

MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:
ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E DIFERENCIADOS

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil

Leiria, março de 2023

MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E DIFERENCIADOS

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

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil, n.º 5210045

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem

de Cuidados à Família em contexto de USF/UCSP, com Relatório

Professor Orientador: Doutor João Frade

Leiria, março de 2023

“Só é útil o conhecimento que nos torna melhores”

Sócrates

AGRADECIMENTOS

A todos os que me incentivaram e apoiaram nesta caminhada de crescimento profissional e pessoal e colaboraram para que a sua concretização fosse uma realidade, muito obrigada!

Ao Professor Doutor João Frade, pela clareza e competência na orientação científica, pelo apoio e disponibilidade demonstrada, pela colaboração na superação de problemas e obstáculos que foram surgindo e por todas as palavras de incentivo que me encorajaram a acreditar na força de continuar, ficar-lhe-ei eternamente grata.

À Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar da USF Alviela e orientadora dos ensinamentos clínicos, Joana Pereira, pelo acolhimento, disponibilidade e cooperação demonstrada durante os estágios, promovendo e permitindo a incorporação do conhecimento baseado em evidência científica na prática clínica especializada.

À Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelos seus pareceres favoráveis, que permitiram o desenvolvimento da investigação.

Aos Srs. Coordenadores das Unidades Funcionais que autorizaram o estudo e aos meus colegas Enfermeiros que se mostraram prontamente disponíveis para participar na concretização do mesmo, partilhando a riqueza das suas experiências profissionais.

Aos colegas e amigos que sempre me transmitiram força e coragem no decorrer deste percurso, em particular à Rosa, companheira de viagem, pelo otimismo e motivação nos momentos mais difíceis.

E finalmente, um grande Obrigada à minha família, especialmente ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor, compreensão e apoio incondicional, e aos meus pais pela ajuda e disponibilidade demonstradas e por nunca duvidarem que seria capaz de concluir este desafio, apesar das ausências inevitáveis... Obrigada pela força e pelo amor que sempre me transmitiram!

A todos o meu sincero e sentido Obrigada!

RESUMO

O presente relatório, apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, surge com o culminar da unidade curricular Estágio III: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF/UCSP, com relatório, desenvolvida na USF Alviela entre 6 de setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023.

Considerando a influência da família na saúde e bem-estar dos seus membros, o Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar desenvolve a sua prática em parceria colaborativa com as famílias, assumindo como foco a família como unidade de cuidados, valorizando em simultâneo a relação entre a saúde dos vários membros e a saúde da família na globalidade.

Consciente de que as atitudes dos enfermeiros em relação à família condicionam o processo de cuidados, desenvolveu um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional numa amostra não probabilística por conveniência de enfermeiros que trabalham em CSP e CSD, intitulado “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”, procurando conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar características sociodemográficas e profissionais com influência na atitude dos mesmos. Recorreu a um instrumento de colheita de dados cuja primeira parte é relativa aos dados sociodemográficos e profissionais e a segunda, a escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*. Concluiu que os 102 enfermeiros da amostra (52 de CSP e 50 de CSD) têm atitudes de suporte face ao envolvimento da família no processo de cuidados (score total médio 79,59 pontos), existindo evidência estatisticamente significativa de que os enfermeiros de CSP possuem atitudes de maior suporte para o envolvimento das famílias, comparativamente com os de CSD. Obteve uma correlação positiva entre o *tempo de exercício profissional* e as atitudes dos enfermeiros de CSP, não se verificando esta relação nos enfermeiros de CSD. As restantes variáveis sociodemográficas analisadas parecem não ter influência nas atitudes dos enfermeiros face à família. Globalmente, os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família, pelo que estas se deverão traduzir na prestação de cuidados de enfermagem em parceria efetiva com a mesma, tendo em conta as necessidades sentidas e os objetivos definidos colaborativamente com a família.

Palavras-chave: Família; Atitudes dos Enfermeiros; Enfermagem de Saúde Familiar.

ABSTRACT

This report, presented to obtain the Master's degree in Family Health Nursing, comes with the conclusion of the curricular unit Internship III: Internship of Professional Nature in Family Care Nursing in the context of USF/UCSP, with a report, developed at USF Alviela between September 6, 2022 and January 31, 2023.

Considering the influence of the family on the health and well-being of its members, the Family Health Specialist Nurse develops its practice in a collaborative partnership with families, focusing on the family as a care unit, while valuing the relationship between the health of the various members and the health of the family as a whole.

Aware that nurses' attitudes towards the family condition the care process, was developed a quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study in a non-probabilistic sample for convenience of nurses working in primary health care and hospital, entitled "Importance Attributed to the Family in Nursing Care Process", seeking to know and analyze the attitudes of nurses in the approach to the family as an integral part in the care process and identify sociodemographic and professional characteristics with influence on their attitude. Was used a data collection instrument whose first part is related to sociodemographic and professional data and the second, the scale *Importance of Families in Nursing Care - Nurses' Attitudes (IFCE-AE)*. It concluded that the 102 nurses in the sample (52 of primary health care and 50 of hospital) have attitudes of support towards the involvement of the family in the care process (mean total score 79.59 points), and there is statistically significant evidence that the nurses of primary health care have attitudes of greater support for the involvement of families, compared to those of hospital. It obtained a positive correlation between *the time of professional practice* and the attitudes of the nurses of primary health care, not verifying this relationship in the hospital nurses. The remaining sociodemographic variables analyzed seem to have no influence on nurses' attitudes towards the family. Overall, nurses present attitudes of support towards the family, so these should be translated into the provision of nursing care in effective partnership with it, considering the needs felt and the objectives defined collaboratively with the family.

Keywords: Family; Nurses' attitudes; Family Health Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

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

CS – Centros de Saúde

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ERA – Equipa Regional de Apoio

HDS – Hospital Distrital de Santarém

IDG – Índice de Desempenho Global

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MAPA – Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Plano de Ação

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RNU – Registo Nacional de Utentes

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

UP – Unidades Ponderadas

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visitação domiciliária

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE QUADROS	XII
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
INTRODUÇÃO	15
1 – CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	20
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA USF ALVIELA	22
1.2 – ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO	23
1.3 - MISSÃO, VISÃO E VALORES	24
1.4 – AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL	24
1.5 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS NA USF	27
1.5.1 – Caracterização do ficheiro atribuído à enfermeira orientadora	28
1.6 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NA USF ALVIELA	30
1.6.1 – Programas da Carteira de Serviços da USF – Plano de Ação	31
1.6.1.1 – Consulta de enfermagem no domicílio	35
1.6.1.2 – Urgências / emergências e acidentes	37
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	38
2.1 – FAMÍLIA	39
2.2 – CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	40
2.2.1 – Teorias das Ciências Sociais da Família	41
2.2.2 – Teorias da Terapia Familiar	44
2.2.3 – Modelos e Teorias de Enfermagem	46
2.3 – NÍVEIS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	50
3 – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	54

