional é um foco central no processo do envelhecimento saudável**.
- A abordagem centrada no ciclo de vida tem como pressuposto que o potencial para desenvolver e manter a habilidade funcional que permite a cada indivíduo, em cada momento, alcançando o seu bem-estar, é determinado pela sua coposidade intrínseca (combinação de todas as capacidades físicas e mentais), pelo ambiente em que vive (físico, social e político) e ainda pelas interações que se estabelecem entre ele e o ambiente (WHO, 2020).

5

## Contextualização

- Os profissionais de saúde devem pautar-se por uma **abordagem perspetivada no ciclo de vida dos seus utentes** e em cada etapa desenvolvimental, implementando intervenções antecipatórias e privilegiando as de promoção de saúde.
- Uma abordagem antecipatória com **avaliação integral e sistematizada**, levada a cabo pela equipa de saúde, permitirá um diagnóstico precoce e consequente intervenção multidisciplinar, orientada para a **promoção da autonomia e independência da pessoa idosa** no seu contexto de vida (Golinowska et al., 2016; McClintock et al., 2016).
- A evidência tem mostrado que em contexto comunitário, a **síndrome de fragilidade e as quedas associam-se a maior dependência nas atividades de vida diária** (Pietro et al., 2018) e são preditores da hospitalização (Kojima, 2016; Rosenberg et al., 2019) e da institucionalização das pessoas idosas (Kojima, 2018).
- As atividades de promoção da saúde são pertinentes em todas as fases da vida, nomeadamente na população mais idosa, pois um **estilo de vida saudável**, nesta etapa da vida, **pode imibir ou retardar o desenvolvimento de algumas doenças, prevenir compromissos na capacidade funcional, manter ou melhorar a capacidade para o autocuidado, estimular a rede social e, consequentemente, trazer mais qualidade de vida aos anos conquistados** (Golinowska et al., 2016).

6

## Programa de Exercícios de Otago

7

## Programa de Exercícios de Otago

Na atualidade, as quedas constituem um grande problema de saúde pública em todo o mundo, não só pela sua magnitude, mas também pelas graves consequências que lhe estão associadas, principalmente quando a vítima é uma pessoa idosa. A probabilidade de um idoso sofrer lesões ou morrer devido a um evento de queda, aumenta com a idade, sendo que o risco de a queda ser um evento fatal é mais elevado em países com baixo e médio nível económico (WHO, 2021).

8

## Programa de Exercícios de Otago

> O Otago Exercise Program (OEP) desenvolvido por investigadores da University of Otago Medical School, na Nova Zelândia, é um dos programas mais testado e implementado em contexto comunitário. O foco do OEP é **melhorar a força e o equilíbrio** com uma solução simples, acessível e fácil de implementar em contexto domiciliário, durante 12 meses, sendo complementado com acompanhamento por entrevistas telefónicas mensais e visitas domiciliárias semestrais. O programa **está planeado para ser executado autonomamente pelos idosos nas suas casas**, após um treino realizado em quatro sessões individuais com um instrutor (na versão original, um fisioterapeuta) e seguindo as orientações detalhadas, compiladas num manual em suporte de papel disponibilizado pelo instrutor ao idoso/família.

> Os resultados da investigação realizada para avaliar a sua eficácia demonstraram resultados favoráveis, nomeadamente, **uma redução de 35% no número de quedas numa população de 1.016 participantes com idades entre os 65 e os 97 anos**, quando comparado com os idosos que não foram intervenções pelo programa. Os participantes com 80 ou mais anos que tinham caído no ano anterior foram os que mostraram maior benefício (Burns et al., 2022).



9

## Programa de Exercícios de Otago



[https://profound.eu.com/wp-content/uploads/2015/03/Portuguese\\_leaflet\\_Otago.pdf](https://profound.eu.com/wp-content/uploads/2015/03/Portuguese_leaflet_Otago.pdf)



10

## A Queda – Problema de Saúde Pública



11

## A Queda – Problema de Saúde Pública

> A OMS, no documento *Global Report on Falls Prevention in Older Age*, refere a queda como **"descida inadvertida ao chão, solo ou a outro nível inferior**, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos" (OMS, 2007).

> Estes eventos que ocorrem de **forma inesperada** produzem compromissos na capacidade funcional dos idosos para a realização das suas atividades do dia-a-dia. Devido ao **impacto negativo na saúde e na qualidade de vida dos idosos**, as quedas são consideradas um grave problema de Saúde Pública.

> As quedas são acontecimentos complexos onde diversos fatores de risco estão presentes, interagindo entre si. De facto, o risco de uma pessoa idosa sofrer uma queda **aumenta à medida que aumenta o número de fatores de risco presentes**.

> Os fatores de risco de queda são descritos como **físicos, psicológicos, médicos, socioeconómicos, ambientais, comportamentais e outros**, embora a **idade avançada e a história de quedas** recorrentes sejam, talvez, os preditores-chave mais importantes de futuras quedas em idosos (Ambrose et al, 2013; WHO, 2021).



12

## A Queda – Problema de Saúde Pública

Biológicos	Comportamentais	Socioeconómicos	Económicos	Ambientais
<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade</li> <li>Sexo</li> <li>Existência de Queda</li> <li>Alterações na marcha e equilíbrio</li> <li>Diminuição de força</li> <li>Declínio funcional e cognitivo</li> <li>Depressão</li> <li>Problemas de Visão e Audição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poli-medicação</li> <li>Consumo de bebidas alcoólicas</li> <li>Calçado inadequado</li> <li>Estilo de vida Sedentário</li> <li>Ausência de exercício físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixa Escolaridade</li> <li>Interações Sociais frágeis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habituação Desajustada</li> <li>Baixos rendimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreiras arquitetónicas</li> <li>Iluminação insuficiente</li> <li>Piso escorregadio</li> <li>Tapetes soltos</li> <li>Degradação dos espaços</li> </ul>



13

## A Queda – Problema de Saúde Pública

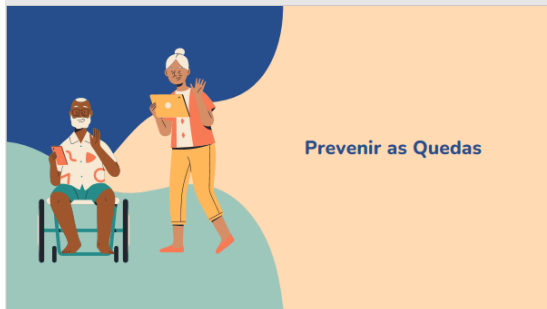
> Consciente deste problema, a WHO (2021) publicou recentemente o **Plano de Ação Global de Segurança do Paciente para a década 2021/2030**, que serve de referencial orientador para os diferentes países elaborarem e implementarem o seu plano nacional, visando eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde.

> A nível nacional, o atual **Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSSD)** desenvolvido para o quinquénio 2021-2026, responde aos desafios da WHO, suportando-se em **5 pilares com os respetivos objetivos estratégicos**. Este instrumento orientador do planeamento de segurança no Sistema de Saúde, pretende consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, conduzindo a ganhos em saúde. Em alguns objetivos estratégicos do Pilar 5, relativo às "Práticas seguras em ambientes seguros", estão definidas algumas ações e metas dirigidas para a prevenção de quedas (Lebre et al., 2022).



14

## Prevenir as Quedas



15

## Prevenir as Quedas

> Muitos dos programas de prevenção de quedas incluem a **componente da educação e promoção da saúde** – do idoso e seu cuidador – enquanto estratégia eficaz (AOS/BO5, 2011). As intervenções efetivas para a prevenção de quedas são aquelas que **utilizam uma abordagem multifatorial, adequadas ao perfil de risco dos idosos**.