3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57
3.1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	57
3.1.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	58
3.1.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados	59
3.1.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	59
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EECESF)	60
3.2.1 – Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	61
3.2.2 – Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	67
4 – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	69
4.1 – INTRODUÇÃO	70
4.2 – METODOLOGIA	74
4.2.1 – Tipo de Estudo	74
4.2.2 – Objetivos	75
4.2.3 – Questões de Investigação	76
4.2.4 – Hipóteses	76
4.2.5 – Operacionalização das Variáveis	77
4.2.6 – População e Amostra	79
4.2.7 – Instrumento de Colheita de Dados	80
4.2.8 – Procedimentos Formais e Éticos	84
4.2.9 – Procedimento de Colheita de Dados	86
4.2.10 – Processamento e Análise dos Dados	87
4.3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	92

4.3.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	93
4.3.2 – Caracterização das atitudes dos enfermeiros da amostra face à família	98
4.3.3 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros	100
4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
4.5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	116
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
APÊNDICES	128
APÊNDICE I – Processo de Enfermagem à Família I, fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	129
APÊNDICE II - <i>Powerpoint</i> da sessão realizada à equipa de enfermagem sobre a aplicação do MDAIF na Enfermagem de Saúde Familiar	130
APÊNDICE III – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Diretor Executivo do ACES Lezíria	152
APÊNDICE IV – Pedido à Sra. Coordenadora da USF Alviela para apresentação de dados MIM@UF no relatório	154
APÊNDICE V – Declaração de Consentimento	156
APÊNDICE VI - Instrumento de Colheita de Dados	159
APÊNDICE VII – Registo em SClínico do Processo de Enfermagem à Família II	163
ANEXOS	166
ANEXO I – Projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem	167
ANEXO II – Pedido à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)	183
ANEXO III - Parecer Favorável da Comissão de Ética UICISA:E da ESEnC	192

ANEXO IV – Parecer Favorável do Diretor Executivo do ACES Lezíria para a realização do estudo	194
ANEXO V – Parecer Favorável da Sra. Coordenadora da USF Alviela para a realização do estudo	196
ANEXO VI – Parecer Favorável para a realização do estudo, do Sr. Coordenador da USF Foral Novo	198
ANEXO VII – Parecer Favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	200
ANEXO VIII – Autorização da Sra. Coordenadora da USF Alviela para apresentação de dados MIM@UF no relatório	208

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do ACES Lezíria	22
Figura 2 - Logotipo da USF Alviela	23
Figura 3 - Área geográfica de atuação da USF Alviela	23
Figura 4 – Edifício onde a USF Alviela se encontra sediada	25
Figura 5 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Alviela	27
Figura 6 – Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora	29
Figura 7 – Genograma da Família II	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Utes do ficheiro da enfermeira orientadora distribuídos por género e idade...28	
Quadro 2 - Problemas identificados e Objetivos definidos na Carta de Compromisso da USF Alviela para 2022	33
Quadro 3 - Desempenho Assistencial de Enfermagem em agosto 2022	34
Quadro 4 – Operacionalização das variáveis em estudo	78
Quadro 5 – Dimensões e itens da Escala IFCE-AE	82
Quadro 6 – Análise comparativa da consistência interna da Escala IFCE-AE – adaptação portuguesa e presente estudo	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Teste de Normalidade da distribuição de resultados nas dimensões da Escala IFCE-AE e no score total obtido com a sua aplicação, na amostra em estudo	89
Tabela 2 – Teste de Normalidade da distribuição de resultados nas dimensões da Escala IFCE-AE e no score total obtido com a sua aplicação na amostra em estudo, por contexto de trabalho	90
Tabela 3 – Teste de homogeneidade de variância de Levene no Score obtido na amostra de enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e de Cuidados de Saúde Primários (CSP)	91
Tabela 4 – Distribuição da Amostra segundo o Contexto de Trabalho	93
Tabela 5 – Distribuição da Amostra segundo a Idade (em anos) dos participantes	93
Tabela 6 – Distribuição da Amostra segundo o Estado Civil	94
Tabela 7 – Distribuição da Amostra segundo o Género	94
Tabela 8 – Distribuição da Amostra segundo o Nível de Escolaridade	95
Tabela 9 – Distribuição da Amostra segundo o Título Profissional	95
Tabela 10 – Distribuição da Amostra segundo a Área de Especialização do Enfermeiro Especialista	96
Tabela 11 – Distribuição da Amostra segundo o Número de Anos de Exercício Profissional	97
Tabela 12 – Distribuição da Amostra segundo a Formação no Âmbito da Enfermagem de Família	97
Tabela 13 – Distribuição da Amostra segundo o Contexto onde Desenvolveu a Formação no Âmbito da Enfermagem de Família	98
Tabela 14 – Distribuição da Amostra por dimensões e Score total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE	100
Tabela 15 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho	101
Tabela 16 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade	102

Tabela 17 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil	103
Tabela 18 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género	103
Tabela 19 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade	104
Tabela 20 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional	105
Tabela 21 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional	106
Tabela 22 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família	106

INTRODUÇÃO

A família constitui uma célula fundamental da sociedade, reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pela Constituição da República Portuguesa, tendo em conta a importância que a mesma assume no desenvolvimento integral das pessoas, com repercussões no desenvolvimento harmonioso das comunidades em que se integram (Resolução do Conselho de Ministros n.º 50/2004, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece em 1997, no documento “Saúde XXI”, que os enfermeiros de família, pela sua proximidade e competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital bem como na promoção de respostas adaptativas às transições, se encontram em posição privilegiada no sentido de potencializar a (co)criação dos projetos de saúde dos indivíduos e famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Segundo Wright e Leahey (2011) a teoria, a prática e a investigação em enfermagem apresentaram evidências de que a família tem um impacto significativo na saúde e bem-estar de cada um dos seus membros, pelo que os enfermeiros devem considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Em Portugal, o plano “100 compromissos para uma política da família”, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 50/2004 (2004) reconhece, também, que a família desempenha um papel indiscutível e absolutamente essencial na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros, constituindo um elemento de vital importância na minimização das fragilidades inerentes à doença pelo que, para além da promoção de hábitos de prevenção e estilos de vida saudáveis, se revela também fundamental a criação e desenvolvimento de condições que proporcionem o acompanhamento próximo das famílias junto dos seus membros, bem como a humanização dos cuidados de saúde.

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a saúde dos seus membros prevê que os cuidados de saúde serão tão mais eficazes quanto maior o foco no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados. Neste sentido, as atitudes dos enfermeiros para com as famílias no processo de cuidados, traduzem o entendimento destes sobre a importância de envolver a família em todo o processo, tendo repercussão na sua potencialização funcional face aos seus processos de transição (Oliveira et al., 2011).