> Desta forma, a abordagem de um modelo multifatorial de prevenção de quedas, prevê que a **mudança de comportamento ou mudança organizacional**, a segurança ambiental, a atividade (física e social), a gestão da saúde, a educação, a utilização de tecnologias (WHO, 2021) e a adequação do vestuário, são contributos essenciais para o sucesso destes programas.

> A educação para a saúde, enquanto componente-chave da maioria dos programas de prevenção de quedas, tem como propósito: i) **conscientizar os idosos sobre a natureza e a importância da problemática** e ii) **capacitar os idosos sobre estratégias eficazes para prevenir as quedas**.

> Assim, intervenções dirigidas às pessoas idosas baseadas na realização de diferentes tipos de exercício físico, têm mostrado benefício na redução de risco de queda, nomeadamente, programas de exercício físico que melhoram a força muscular, a marcha e o equilíbrio (WHO, 2021), como é o caso do **Programa de Exercícios de Otago**. Estas medidas podem ser utilizadas como intervenções isoladas ou inseridas em programas multifacetados.



16



## APÊNDICE II – Avaliação Familiar da Família C



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA C

ANA MARGARIDA GASPAR ROQUE

Leiria, outubro de 2024



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA C

ANA MARGARIDA GASPAR ROQUE (nº5230034)

Trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular  
Ensino Clínico II integrada no Mestrado em Enfermagem  
Comunitária na área da Saúde Familiar sob orientação  
da Professora Doutora Eva Menino

Leiria, outubro de 2024

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

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

UC – Unidade Curricular

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	IV
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA C</b> .....	7
1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL .....	7
1.1.1 Estrutura Interna.....	7
1.1.2 Estrutura Externa .....	8
1.1.3 Contexto.....	10
1.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO .....	11
1.2.1 Estádio do Ciclo Vital.....	11
1.2.2 Tarefas.....	11
1.2.3 Vínculos Afetivos.....	11
1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	12
1.3.1 Funcionamento Instrumental .....	12
1.3.2 Funcionamento Expressivo .....	13
<b>2. PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA C</b> .....	15
<b>CONCLUSÃO</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	21
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE .....	24
ANEXO II - ESCALA DE FACES II .....	25
ANEXO III - ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN.....	27

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tipo de Família .....	8
Figura 2 - Genograma da Família C .....	9
Figura 3 - Ecomapa da Família C .....	9
Figura 4 - Habitação da Família C .....	10
Figura 5 - Escala de Graffar Família C .....	10
Figura 6 - Ciclo Vital Duvall .....	11
Figura 7 - Avaliação do Planeamento Familiar .....	16
Figura 8 - Avaliação do Papel Parental .....	17
Figura 9 - Avaliação do Papel Parental .....	17
Figura 10 - Avaliação do Processo Familiar .....	18
Figura 11 - Avaliação da Satisfação Conjugal .....	18

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi proposto no âmbito da unidade curricular (UC) Ensino Clínico II, integrada no 1º ano do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação da docente Professora Doutora Eva Menino.

Segundo Figueiredo (2018), o estudo de caso consiste numa abordagem metodológica de investigação que procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos nos quais estão envolvidos vários fatores. O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) necessita de instrumentos de apoio para a avaliação sistémica da família.

Os modelos teóricos em Enfermagem desempenham um papel fundamental pois oferecem estrutura e enquadramento conceptual e diretrizes para a prática clínica da Enfermagem, garantindo o rigor no exercício profissional baseado em pressupostos científicos. O modelo teórico que fundamenta este trabalho é a “Teoria das Transições de Afaf Meleis”, que nos diz que as transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida, que se manifesta em todos os indivíduos (Meleis, 2010). Os referenciais teóricos e operativos que fundamentam e orientam o desenvolvimento do estudo de caso e as ações implementadas tiveram na sua base o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

A família selecionada para a aplicação do MCAF foi sugerida pela enfermeira orientadora devido à transição a ser vivenciada pela mesma, por ser uma excelente oportunidade de intervenção. A transição para a parentalidade é um período envolto de expectativas (Biehle & Mickelson, 2011) que traz instabilidade ao relacionamento conjugal (Chong & Mickelson, 2016; Kohn et al, 2012), os novos pais deparam-se com uma realidade completamente diferente, necessitam de fazer bastantes mudanças à sua vida de modo a conseguirem ultrapassar este momento de crise. A adaptação ao novo membro é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala o início de uma nova fase do ciclo vital (Relvas, 2004).

Como objetivo deste relatório temos apresentar o Processo de Enfermagem da Família C.

Foi obtido o consentimento informado junto da mesma e explicado que todos os dados recolhidos seriam apenas para fins académicos e que os mesmos não iriam ser expostos. Durante os contactos com a família foi então possível a aplicação de escalas de avaliação

familiar, a recolha de informações pertinentes e posteriormente foi elaborado um plano de cuidados em colaboração com a mesma de modo a conseguir concretizar os seus objetivos. Todos os registos foram efetivados no processo familiar no Sclínico®.

O presente trabalho é constituído por três partes, a primeira onde é avaliada a família de acordo com MCAF, uma segunda parte onde é apresentado o plano de cuidados da família e por fim uma conclusão.

## 5. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA C

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) orienta a prática de enfermagem através da avaliação familiar, com base nas suas experiências de vida, as atividades profissionais, as crenças e relacionamentos dos indivíduos, vivenciadas em determinado momento (Wright & Leahey, 2018).

O modelo centra-se em três dimensões: a estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada dimensão contém várias subcategorias que podem ser utilizadas para avaliar a dinâmica familiar. Durante o processo de avaliação, podem não ser utilizados todos os parâmetros. No entanto, a avaliação de poucas subcategorias poderá induzir em erro a situação familiar (Wright & Leahey, 2018).

Devemos avaliar todas as famílias, seja de forma formal ou informal de modo a podermos contribuir para o seu melhor funcionamento, e aproveitar da melhor forma todas as oportunidades em consulta, visto que as famílias cada vez mais dispõem de menos tempo para se descolar aos serviços de saúde.

Segundo Figueiredo & Martins (2010) o MCAF permite compreender a família na sua multidimensionalidade, identificando as áreas de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar.

### 1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural de uma família, implica analisar o vínculo entre os elementos e com outros indivíduos, bem como a contextualização dessas ligações. Nesta avaliação é observado a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto (Wright & Leahey, 2018).

#### 1.1.1 Estrutura Interna

A família C é uma nuclear, constituída por um casal e a sua filha. O M é do sexo masculino e os restantes elementos (S e N) do sexo feminino. O M nasceu em 1996, a S em 2004 e a N em 2024. O casal tem orientação heterossexual. A família é composta pelo subsistema individual, conjugal (M e S) e o parental (M e S com a filha N). Os limites nesta família são claros e permeáveis pois existe uma flexibilidade adequada, ou seja, há regras, mas podem ser modificadas de acordo com a vontade da família ou de um dos seus membros.

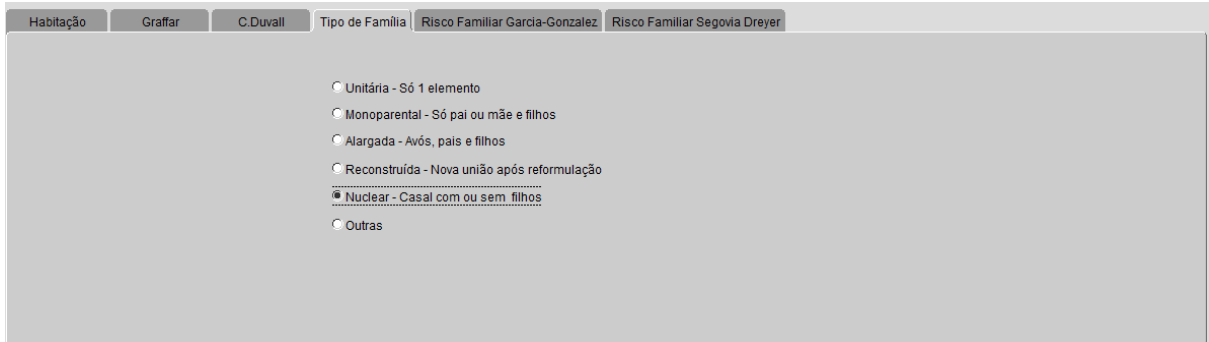


Figura 4 - Tipo de Família  
Fonte: Sclínico®

### 1.1.2 Estrutura Externa

A estrutura externa é composta pela família extensa (família de origem e família de procriação) e os sistemas mais amplos. O Genograma e o Ecomapa são instrumentos representativos da estrutura externa, representando respetivamente a estrutura familiar e as suas relações e as relações da família com o exterior.

O ecomapa, explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares. Permite avaliar os indivíduos, as famílias ou os grupos nos seus contextos, com uma visão rápida dos elementos constituintes e as suas interações e ligações. Mostrando a natureza das relações entre os membros da família com os sistemas amplos, evidenciando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2023).

A família nuclear tem uma relação de amor entre os membros. O M, a S e a N convivem todos os dias, pois vivem juntos. A família extensa é composta pelos pais do M (M e N) e pelos seus irmãos e respetivas famílias.

A família relaciona-se com outros sistemas mais amplos, bem como com a rede social da unidade familiar. No dia-a-dia, a Família C, gosta de passar maior parte do tempo em família, sendo que agora nesta fase passam mais tempo com a mãe do M de modo a que esta ajude a S com a filha, tendo assim uma boa relação e proximidade. Gostam de fazer passeios em família pela zona onde moram, frequentam locais como o supermercado, o café e a mesquita, onde vão todas as sextas feiras à oração. Todos os dias cumprem também cinco momentos de oração segundo a sua religião.

Frequentemente, os membros têm contato com a enfermeira de família, existindo uma relação de confiança e proximidade. Têm sido realizadas Consultas de Saúde Infantil à N, e a S tem agendada Consulta de Puerpério.

De seguida apresento o genograma e o ecomapa da família C.

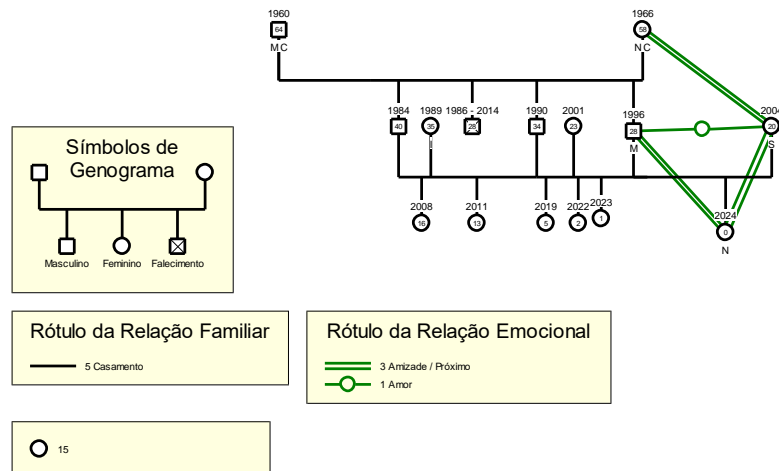


Figura 5 - Genograma da Família C

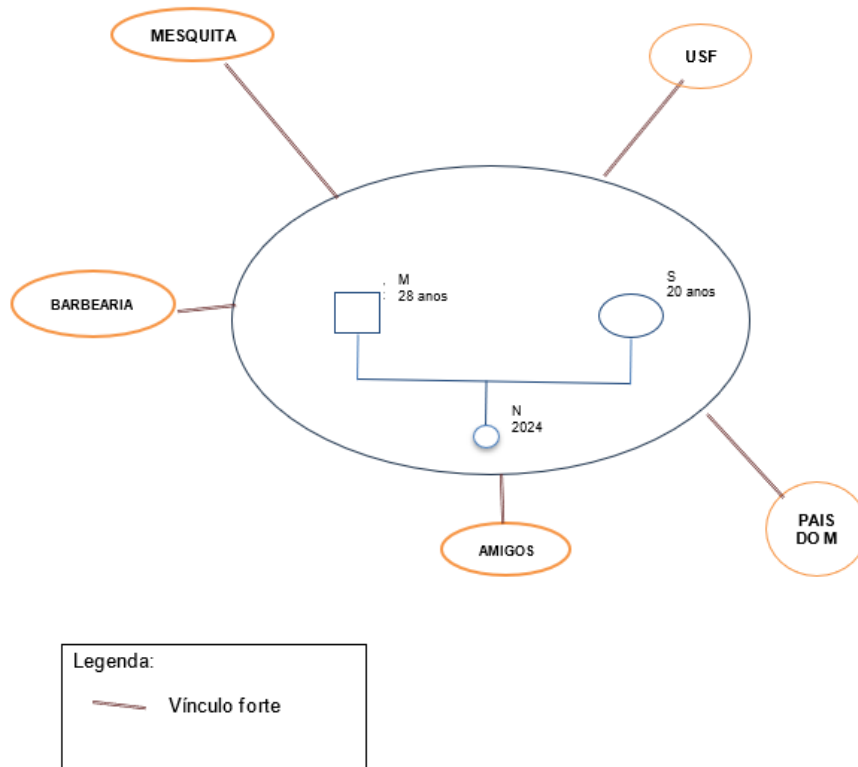
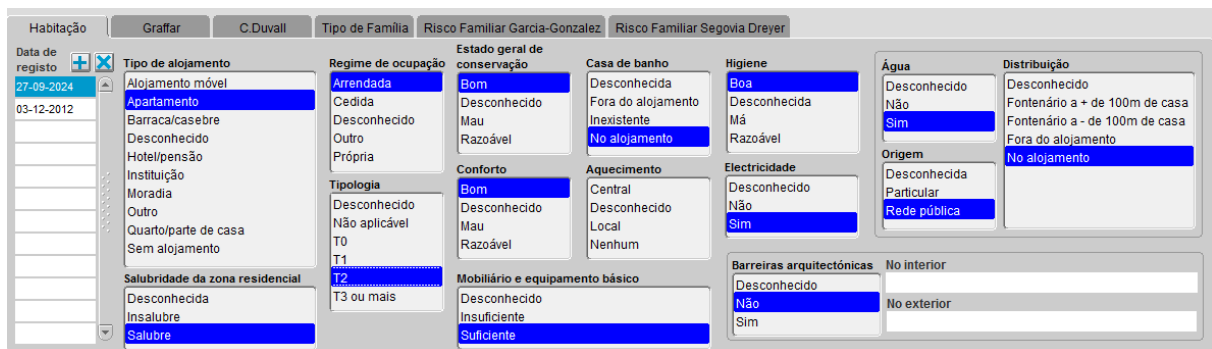


Figura 6 - Ecomapa da Família C

### 1.1.3 Contexto

O M nasceu em Portugal, mas tem nacionalidade portuguesa e marroquina e a S nasceu em Marrocos, tendo vindo para Portugal para se casar com o M. Segundo Wright & Leahey (2012), as crenças religiosas da família, bem como rituais e práticas, podem exercer influência positiva ou negativa sobre a capacidade de enfrentar ou tratar uma doença ou preocupação de saúde. A religião da família é o Islão e são praticantes. A família tem como valores importantes a família e a saúde, acreditando no sistema de saúde e tem respeito pelo mesmo.

Foi também avaliada a habitação da família e registado no SClínico® que apresento de seguida.