De acordo com Barbieri-Figueiredo et al. (2012) a reestruturação dos cuidados de saúde, a diminuição do tempo de internamento e o incentivo para cuidados ambulatoriais alargaram a necessidade de uma prática de enfermagem centrada na família, exigindo a inclusão da mesma no plano de cuidados.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem-se como a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) sendo que, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a reorganização dos CSP, iniciada em 2005, realça a importância da intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e com especial atenção para os cuidados centrados na família, ao longo do ciclo vital, pelo que o papel do enfermeiro de família se reveste de fulcral importância, uma vez que este “é 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” (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014, p. 4070).

Tendo em conta os Padrões de Qualidade de Cuidados definidos pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (EEECESF) desenvolve a sua prática numa parceria colaborativa com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa/família e não tanto nas doenças ou problemas, assumindo como foco a família como unidade de cuidados e valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade. Deste modo, o EEECESF “será o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.9).

Fernandes et al. (2015) afirmam estar cientes de que a prática de cuidados de enfermagem às famílias dependerá do próprio conceito que estes possuem sobre família, considerando ainda que todos os enfermeiros, independentemente do contexto de prestação de cuidados, devem possuir conhecimentos e competências para avaliar e intervir na família.

De facto, em qualquer contexto da prática de cuidados, os enfermeiros atendem famílias pelo que, a qualidade destes encontros é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008).

Frade et al. (2021) salientam a escassez de estudos neste domínio específico, enquanto área disciplinar da enfermagem, referindo a necessidade de estudos que reforcem a importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, no sentido da promoção, manutenção e reabilitação da saúde das mesmas.

Consciente da importância da integração das famílias no cuidados de enfermagem e do papel do enfermeiro de família na obtenção de ganhos em saúde juntos dos indivíduos, famílias e comunidades desenvolveu o estudo de investigação “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”, procurando conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados (CSD) e de CSP na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados; e identificar fatores relacionados com características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, com influência na atitude dos mesmos face ao envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Deste modo, desenvolveu um estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 102 enfermeiros a exercerem funções, respetivamente, 50 em CSD e 52 em CSP. Para a realização do estudo recorreu a um instrumento de colheita de dados composto por duas partes distintas, sendo a primeira parte relativa aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e a segunda parte a aplicação da escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011).

O presente relatório surge integrado no 2º ano, 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no âmbito da Unidade Curricular: Estágio III – Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF/UCSP, com Relatório, desenvolvida na Unidade de Saúde Familiar (USF) Alviela, polo de Pernes. O estágio III decorreu no período temporal compreendido entre 6 de setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023, sob orientação da enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, Joana Pereira e supervisão do professor Doutor João Frade, integrando o conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo da componente teórica bem como nos estágios I e II, desenvolvidos no 1º ano, 2º semestre do referido mestrado.

De acordo com o previsto no planeamento do Estágio III, a realização do mesmo teve como objetivos gerais:

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

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

E como objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar;

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

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

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, analisando o desempenho e competências desenvolvidas.

Neste sentido, o presente relatório pretende reproduzir as diferentes etapas percorridas no âmbito do ensino clínico, estando organizado em quatro capítulos:

No primeiro capítulo descreve o contexto da prática clínica em enfermagem de saúde familiar, nomeadamente a contextualização, caracterização, organização, dinâmica e funcionamento da USF Alviela bem como a caracterização do ficheiro atribuído à enfermeira orientadora.

No segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico da prática especializada de enfermagem de saúde familiar, onde apresenta o conceito de Família, os contributos para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar e os níveis da prática de enfermagem de família.

O terceiro capítulo reflete a análise crítico-reflexiva das competências especializadas desenvolvidas na prática clínica e que permitiram a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento nº 140/2019 e das competências específicas do EEECESF, definidas no Regulamento nº 428/2018. Neste sentido, procurou

descrever o percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos durante o ensino clínico aquando da avaliação e intervenção com as famílias, identificando as competências especializadas na área de enfermagem de saúde familiar adquiridas com a sua realização.

No quarto capítulo apresenta o percurso de prática baseada na evidência, onde descreve as etapas do processo de investigação desenvolvido, o seu enquadramento, metodologia, os resultados obtidos, as evidências encontradas, bem como as conclusões, limitações e sugestões resultantes do mesmo.

Na conclusão apresenta uma breve descrição do percurso desenvolvido bem com as principais dificuldades sentidas ao longo do mesmo e perspetivas futuras, tendo em conta os conhecimentos e competências adquiridos.

1 – CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A implementação da atual reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) teve início em 2005, destacando-se como contributo para tal, a realização da 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em agosto de 2005, na Tailândia. Durante a mesma, foram identificados como novos desafios com impacto na saúde, as mudanças rápidas e frequentemente adversas nas áreas social, económica e demográfica e, entre outros, os modelos familiares e a estrutura cultural e social das comunidades (Silva, 2016).

A nível nacional foi criado, então, o Programa do XVII Governo para obter “Ganhos em Saúde” 2005-2009, considerando os CSP como pilar central do sistema de saúde, constituindo os Centros de Saúde (CS) as entidades enquadradoras das Unidades de Saúde Familiar (USF).

Neste sentido, a Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 veio permitir a criação de um grupo técnico para a reforma dos CSP, estabelecendo as suas atribuições e competências, visando a modernização e flexibilização organizacional.

Para a condução do projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF foi, a 12 de outubro de 2005, publicada a Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 que cria, na dependência do Ministério da Saúde, o Grupo de Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

Neste novo paradigma, as USF, regulamentadas através do Despacho Normativo 9/2006, e cuja criação se deu através do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto (posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017), correspondem a uma nova perspetiva organizativa dos cuidados de saúde, constituindo-se por um pequeno grupo de profissionais cuja dimensão se subordinará à população inscrita e que, em articulação, procuram prestar cuidados a uma determinada população.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro e a Portaria nº 394-B/2012, de 29 de novembro, criaram o enquadramento legal dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), integrados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) constituindo, estes, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, formados por várias Unidades Funcionais, compostas por um ou mais Centros de Saúde (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

A população abrangida por cada ACES relaciona-se com a densidade populacional e com

outros fatores demográficos sendo que, de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, a delimitação geográfica do ACES deve corresponder a um agrupamento de concelhos ou a um concelho e o número de pessoas residentes na sua área de abrangência não deve, em regra, ser inferior a 50.000 nem superior a 200.000 utentes.

A Portaria nº 276/2009, de 18 de março, criou os ACES: Lezíria I – Ribatejo e Lezíria II, os quais posteriormente deram lugar ao atual ACES Lezíria, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O ACES Lezíria situa-se na Lezíria do Tejo e tem sede na Av. José Saramago, 15-17, 2005-143 Santarém. Segundo a informação disponível no site do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o ACES conta com a colaboração de 628 profissionais (109 médicos, 189 enfermeiros, 133 assistentes técnicos, 49 internos de medicina e 148 profissionais de outras categorias) que, de acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes (RNU) referentes a agosto de 2022, prestam cuidados a uma população de 202.169 utentes (BI-CSP, 2022).