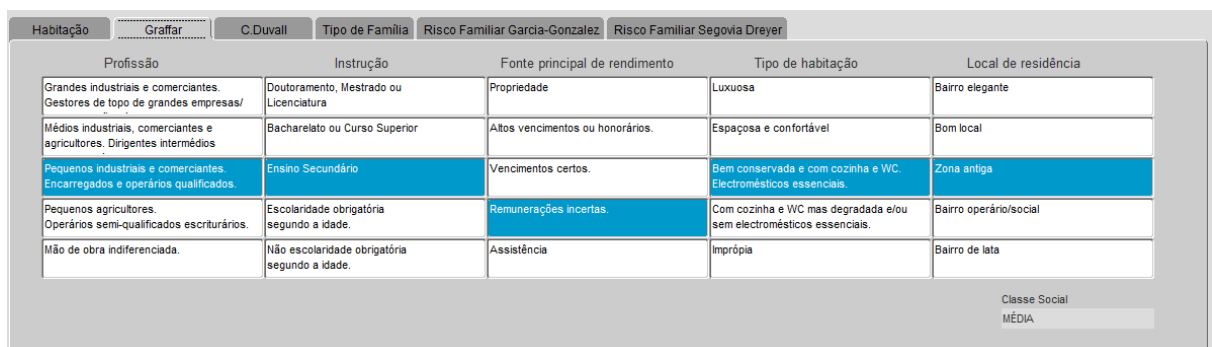
The screenshot shows a software interface for housing assessment. The main window is titled 'Habitação' and contains several sections with dropdown menus and buttons. The sections include:

- Data de registo:** 27-09-2024
- Tipo de alojamento:** Apartamento
- Regime de ocupação:** Arrendada
- Estado geral de conservação:** Bom
- Casa de banho:** No alojamento
- Higiene:** Boa
- Água:** Sim
- Distribuição:** No alojamento
- Origem:** Rede pública
- Salubridade da zona residencial:** Salubre
- Tipologia:** T2
- Conforto:** Bom
- Aquecimento:** Local
- Electricidade:** Sim
- Barreiras arquitectónicas:** No interior
- Mobiliário e equipamento básico:** Suficiente

Figura 7 - Habitação da Família C  
Fonte: SClínico®

Como podemos observar a família reside num apartamento arrendado, que tem dois quartos e uma casa de banho, tendo um bom estado de conservação. A higiene da casa é boa assim como o conforto.

A Escala de Graffar Adaptado, avalia as condições socioeconómicas e identifica a classe social da família. “Permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial” (Figueiredo, 2020). Esta escala também foi aplicada durante a entrevista com a família e registada no SClínico®, que apresento aqui em seguida.



The screenshot shows a table with the following columns: Profissão, Instrução, Fonte principal de rendimento, Tipo de habitação, and Local de residência. The data is as follows:

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 etou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

At the bottom right, there is a section for 'Classe Social MÉDIA' with a corresponding bar chart.

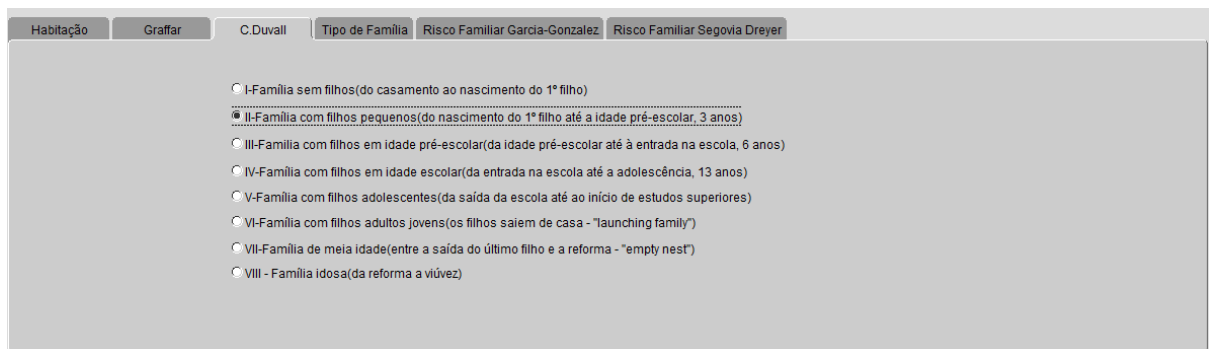
Figura 8 - Escala de Graffar Família C

## 1.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

A avaliação de desenvolvimento familiar, é realizada através da identificação da fase do ciclo vital, o processo emocional de transição e as mudanças de segunda ordem (Wright & Leahey, 2018).

### 1.2.1 Estádio do Ciclo Vital

No SClínico®, o modelo utilizado para identificar o ciclo vital da família é do Duvall, e a família encontra-se na segunda fase do ciclo vital: família com filhos pequenos. Nesta etapa, os adultos precisam de ajustar o sistema conjugal, que assume um papel menor relativamente ao sistema parental. Há uma abertura ao exterior, incluindo assim o sistema de saúde e a família. Deve haver também um desenvolvimento de novos papéis (subsistema parental) para além do papel conjugal (Wright & Leahey, 2018).



Habitação   Graffar   C.Duvall   **Tipo de Família**   Risco Familiar Garcia-Gonzalez   Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Figura 9 - Ciclo Vital Duvall  
Fonte: SClínico®

Devido a mudanças ao longo do ciclo vital inerentes ao seu desenvolvimento, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe de modo a medir eventos vitais, correlacionando assim os mesmos com o stresse e a doença (Figueiredo, 2020). Após aplicação da escala foi obtido um score de 33, através dos acontecimentos: Casamento, Gravidez e Aumento do Agregado Familiar. Assim, é possível concluir que a família tem uma baixa probabilidade de adquirir doença. No Anexo I encontra-se a escala aplicada.

### 1.2.2 Tarefas

O casal não demonstra insatisfação pela distribuição das tarefas domésticas, sendo que é a S que executa a maioria das tarefas em casa, assumindo o papel de doméstica.

### 1.2.3 Vínculos Afetivos

O M e a S demonstram-se satisfeitos pelo tempo que passam juntos. Relativamente à comunicação entre o casal, esta não está comprometida, embora a S tenha dificuldade em expressar-se em português, comunica com o M em árabe, expressando as suas dúvidas,

medos e inseguranças sempre que acha necessário. “A satisfação do casal centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percecionada como apoiante na suas múltiplas vertentes, que se interligam” (Figueiredo, 2020). A díade apresenta assim um vínculo forte de amor entre eles e em relação à N.

### **1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

#### **1.3.1 Funcionamento Instrumental**

O funcionamento instrumental da família é referente às atividades de vida diárias, como manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura corporal, mobilização, trabalho e atividades de lazer, expressão da sexualidade, sono e repouso e morte (Wright & Leahey, 2018).

As rotinas familiares protegem os elementos da família contra o stress. A Família C descreve-se como sendo uma família com rotinas embora agora um pouco alteradas devido à bebe N.

A capacidade de comunicar, entre família, não se encontra comprometida uma vez que demonstram comunicar corretamente e com respeito, entre si e com as restantes pessoas, embora a S comunique de forma mais simples devido a falar português há pouco tempo.

A Família C, demonstra realização pessoal e profissional, o M tem o seu negócio próprio, a barbearia e a S fica em casa com a bebé e cuida da mesma. Ao fim de semana, a família realiza algumas atividades de lazer, como passear e ir ao café.

Como meio de transporte, utilizam o carro, e nas viagens utilizam o cinto de segurança para proteção. A bebé, é transportada segundo as recomendações fornecidas pela segurança rodoviária.

Os membros da família, apresentam um padrão respiratório eficaz em períodos de repouso e de atividade, não têm problemas respiratórios.

Na alimentação, o casal é independente no comer e beber. A alimentação da N é o leite materno em exclusivo, mas o M demonstrou desconhecimento na alimentação da mesma, pelo que foi levantada esta necessidade no plano de cuidados.

Na eliminação, o casal é independente, não têm dificuldade na eliminação vesical e intestinal. A N é dependente, necessitando dos pais para a mudança da fralda.

Na higiene pessoal e no vestir-se, o casal é autónomo. A N é dependente em grau elevado, porque necessita dos pais para a realização da higiene e para vestir. A família realiza a higiene diariamente, e o vestuário utilizado apresenta-se limpo, cuidado, mas na primeira abordagem

o vestuário da N não se encontrava adaptado à temperatura ambiental, pelo que a família foi instruída sobre como vestir a N e avaliar se tem frio ou calor. A S como mulher muçulmana e demonstrando respeito pela unidade de saúde usa véu (hijab) quando se desloca ao mesmo. Durante as saídas mais informais não utiliza.

Na expressão sexual, o casal é heterossexual. Estes utilizam como método contraceutivo, a pílula. Neste momento a S ainda não iniciou a contraceção após gravidez, mas será abordado na consulta de puerpério.

### **1.3.2 Funcionamento Expressivo**

O funcionamento expressivo, avalia o funcionamento da família em nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Wright & Leahey, 2018).

Na família, o M é o membro que tem mais facilidade em expressar os seus sentimentos. O discurso é claro e direto, pelo que não há falhas na comunicação. É o M que toma quase sempre a iniciativa de resolver as dificuldades, do que me foi possível avaliar em consulta. Isto poderá dever-se ao facto de a S ainda estar a passar pelo processo de adaptação ao país, a ser mãe e à língua. A família utiliza recursos externos para resolver os seus problemas, nomeadamente a família extensa e as instituições de saúde.

Os papéis familiares têm impacto na interação, nas funções e na organização do sistema familiar. O M realiza o papel de provedor, ou seja, dá entrada de bens financeiros através do seu negócio e também realiza a gestão financeira, pelo que é a pessoa com mais poder na família. A S trata das tarefas domésticas assumindo o papel de cuidado doméstico. Neste momento ainda não existe saturação no papel, mas deverá ser avaliado novamente no futuro. O M costuma tomar a iniciativa para as atividades de lazer e promove o contato com a família extensa e amigos, assumindo o papel recreativo e de parente. O M manifestou vontade de levar a S a Marrocos para visitarem a família dela.

Sendo uma família muçulmana, utilizam a sua fé para ultrapassar crises e transições da vida familiar, apresentando boa capacidade de resolução de problemas.

A Escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein, foram utilizados como instrumentos para avaliação da família.

A escala de FACES II é uma escala tipo *Likert*, em que as opções de resposta são de um a cinco, sendo que o valor um corresponde a “quase nunca”, valor dois corresponde a “de vez em quando”, o valor três corresponde a “às vezes”, o valor quatro corresponde a “muitas

vezes” e o valor cinco corresponde a “quase sempre” (Figueiredo, 2023). Esta escala permite avaliar a coesão e adaptabilidade da família. Segundo esta escala, a família é considerada como: ligada (63 valores) e estruturada (40 valores) “As famílias que se encontram nos níveis centrais de coesão (separada e ligada) possuem um bom funcionamento familiar...” (Figueiredo, 2020). “Tal como acontece na coesão, os níveis centrais de adaptabilidade (estruturada e flexível) produzem um melhor funcionamento familiar” (Figueiredo, 2020). Perante as respostas, a família é meio-termo (4 valores). Em anexo, encontra-se a escala preenchida (Anexo II).

A Escala de APGAR Familiar de Smilkstein permite aos elementos transmitirem o grau de satisfação, relativamente aos parâmetros básicos da função familiar. A perceção de cada membro possibilita a caracterização da família, como altamente funcional, moderada disfunção e acentuada disfunção (Figueiredo, 2020). Segundo a escala, a família C é considerada uma “Família Altamente funcional “(Anexo III).

## 6. PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA C

Com base na avaliação da Família C, através da colheita de dados e entrevista, e com base no MCAF foram atribuídos diagnósticos e elaborado um plano de cuidados de forma colaborativa com a mesma. Decorrente da análise dos dados obtidos na interação com a família e face à complexidade, intersubjetividade e contextualidade das mesmas, os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das necessidades ou problemas (Figueiredo,2020).

Os termos utilizados, são segundo a terminologia descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	
<b>FOCO</b>	Regime de Imunização
<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS</b>	Regime de Imunização comprometido (- Adesão ao regime de imunização não demonstrada)
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Regime de Imunização comprometido
<b>INTERVENÇÕES</b>	- Promover a adesão ao regime de imunização; -Ensinar sobre vacinas; - Administrar vacinas.
<b>AVALIAÇÃO</b>	A S imigrou para Portugal e esteve grávida, pelo que o PNV se encontra desatualizado. Posteriormente será feita a vacinação de acordo com o esquema preconizado

<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	
<b>FOCO</b>	Planeamento Familiar
<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS</b>	Planeamento Familiar eficaz por conhecimento sobre vigilância pré-concepcional demonstrado
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Planeamento Familiar Eficaz
<b>INTERVENÇÕES</b>	-Motivar para o uso de contraceptivo; -Providenciar contraceptivo; -Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes; -Elogiar o uso de contraceção.
<b>AVALIAÇÃO</b>	Durante o período de estágio a S não podia retomar ainda o uso da pílula, mas o assunto foi abordado em consulta.

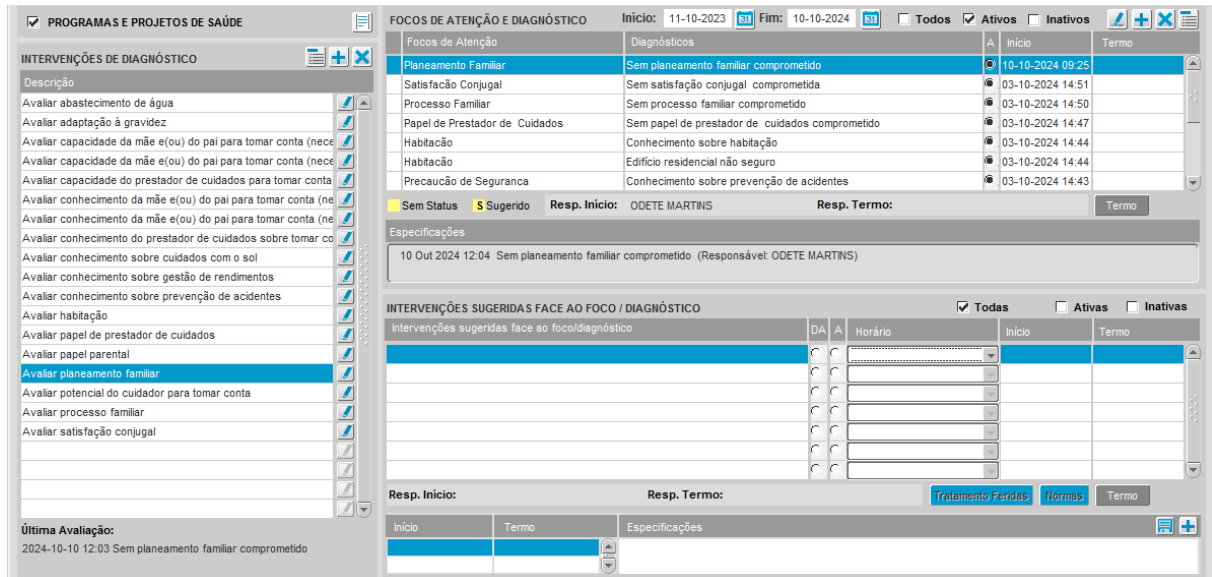
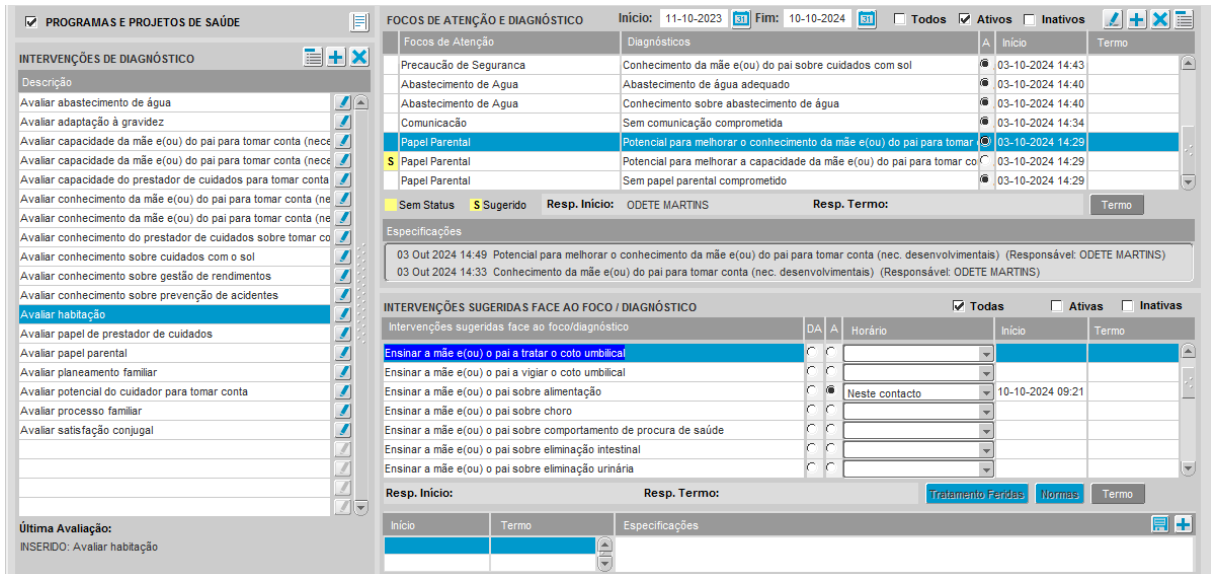