Este ACES tem como Missão prestar cuidados de saúde primários (CSP) com elevada qualidade e em condições de equidade à população da sua área de abrangência, o que corresponde aos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém e, como Valores, a Acessibilidade, Equidade, Qualidade, Inovação, Criatividade e Satisfação. A sua Visão assenta na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença, assumindo como lema "Mais e melhor saúde para todos os utentes" (BI-CSP, 2022).

O ACES Lezíria tem, como Diretor Executivo, o Enfermeiro Hugo Miguel Garcia de Sousa e, como Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, a Dra. Marília Boavida Pereira da Silva. O Conselho Clínico e de Saúde conta ainda, como vogais, com Felix de La Rosa Lobelo, Maria Carla Bento Oliveira Ruivo Sousa, Ricardo Silva Vicente e Susana Margarida Figueiredo Salvador. O Organograma representativo do ACES Lezíria, com as respetivas Unidades Funcionais (UF) encontra-se ilustrado na Figura 1

Organograma

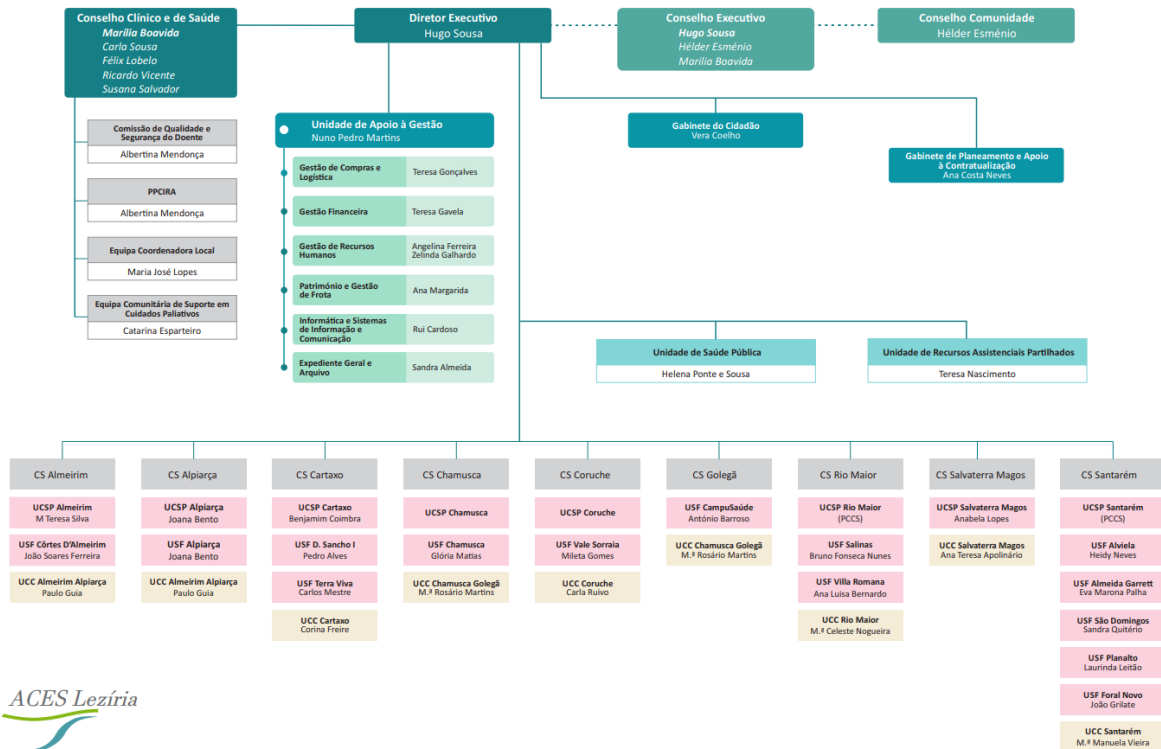


Figura 1 - Organograma do ACES Lezíria (BI-CSP, 2022)

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA USF ALVIELA

A USF Alviela é uma organização de prestação de CSP, constituída por uma equipa multiprofissional formada por Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos. Esta unidade é composta por uma equipa de 7 médicos (+ 1 interno de medicina geral e familiar), 7 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, numa filosofia de Equipa de Saúde Familiar. Iniciou a sua atividade a 18/12/2006 e passou a USF modelo B em 2009, após um processo de avaliação externo e auditoria por parte da Equipa Regional de Apoio (ERA), encontrando-se legalmente enquadrada no regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar estabelecido pelo Decreto-Lei nº 298/2007, e alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017 (USF Alviela, 2019).

Foi submetida a dois processos de certificação da qualidade, pela Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía, em 2011, e pela Direção Geral da Saúde (DGS), em 2016, obtendo a qualificação de BOM, e está atualmente a desenvolver novo projeto de acreditação.

A USF Alviela encontra-se integrada no ACES Lezíria, servindo uma população de 13.215 utentes inscritos em 9 polos, incluindo a sede, e escolheu para a representar graficamente um logotipo que simboliza a água do rio Alviela (Figura 2), presente em muitas zonas da área de abrangência desta USF, tal como a equipa deseja estar presente para prestar bons cuidados de saúde aos seus utentes (USF Alviela, 2018).



Figura 2 – Logotipo da USF Alviela
(USF Alviela, 2018)

1.2 – ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO

A sede da USF Alviela encontra-se localizada em Pernes, sendo os restantes 8 polos situados, respetivamente, em Tremês, Alcanhões, Achete, São Vicente do Paul, Casével, Arneiro das Milhاريças, Vale Figueira e Abrã, abrangendo uma área geográfica de atuação de cerca de 235km² do Concelho de Santarém (Figura 3). O horário de funcionamento do polo de Pernes (onde decorreram os ensinos clínicos) é de segunda a sexta-feira das 08h00 às 20h00, estando encerrado aos fins-de-semana e feriados.

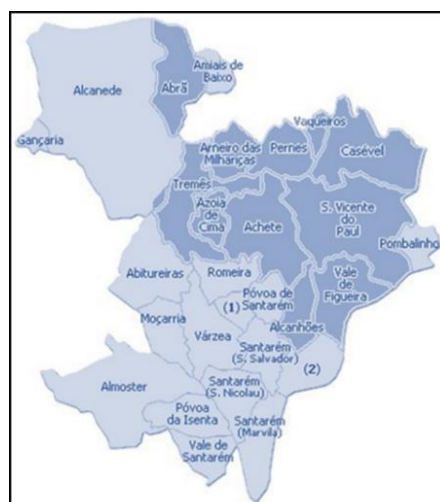


Figura 3 – Área geográfica de atuação da USF Alviela
(USF Alviela, 2022)

1.3 - MISSÃO, VISÃO E VALORES

A USF Alviela tem como Missão a prestação de CSP adequados e eficientes, com garantia de qualidade, aos seus utentes e, como Visão, a aposta na melhoria contínua da qualidade, e a promoção da participação dos utentes como agentes de mudança da sua saúde (BI-CSP, 2022). Esta é uma unidade de saúde dinâmica, que valoriza e fomenta um contacto próximo, acessível e promotor de comportamentos de vida saudáveis para os utentes e famílias nela inscritos, orientando a sua atividade pelos seguintes Valores: Acessibilidade; Atendimento adequado à especificidade dos cuidados prestados; Qualidade da prescrição de receituário e exames; Melhoria na gestão das consultas; Melhoria da referenciação; Cuidados no domicílio do utente; Promoção da relação Profissional – Utente; Complementaridade técnica e vocacional dos profissionais; Implementação das Orientações Técnicas da DGS; e Processo explícito de resolução de conflitos e reclamações (BI-CSP, 2022).