Figura 10 - Avaliação do Planeamento Familiar  
Fonte: SClinico®

<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	
<b>FOCO</b>	Papel Parental
<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS</b>	Papel Parental Não Adequado por conhecimento do Papel Não Demonstrado (- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno– Não demonstrado)
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Papel Parental Não Adequado
<b>INTERVENÇÕES</b>	-Ensinar os pais sobre papel parental; -Ensinar os pais sobre aleitamento materno; -Instruir sobre técnica de aleitamento materno; -Ensinar os pais sobre vigilância de saúde; -Ensinar os pais sobre processo de vinculação.
<b>AVALIAÇÃO</b>	O subsistema parental demonstra potencial para melhorar o conhecimento sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido relativamente ao aleitamento materno. Posteriormente, num outro contacto verificam-se melhorias nos conhecimentos demonstrados pelos pais, mas mantém-se a disponibilidade dos serviços de saúde para aumentar a literacia em saúde da família. Considera-se assim o objetivo cumprido através das intervenções efetuadas, mas deverá manter-se a reavaliação em cada consulta de vigilância da saúde, a introdução de temas pertinentes à idade da criança e cuidados antecipatórios.



**PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE**

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação**
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar satisfação conjugal

Última Avaliação:  
INSERIDO: Avaliar habitação

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 11-10-2023 Fim: 10-10-2024

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Precaução de Segurança	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com sol	03-10-2024 14:43	
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	03-10-2024 14:40	
Abastecimento de Água	Conhecimento sobre abastecimento de água	03-10-2024 14:40	
Comunicação	Sem comunicação comprometida	03-10-2024 14:34	
Papel Parental	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta	03-10-2024 14:29	
<b>Papel Parental</b>	<b>Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta</b>	<b>03-10-2024 14:29</b>	
Papel Parental	Sem papel parental comprometido	03-10-2024 14:29	

Sem Status Sugerido Resp. Início: ODETE MARTINS Resp. Termo: Termo

**Especificações**

03 Out 2024 14:49 Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (Responsável: ODETE MARTINS)  
03 Out 2024 14:33 Conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (Responsável: ODETE MARTINS)

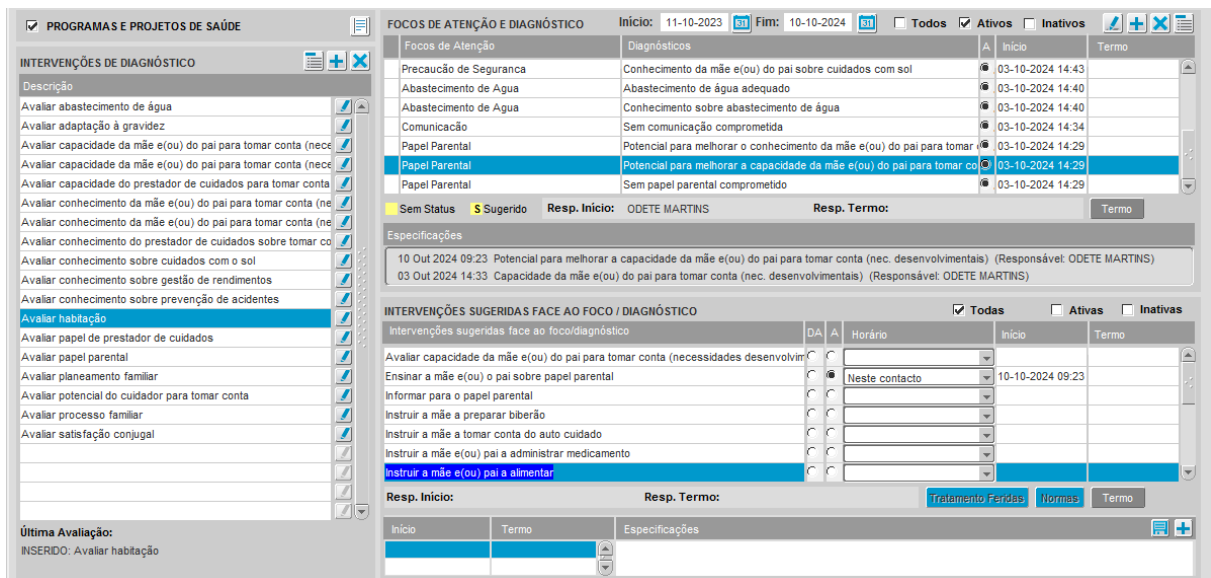
**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO** Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
<b>Ensinar a mãe e(ou) o pai a tratar o coto umbilical</b>					
Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar o coto umbilical					
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação					
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre choro			Neste contacto	10-10-2024 09:21	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre comportamento de procura de saúde					
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação intestinal					
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação urinária					

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início Termo Especificações

Figura 11 - Avaliação do Papel Parental  
Fonte: SClinico®



**PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE**

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação**
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar satisfação conjugal

Última Avaliação:  
INSERIDO: Avaliar habitação

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 11-10-2023 Fim: 10-10-2024

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Precaução de Segurança	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com sol	03-10-2024 14:43	
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	03-10-2024 14:40	
Abastecimento de Água	Conhecimento sobre abastecimento de água	03-10-2024 14:40	
Comunicação	Sem comunicação comprometida	03-10-2024 14:34	
Papel Parental	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta	03-10-2024 14:29	
<b>Papel Parental</b>	<b>Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta</b>	<b>03-10-2024 14:29</b>	
Papel Parental	Sem papel parental comprometido	03-10-2024 14:29	

Sem Status Sugerido Resp. Início: ODETE MARTINS Resp. Termo: Termo

**Especificações**

10 Out 2024 09:23 Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (Responsável: ODETE MARTINS)  
03 Out 2024 14:33 Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (Responsável: ODETE MARTINS)

**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO** Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvim					
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental					
Informar para o papel parental			Neste contacto	10-10-2024 09:23	
Instruir a mãe a preparar biberão					
Instruir a mãe a tomar conta do auto cuidado					
Instruir a mãe e(ou) pai a administrar medicamento					
<b>Instruir a mãe e(ou) pai a alimentar</b>					