1.4 – AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL

A USF Alviela encontra-se sediada em Pernes, na Rua Comendador José Gonçalves Pereira, no rés-do-chão do Edifício Social e de Saúde, em instalações cedidas pela Santa Casa da Misericórdia de Pernes, tendo como contacto telefónico 243 449 365 e endereço de email usf.alviela@arslvt.min-saude.pt. As instalações da sede (Figura 4) possuem 1 sala de espera para os utentes, 1 gabinete administrativo, 3 gabinetes médicos (sendo um deles usado também pelo técnico de cardiopneumologia), 2 gabinetes de enfermagem, 1 sala de saúde infantil, 1 sala de tratamentos, 1 wc de utentes, 1 wc de profissionais, 1 sala de reuniões, 2 farmácias de material de consumo clínico e medicamentos e 1 sala de arquivo administrativo.



Figura 4 – Edifício onde a USF Alviela se encontra sediada
(USF Alviela, 2022)

Constitui a estrutura interna da USF Alviela, o Coordenador da USF, o Conselho Geral, o Conselho Técnico, o Interlocutor de Enfermagem e o Interlocutor Administrativo, tal como previsto no Decreto-Lei nº 73/2017.

Desde a sua formação que a USF Alviela, no que respeita a boas práticas, desenvolveu uma política de comunicação com os utentes no sentido de divulgar os seus serviços e um conjunto de informações essenciais ao bem-estar dos seus utentes. Desta forma, todos têm ao seu dispor um livro de apresentação da USF, na sede e em cada extensão, que também inclui informações úteis ao utente. Além disso, nas consultas são distribuídos folhetos com informação particularmente útil para os mesmos no âmbito da saúde. Está, também, disponível o Guia do Utente, um folheto informativo, apresentando a instituição e os principais serviços disponibilizados na USF, assim como algumas informações de carácter geral, sendo cedido a todos os utentes o horário do seu médico de família com indicação de contacto telefónico, encontrando-se também a referida informação exposta para livre consulta em todos os polos da USF.

O atendimento telefónico é o método a privilegiar no contacto dos utentes com a USF, tanto para a obtenção de esclarecimentos como para a marcação de consultas. O atendimento e aconselhamento telefónico é facultado a todos os utentes, tanto no âmbito médico como de enfermagem pelo respetivo médico ou enfermeiro de família ou por quem os substitui, quando ausentes (USF Alviela, 2018).

Aderindo às novas tecnologias, a USF Alviela tem também um site <http://www.usflaviela.pt> e uma Página no Facebook em <http://www.facebook.com/USF-Alviela-962303673928794/> onde, para além de se apresentar a unidade ao utente, é fornecida informação relevante sobre o seu funcionamento e documentos de interesse. Existe, ainda, na sede e extensões, uma caixa de sugestões para que todos os utentes possam, de forma anónima, participar ativamente propondo melhorias a implementar, num espaço que se pretende também do utente, permitindo uma melhor prestação de serviços.

Os profissionais intersubstituem-se nos moldes descritos no Regulamento Interno. Os horários diferem entre os polos, no sentido de garantir a cobertura de todos pelos profissionais existentes, à exceção do polo de Pernes em que o atendimento é feito entre as 8h e as 20h, todos os dias úteis. O horário dos profissionais está afixado em local visível aos utentes, em todos os locais de prestação de cuidados em que estes trabalham. No horário não coberto pela respetiva equipa de saúde é garantido o atendimento na sede.

No período de atendimento garante-se atendimento/orientação no próprio dia aos utentes inscritos em todas as listas nominais da USF, quer procurem ajuda médica, de enfermagem ou administrativa, no seu local de atendimento habitual ou em Pernes. Os médicos e enfermeiros têm diariamente períodos de consulta aberta, destinada a resolver situações de doença aguda, que são marcadas no próprio dia. Há ainda períodos de consulta agendada para data posterior, por iniciativa do utente (pessoalmente, por telefone ou por e-agenda) ou por iniciativa dos profissionais.

Os utentes podem ainda ser orientados para serviços comuns do ACES. Em Pernes, à sexta-feira, salvo exceções, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) disponibiliza um técnico de cardiopneumologia para a realização de Espirometrias, MAPA e ECG.

Fora do horário de funcionamento da USF, os utentes podem recorrer ao Atendimento Complementar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Santarém (aos feriados, sábados e domingos entre as 09 e as 14 horas) e, nos casos de emergência, ou no período compreendido entre as 20 e as 08 horas, devem recorrer ao Hospital Distrital de Santarém (HDS). Esta informação está devidamente publicitada ao utente e no placar informativo geral da USF.

1.5 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS NA USF

De acordo com a Base de Dados Nacional do RNU, no mês de agosto de 2022, a USF Alviela tinha 13.141 utentes inscritos distribuídos por faixa etária e por sexo, conforme se encontram representados na Figura 5.

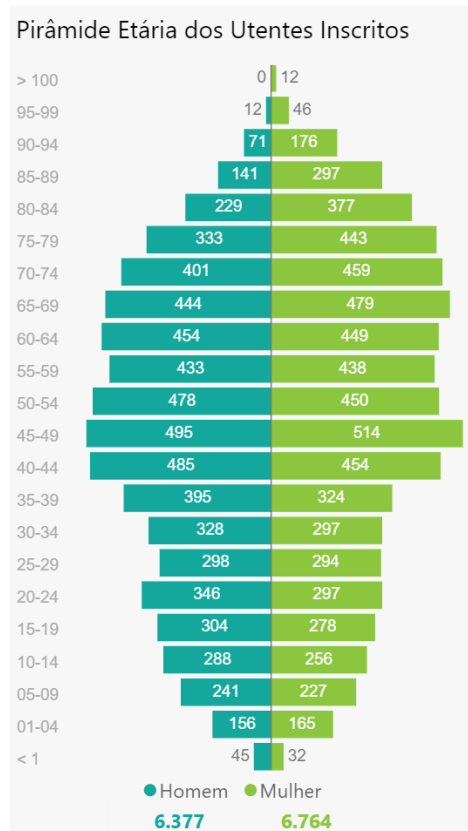


Figura 5 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Alviela
(RNU, 2022, as cited in BI-CSP, 2022)

A pirâmide etária apresenta-se do tipo envelhecido, com base estreita relativamente ao topo, o que evidencia uma baixa natalidade e um aumento da esperança média de vida. Observa-se relativa equidade em relação ao sexo, estando inscritos 6.377 do sexo masculino e 6.764 do sexo feminino. A população mais representativa na pirâmide é a população ativa, com incidência nos grupos etários entre os 40 e os 64 anos de idade.