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

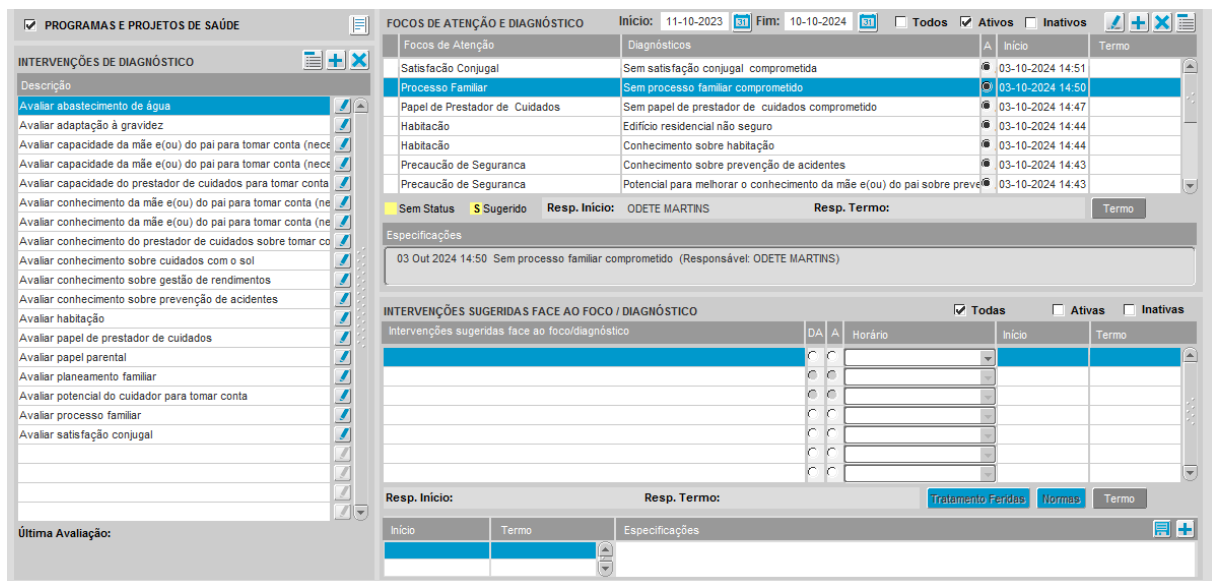
Início Termo Especificações

Figura 12 - Avaliação do Papel Parental  
Fonte: SClinico®

PLANO DE CUIDADOS	
<b>FOCO</b>	Comportamento de Procura de Saúde
<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS</b>	Comportamento de Procura de Saúde Não comprometido por adesão demonstrada
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Comportamento de Procura de Saúde Não comprometido
<b>INTERVENÇÕES</b>	-Avaliar conhecimento para promover comportamentos de procura de saúde; - Avaliar potencial para melhorar conhecimento;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde;</li> <li>- Incentivar comportamentos de procura de saúde;</li> <li>- Orientar para o enfermeiro de família.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	A família procurou sempre os serviços de saúde durante este período de transição tendo sempre marcado as próximas consultas. Foram elogiados pelo comportamento e incentivados a manterem o mesmo em todos os contactos.

Foram avaliados outros focos que não se encontram comprometidos e realizados os registos no SClínico® no Processo Familiar, como demonstro nas imagens seguintes.



**PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE**

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar satisfação conjugal

Última Avaliação:

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 11-10-2023 Fim: 10-10-2024 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Satisfação Conjugal	Sem satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:51	
Processo Familiar	Sem processo familiar comprometido	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:50	
Papel de Prestador de Cuidados	Sem papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:47	
Habitação	Edifício residencial não seguro	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:44	
Habitação	Conhecimento sobre habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:44	
Precaução de Seguranca	Conhecimento sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:43	
Precaução de Seguranca	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:43	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: ODETE MARTINS Resp. Termo: Termo

Especificações

03 Out 2024 14:50 Sem processo familiar comprometido (Responsável: ODETE MARTINS)

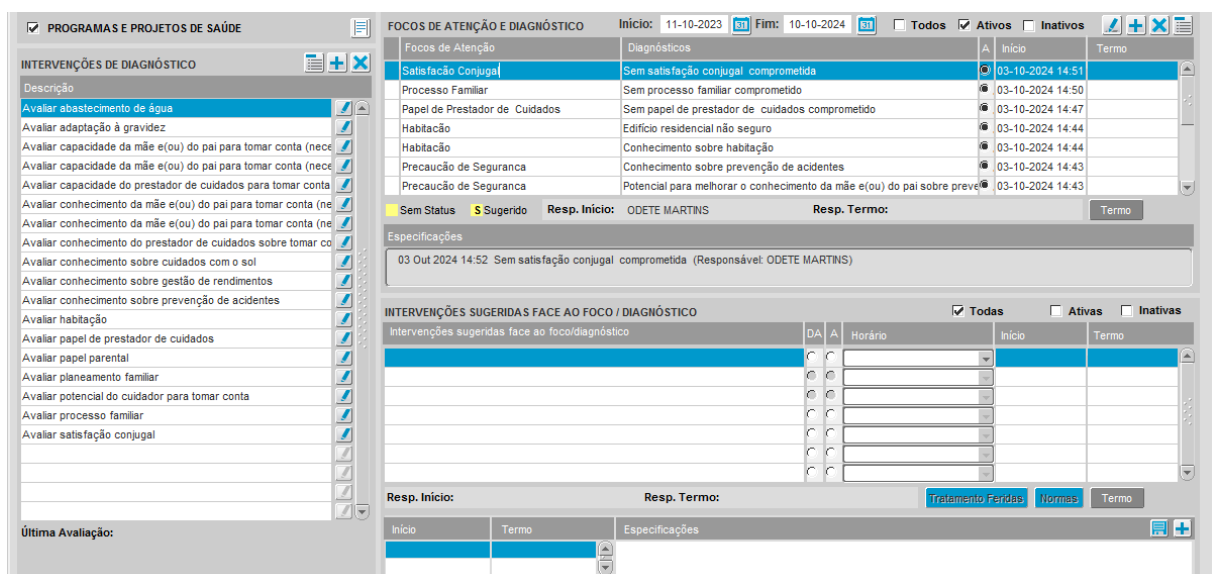
**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO** Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início Termo Especificações

Figura 13 - Avaliação do Processo Familiar  
Fonte: SClínico®



**PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE**

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar satisfação conjugal

Última Avaliação:

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 11-10-2023 Fim: 10-10-2024 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Satisfação Conjugal	Sem satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:51	
Processo Familiar	Sem processo familiar comprometido	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:50	
Papel de Prestador de Cuidados	Sem papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:47	
Habitação	Edifício residencial não seguro	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:44	
Habitação	Conhecimento sobre habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:44	
Precaução de Seguranca	Conhecimento sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:43	
Precaução de Seguranca	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção	<input checked="" type="checkbox"/>	03-10-2024 14:43	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: ODETE MARTINS Resp. Termo: Termo

Especificações

03 Out 2024 14:52 Sem satisfação conjugal comprometida (Responsável: ODETE MARTINS)

**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO** Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início Termo Especificações

Figura 14 - Avaliação da Satisfação Conjugal  
Fonte: SClínico®

A construção do plano de cuidados foi realizada numa perspetiva colaborativa com a família e tendo em conta as necessidades da mesma, foram aplicadas as intervenções e posteriormente foi feita uma avaliação dos resultados das intervenções sempre que possível. Sempre que houver necessidade o plano poderá ser ajustado de acordo com as necessidades da família C.

Figueiredo (2020) diz-nos que a avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos, de modo a observar a eficácia do plano de cuidados na resolução dos focos levantados. A eficácia do plano é traduzida pela mudança nos membros da família e na sua capacitação.

## CONCLUSÃO

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2020).

Desde muito cedo que existe a preocupação de integrar a família como foco dos cuidados, tal como mostra a evidência científica e a investigação ao longo dos anos.