O grupo de jovens com idade inferior a 15 anos representa 10,73% dos utentes, sendo o índice de dependência de jovens de 18,05%, o que traduz a relação entre a população jovem e a população em idade ativa. A população ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) representa 59,44% e os idosos (com idade \geq 65anos) representam 29,83% dos utentes, sendo o índice de

dependência de idosos 50,19 % (a relação entre a população idosa e a população em idade ativa). O Índice de Dependência total relativamente aos utentes inscritos na USF Alviela é de 68,24% (BI-CSP, 2022). Este índice poderá aumentar ao longo dos anos uma vez que, devido à baixa taxa de natalidade, tendencialmente haverá uma maior percentagem de idosos na população inscrita, o que dará origem a um provável aumento na procura de cuidados.

No que se refere ao município de Santarém, no seu todo, os dados estatísticos publicados no site PORDATA revelam que o número de nascimentos também tem vindo a diminuir, sendo de 520 em 2011 e de 421, em 2021. Os dados preliminares obtidos nos Censos apontam ainda, em 2021, para uma percentagem de idosos no concelho de 26,3%, uma percentagem de jovens de 12,8% e uma percentagem da população em idade ativa de 60,9%, verificando-se um aumento considerável no índice de envelhecimento no concelho, de 157, em 2011, para 206, em 2021 (PORDATA, 2022).

1.5.1 – Caracterização do ficheiro atribuído à enfermeira orientadora

De acordo com os dados disponíveis no MIM@UF, cuja apresentação foi autorizada pela Sra. Coordenadora da USF Alviela (Anexo VIII), o ficheiro de utentes atribuído à enfermeira orientadora é composto, em julho de 2022, por 1937 utentes agregados em 844 processos familiares, distribuídos por género e faixa etária, conforme apresentado no Quadro 1. Verificou-se que, em algumas situações, o agregado familiar não se encontra todo no mesmo processo, o que origina um valor tão elevado do número de famílias, sendo algo que, a pouco e pouco, será trabalhado no sentido de agregar todos os elementos da família nuclear no mesmo processo, se estes estiverem de acordo.

Quadro 1 – Utentes do ficheiro da enfermeira orientadora distribuídos por género e idade

Grupo Etário	Nº Utentes Inscritos			UP
	Homem	Mulher	Total	
>= 0 e < 7 Anos	59	51	110	165
>= 7 e < 65 Anos	665	658	1 323	1 323
>= 65 e < 75 Anos	122	108	230	460
>= 75 Anos	99	175	274	685
Total	945	992	1 937	2 633

(MIM@UF, 2022)

O número de utentes do ficheiro encontra-se muito acima do preconizado pelo Regulamento nº 743/2019, considerando que para efeitos de cálculo da dotação adequada de enfermeiros em cada USF, deveria existir um enfermeiro por 1.550 utentes (1917 UP), ou um enfermeiro por aproximadamente 350 famílias. As Unidades Ponderadas (UP) relacionam-se com a idade dos utentes, pelo que pessoas com idade entre os 7 e os 64 anos contam 1 UP, crianças até aos 6 anos, 1,5 UP, pessoas entre os 65 e os 74 anos, 2 UP e as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, 2,5 UP. Como se pode verificar graficamente na pirâmide etária (Figura 6), o ficheiro representa, tal como a população inscrita na USF, uma população envelhecida.

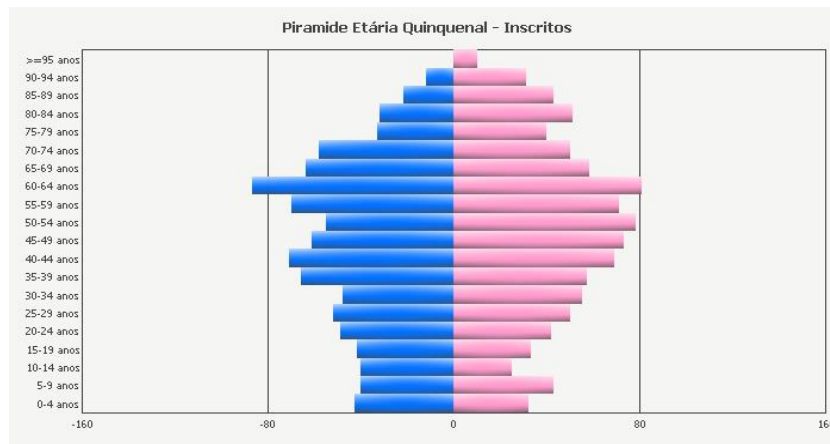


Figura 6 – Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora (MIM@UF, 2022)

Em 16 de setembro de 2022, estavam inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora, 482 pessoas no Programa Nacional de Saúde Pessoas Idosas e 346 no Programa Nacional de Saúde Infantojuvenil, sendo que desde janeiro do presente ano nasceram 12 crianças. À data estavam, ainda, inscritas 10 mulheres no Programa de Vigilância de Saúde Materna, 392 no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, 224 pessoas no Programa Nacional para a Diabetes e 611 utentes inscritos no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares: Hipertensão Arterial.

Estes dados dão-nos a conhecer um ficheiro em que o papel do enfermeiro de família se revela fundamental, quer na Gestão da Saúde / Prevenção da Doença, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis, onde o envolvimento da família se revela fundamental (por exemplo, no que se refere à adesão a um regime alimentar adequado nas crianças, jovens e idosos do

ficheiro), quer na Gestão da Doença, promovendo a Gestão e Adesão ao Regime Terapêutico, procurando envolver e empoderar os utentes e respetivas famílias no sentido de alcançar a maximização do seu potencial de saúde (nomeadamente ao nível dos utentes com diabetes e/ou hipertensão e respetivas famílias).

1.6 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NA USF ALVIELA

A prestação de cuidados de enfermagem na USF Alviela funciona por enfermeiro de família, prestando cuidados maioritariamente aos utentes do seu ficheiro havendo, contudo, intersubstituição na equipa, sempre que necessário.

O Decreto-Lei nº 118/2014 define o enfermeiro de família como 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. No âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (Decreto-Lei nº 118/2014, 2014).

Segundo Friedemann (1995, as cited in Hanson, 2005) a Enfermagem de Família pode ser praticada a três níveis: a nível individual (a família é encarada como contexto do indivíduo); a nível interpessoal (com a família consistindo em díades, tríades, e unidades maiores); e a nível sistémico (no qual a família é um sistema com componentes estruturais e funcionais próprios, interagindo com sistemas ambientais e com os seus próprios subsistemas). Ainda segundo o autor, a enfermagem de família pode e deve ser praticada aos três níveis por todos os enfermeiros, contudo, os enfermeiros generalistas estão preparados para tratar de famílias relativamente funcionais ao nível individual e interpessoal e a enfermagem de família ao nível sistémico, bem como a enfermagem interpessoal avançada de famílias com disfunções, estão reservadas a especialidades de enfermagem avançadas, detentoras de conhecimentos e capacidades na teoria e prática de família (pp. 17-18).