Nas transições, o papel da família, é de estabilizador, através do processo de socialização, procurando produzir conformidade e adaptação à nova estrutura como um todo a que pertencem. Enfatizamos a utilidade de estudar as transições nas famílias, especialmente, porque elas sinalizam oportunidades de intervenções preventivas para fortalecer processos familiares normativos e facilitar a adaptação (Walsh, 2016; Meleis, 2010).

A pertinência deste conhecimento em enfermagem é reforçada por Meleis et al. (2000) para os quais os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias nos processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que provocam nas suas vidas, ajudando-os na sua preparação, facilitando o processo de aprendizagem de competências, em suma, promovendo respostas positivas. Nesta conjuntura, a enfermagem de saúde familiar é extremamente relevante, pois a sua estratégia de cuidado à família pauta-se na preocupação com o sujeito e com o coletivo, com a sua singularidade, sua história, sua cultura e vida quotidiana e sua interface com o contexto familiar, o que poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer sua tipologia (Figueiredo, 2012).

Com a realização deste trabalho foi possível avaliar uma família passando por todo o processo de enfermagem de forma sistemática e contínua. Foi possível observar todos os seus membros enquanto sistema único e enquanto sistema individual cada um deles. Contribuiu assim para uma melhor compreensão dos conhecimentos adquiridos durante a parte teórica, tendo oportunidade de os assimilar e trabalhar ao estabelecer uma relação com a família.

Nos próximos contactos com a família é importante atualizar o plano de cuidados, de modo a manter a continuidade de cuidados, sempre que tal for necessário, pelo que também irei continuar a abordá-los nesse sentido desde que estejam disponíveis

Obtive imensos ganhos com a realização deste trabalho, por ter sido desafiante trabalhar uma família que não partilha a minha cultura e que tem hábitos diferentes dos meus. A disponibilidade da família para contribuir para o meu trabalho fez com que se tornasse um ensino clínico muito gratificante. Como dificuldade encontrada durante a realização deste trabalho apenas tenho a relatar o pouco tempo do ensino clínico para fazer uma correta e completa avaliação da família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). Preparing for Parenthood: How Feelings of responsibility and efficacy impact expectant parents. *Journal of Social and Personal Relationships*. 28(5). 668683.
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). "Perceived Fairness and Relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support". *Journal of Family Issues*. 37 (1). 3-28.
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Revista Da UI\_IPSantarém*, 6(2), 102–107. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- 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. (2022). Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar – Estudos de Caso. Lisboa, Portugal: Sabooks Editora
- Figueiredo, M., et al. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar, Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M., Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v9i3.12559
- Kohn, J. L., Rholes, W. S, Simpson, J. A., Martin, A. M., Tran, S., Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 38(11). 1506 –1522
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições afrontamento
- Walsh, F. (2016). *Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade*. 4ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. Editora Roca. São Paulo.
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família - 5ª edição*. Roca.

**ANEXOS**

**ANEXO I – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE**

stress, numa escala de 11 a 100. Para se pro-

TABELA 37.5.1 Lista de eventos de vida da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	Acontecimento	Valor médio	N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge				
2	Divórcio	100	23	Filho que abandona o lar	29
3	Separação conjugal	73	24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
4	Saida da cadeia	65	25	Acentuado sucesso pessoal	27
5	Morte de um familiar próximo	63	26	Cônjuge que inicia/termina o emprego	26
6	Acidente ou doença grave	53	27	Início ou fim de escolaridade	26
7	Casamento	53	28	Mudança nas condições de vida	25
8	Despedimento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	21
9	Reconciliação conjugal	47	30	Problema com o patrão	23
10	Reforma	45	31	Mudanças de condições ou hábito de trabalho	20
11	Doença grave da família	45	32	Mudança de residência	20
12	Gravidez	44	33	Mudança de escola	19
13	Problemas sexuais	40	34	Mudança de diversões	19
14	Aumento do agregado familiar	39	35	Mudança de atividades religiosas	19
15	Readaptação profissional	39	36	Mudança de atividades sociais	18
16	Mudança de situação económica	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
17	Morte de um amigo íntimo	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
18	Mudança no tipo de trabalho	38	39	Mudança no nº de reuniões familiares	15
19	Alteração do nº de discussões com o cônjuge	37	40	Mudança nos hábitos alimentares	15
20	Contrair um grande empréstimo	37	41	Férias	13
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	31	42	Natal	12
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	30	43	Pequenas transgressões à lei	11

**ANEXO II - ESCALA DE FACES II**

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

Nota: 1 - Quase nunca; 2 - De vez em quando; 3 - Às vezes; 4 - Muitas vezes; 5 - Quase sempre.  
Adaptado de: Fernandes (1995).

**ANEXO III - ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	9 PONTOS		

Legenda:

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

**Avaliação Final:** 7 a 10 – Família altamente funcional

## APÊNDICE III – Instrumento de Recolha de Dados

## **Cuidar: uma parceria entre a família e o enfermeiro dos cuidados de saúde primários**

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de saúde familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, as mestrandas Ana Roque, Filipa Pereira e Vera Barbosa encontram-se a realizar a Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP”.

Para elaboração do Relatório Final iremos realizar um trabalho de investigação inserido no projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, com o objetivo de caracterizar as atitudes dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes:

- Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional;
- Parte II – Escala IFCE-AE “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” (Barbieri, *et al.*, 2009). O presente questionário é anónimo e confidencial, as respostas serão usadas, exclusivamente, para fins académicos e os dados só serão guardados até à apresentação científica dos resultados.

Informamos que a sua participação é voluntária podendo desistir a qualquer momento, não existindo riscos ou custos associados à participação neste estudo. Ao responder a este questionário está a dar o seu consentimento explícito para a participação no estudo. Caso tenha alguma dúvida, envie-nos um e-mail para [trabalhoinvestigacaoleiria2024@gmail.com](mailto:trabalhoinvestigacaoleiria2024@gmail.com)

A sua colaboração é muito importante para nós. Obrigada!

## **PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL**

### **1. Género**

- Masculino
- Feminino

**2. Idade** (em anos): \_\_\_\_\_

### **3. Estado Civil**

- Solteiro
- União de facto/casado
- Separado/Divorciado
- Viúvo

### **4. Grau Académico**

- Bacharelato

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**5. Possui alguma formação acadêmica adicional?**

- Pós-graduação
- Especialização
- Outra
- Não possuo

**6. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização:**

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Médico-Cirúrgica

**7. Categoria Profissional**

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor

**8. ULS onde trabalha:** \_\_\_\_\_

**9. Tempo de exercício Profissional:** \_\_\_\_\_ anos

**10. Contexto atual de Prestação de Cuidados de Enfermagem**

- Unidade de Saúde Familiar
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- Unidade de Cuidados na Comunidade

**11. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da Enfermagem de Família?**

- Sim
- Não

**12. Se respondeu “Sim” na questão anterior, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:**

- Contexto Académico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique \_\_\_\_\_

## PARTE II – QUESTIONÁRIO: FAMILIES' IMPORTANCE IN NURSING CARE – NURSES ATTITUDES (FINC-NA)

**Versão Original:** Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B.I (2008)

**Versão portuguesa:** Oliveira *et al.* (2009)

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos. Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

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

Nº	Questões	1	2	3	4
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6	No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus				

	recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
<b>18</b>	Considero os membros da família como parceiros.				
<b>19</b>	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
<b>20</b>	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
<b>21</b>	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
<b>22</b>	É importante dedicar tempo às famílias.				
<b>23</b>	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
<b>24</b>	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
<b>25</b>	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.				
<b>26</b>	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

**ANEXOS**

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## COMISSÃO DE ÉTICA

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

**Parecer Nº P808-10-2021**

**Título do Projeto: "CUIDARFAM"**

### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** João 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 Flomena Bokello