Na USF Alviela, a única enfermeira com Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar é a enfermeira orientadora, pelo que se verificou que, na maior parte das situações, os enfermeiros de família a encaram mais como contexto e/ou parceiro de cuidados do que

propriamente como alvo de cuidados, sendo estes mais dirigidos a cada um dos indivíduos do que propriamente à família como um todo e ao funcionamento do sistema familiar. Neste sentido, surgiu a necessidade de dar a conhecer à equipa de enfermagem um modelo de avaliação e intervenção familiar. Foi selecionado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), em detrimento de outros, uma vez que, sendo o que está disponível em SClínico, seria mais fácil demonstrar a sua aplicação na prática de enfermagem de saúde familiar e respetivo registo em SClínico. Dadas as limitações temporais ao nível da equipa de enfermagem e devido ao facto de ser difícil reunir todos os elementos, por se encontrarem nos diferentes polos que constituem a unidade, a sessão teve uma limitação temporal de 25 min, sendo que o *powerpoint* apresentado se encontra no Apêndice II. Neste sentido, mais do que fazer uma apresentação exaustiva do modelo, o objetivo consistiu em dar a conhecer uma abordagem “diferente” à família nas suas várias dimensões bem como a importância da documentação da prática nos suportes implementados (Sclínico), no sentido de promover a visibilidade dos cuidados prestados bem como a monitorização e, futuramente, a avaliação de ganhos em saúde.

Aquando da síntese/esclarecimento de dúvidas concluiu-se que, algumas das dimensões avaliativas do MDAIF eram já realizadas pelos enfermeiros da USF, nomeadamente aquando da visita domiciliária (VD), no entanto, o seu registo não era realizado, por desconhecerem a forma de o fazer no processo de enfermagem de família. Considerou-se, portanto que a sessão se poderá revelar, no futuro, uma mais-valia ao nível do registo no processo familiar de toda a informação colhida acerca da família, que poderá ser mobilizada pelos diferentes profissionais (nomeadamente EEECESF), com vista à otimização da saúde da família.

1.6.1 – Programas da Carteira de Serviços da USF – Plano de Ação

O funcionamento desta USF assenta num modelo de gestão participada por objetivos, em que o Conselho Técnico, o Coordenador e ouvidos todos os profissionais e responsáveis pelos processos da USF Alviela, elaboram e atualizam o Plano de Ação (PA) a cada três anos com metas anuais, definidas na Carta de Compromisso.

Indo ao encontro do previsto na Portaria nº 1368/2007, as áreas de atuação e intervenção da USF Alviela reportam para: Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas

fases de vida (Planeamento Familiar e Vigilância Oncológica da Mulher, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e do Idoso); Vacinação; Consulta de Grupos de Risco (Diabetes, Hipertensão Arterial e Consulta de Hipocoagulação); Consulta médica e/ou de enfermagem no domicílio; Consulta de Doenças agudas; Consulta de Inter-substituição; Administração de Terapêutica; Tratamentos de Enfermagem; e Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” da pessoa (Portaria nº 1368/2007, 2007).

No que respeita ao compromisso assistencial, o Plano de Ação em vigor refere-se aos anos 2021, 2022 e 2023, sendo apresentada no relatório a Carta de Compromisso para o ano 2022, disponível para consulta no site BI-CSP. O Plano de Ação da USF Alviela contempla as dimensões de Desempenho Assistencial, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação Profissional e Atividade Científica.

No que se refere à dimensão Desempenho Assistencial, esta engloba o Acesso, a Gestão da Saúde, a Gestão da Doença, a Qualificação da Prescrição e a Satisfação de Utentes. No ano 2022, foram contratualizados quanto ao Acesso: Cobertura ou utilização; Personalização; Tempos máximos de resposta garantidos; Consulta no próprio dia; e Distribuição das consultas presenciais no dia. No que respeita à Gestão da Saúde, para o ano 2022, contratualizou-se: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso. No que se refere à Gestão da Doença foram contratualizados: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Doenças Aparelho Respiratório; e Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças. Em relação à Qualificação da Prescrição, foram contratualizados: a Prescrição Farmacoterapêutica e a Prescrição de MCDT, e quanto à Satisfação de Utentes, tal como o nome indica, foi contratualizada a Satisfação de Utentes.

Passando à dimensão Serviços, esta engloba serviços de Caráter Assistencial e Serviços de Caráter não Assistencial, tendo sido contratualizados os Serviços de Caráter Assistencial e, dos Serviços de Caráter não Assistencial, as Atividades de Governação Clínica no ACES.

Quanto à dimensão Qualidade Organizacional contratualizaram-se: a Melhoria Contínua da Qualidade (Acesso, Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados) e a Segurança (Segurança de Utentes e Segurança de Profissionais).

Em relação à dimensão Formação Profissional foi contratualizada a Formação Interna (Formação da Equipa Multiprofissional e Formação de Internos e Alunos).

A dimensão Atividade Científica não foi contratualizada em 2022, assim como também não foi contratualizada nenhuma carteira adicional de serviços.

O projeto de acompanhamento de utentes da USF Alviela em ventiloterapia, criado em maio de 2018 foi prolongado e ainda se encontra em vigor. Este projeto foi desenvolvido em parceria entre a USF Alviela, o ACES Lezíria e o HDS com o objetivo de acompanhar os utentes da USF Alviela com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) sob terapêutica com pressão positiva contínua, garantindo a monitorização periódica da terapêutica instituída, e a sua referenciação a consulta hospitalar, de acordo com a Orientação nº 022/2014 da DGS, atualizada em 28/11/2016. A equipa de enfermagem não está diretamente envolvida no projeto, estando este ao cargo dos médicos da USF, do técnico de cardiopneumologia e do serviço de pneumologia do HDS.

No que se refere aos problemas identificados e objetivos definidos na Carta de Compromisso para 2022, estes são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Problemas identificados e Objetivos definidos na Carta de Compromisso da USF Alviela para 2022

Problema	Objetivo
A proporção de mulheres, com idade entre 25-60 anos, com rastreio de cancro de colo do útero (RCCU) foi, em 2019, de 46,51%, sendo desejável a melhoria deste resultado.	1. Aumentar a proporção de mulheres, com idade entre 25-60 anos, com RCCU realizado. 2. Implementar rastreio de base populacional de cancro de colo do útero.
O conhecimento dos hábitos tabágicos na população de utentes da USF Alviela é deficiente, contribuindo para que não seja feita a necessária intervenção de promoção da cessação tabágica.	Caraterizar os hábitos tabágicos dos utentes e intervir promovendo a cessação tabágica.
A qualidade dos registos clínicos é fundamental para a segurança do utente.	Realizar auditoria e melhorar a qualidade dos registos clínicos.
Continuam a detetar-se problemas ao tentar contactar com os utentes, embora já com grande melhoria em relação ao verificado em anos anteriores.	Diminuir as falhas nos dados de identificação dos utentes registados no RNU.
A prescrição de cefalosporinas e quinolonas na USF é mais frequente do que o recomendado. Pretende-se caracterizar e validar a respetiva prescrição.	Adequar a prescrição de antibióticos, garantindo o seu uso seguro e prevenindo o aparecimento de resistências aos antimicrobianos.
Quantificação de consultas desmarcadas.	Otimizar a gestão da desmarcação das consultas médicas.
Deficiência de registos clínicos do risco cardiovascular.	Identificar e corrigir erros nos registos clínicos.
Identificar, analisar e corrigir os incidentes detetados na unidade.	Revisão dos procedimentos já existentes, discussão na unidade. Revisão do mapa de risco. Implementação e Auditoria.

(BI-CSP, 2022)

O BI-CSP disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global

(IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada (SPMS, 2022).

Quanto ao Desempenho Assistencial, nas suas várias dimensões, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, encontram-se representados no Quadro 3, com base nos dados disponíveis no site BI-CSP referentes a agosto de 2022 sendo que, nesse mês, o IDG da unidade era de 70,40.

Quadro 3 – Desempenho Assistencial de Enfermagem em agosto 2022

Sub-Área	Dimensão	Designação Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	agosto/22	Score
Acesso	Cobertura ou utilização	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	65,00	76,00	100,00	100,00	73,53	1,55
		331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,65	0,76	2,00	2,00	0,76	2
	Consulta no próprio dia	345 - Prop. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	18,00	23,00	40,00	45,00	47,61	0
	Personalização	5 - Prop. de consultas realizadas pelo EF	65,00	70,00	88,00	92,00	64,43	0
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	25,00	42,00	75,00	80,00	46,05	2
		45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	41,00	60,00	100,00	100,00	54,57	1,43
		295 - Prop. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	51,00	77,00	100,00	100,00	81,58	2
		296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	5,00	45,00	100,00	100,00	1,12	0
	Saúde Adulto	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	55,00	71,00	100,00	100,00	71,73	2
		98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	93,00	100,00	100,00	93,62	2
		262 - Prop. utentes com avaliação risco DM2 (3A)	35,00	58,00	100,00	100,00	59,38	2
	Saúde Idoso	30 - Prop. idosos ou doença crónica, c/ vac. Gripe	45,00	55,00	100,00	100,00	68,87	2
		294 - Tx domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	300,00	570,00	1500,00	1500,00	173,85	0
	Saúde Infantil e Juvenil	15 - Prop. RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	10,00	50,00	100,00	100,00	2,53	0
		57 - Prop. RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	83,00	94,00	100,00	100,00	96,34	2
		59 - Prop. crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	80,00	95,50	100,00	100,00	95,71	2
		31 - Prop. crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	70,00	92,00	100,00	100,00	90,11	1,83
		32 - Prop. jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	50,00	75,00	100,00	100,00	58,16	0,65
93 - Prop. crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução		95,00	95,00	100,00	100,00	100,00	2	
94 - Prop. crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução		95,00	95,00	100,00	100,00	98,88	2	
95 - Prop. jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	98,96	2		
Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	35 - Proporção DM com exame pés último ano	70,00	89,00	100,00	100,00	85,35	1,62
		36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	60,00	75,00	100,00	100,00	86,41	2
		37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	70,00	87,00	100,00	100,00	88,89	2
		261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	70,00	87,00	100,00	100,00	85,35	1,81
	Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	45,00	67,00	100,00	100,00	63,54	1,69
		18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	65,00	80,00	100,00	100,00	88,41	2
		19 - Prop. de hipertensos com PA em cada semestre	40,00	75,00	100,00	100,00	61,91	1,25

(BI-CSP, 2022)

Analisando o Quadro 3 verifica-se que, de um modo geral, a equipa conseguiu atingir os indicadores contratualizados, apesar dos constrangimentos associados à situação pandémica que levaram, nomeadamente, à mobilização de recursos humanos para outras atividades.

A mobilização de enfermeiros, nomeadamente para a vacinação Covid, repercutiu-se na proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro de Família uma vez que, apesar de não ficar comprometido o desempenho assistencial, frequentemente não era possível os utentes serem atendidos pelo seu Enfermeiro de Família, levando à obtenção de uma proporção de 64,43 para este indicador, o que se traduz num score 0.

No entanto, apesar destas condicionantes, há a destacar o empenho dos enfermeiros e a adesão dos utentes às consultas de vigilância de enfermagem na gravidez e revisão do puerpério, às consultas de planeamento familiar, na adesão à vacinação, a adesão dos idosos ou utentes com doença crónica à vacina da gripe, e a adesão ao rastreio neonatal (diagnóstico precoce).

De acordo com os dados disponíveis no site BI-CSP, de um modo geral a USF Alviela, em agosto de 2022 melhorou o desempenho comparativamente a outubro de 2021, passando de 45,09 para 54,57 na proporção de mulheres entre 25-60 anos com RCCU, tendo ultrapassado o mínimo aceitável. No entanto, não tendo atingido ainda o mínimo esperado de 60, esta é uma área em que os enfermeiros de família continuarão a investir, no sentido de promover e incentivar a adesão aos referidos rastreios.

É ainda de salientar a melhoria significativa na avaliação dos hábitos tabágicos, identificada como um problema na carta de compromisso para 2022 e que, em agosto do corrente ano, obteve um score 2, passando de uma cotação de 66,85, em outubro de 2021, para 71,73, em agosto de 2022.

1.6.1.1 – Consulta de enfermagem no domicílio

Entendendo-se por domicílio a habitação permanente do doente, excluindo-se lares, casas de repouso, IPSS, e outros locais semelhantes, é requisito para a consulta no domicílio, este encontrar-se localizado na área geográfica de influência da USF. Esta atividade é reconhecida como estratégia para o trabalho na comunidade, sendo um método eficaz, pois pode

despertar na população a preocupação para as questões da sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução dos seus problemas e fornecer-lhe subsídios educativos para torná-la independente (USF Alviela, 2016).

São objetivos da consulta de enfermagem no domicílio: prestar cuidados de enfermagem no domicílio quando for conveniente para o utente e para o serviço de saúde sob o ponto de vista social; orientar e educar um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisionar os cuidados delegados à família; orientar a família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não for o mais indicado; recolher dados sobre as condições sócio sanitárias da família, recorrendo a entrevista e observação; dar conhecimento à família/prestador de cuidados acerca dos recursos disponíveis na comunidade adequados à situação em questão. Neste sentido, poderão ser realizadas no domicílio consultas programadas para fins de promoção de saúde; consultas programadas aos doentes com dependência física e funcional que necessitem cuidados médicos e de enfermagem e não possam deslocar-se à USF; e consultas não programadas a pedido dos doentes ou seus familiares, em situações que incapacitem a deslocação do doente à USF, nomeadamente quando existe dependência física e funcional do doente.

A referenciação pode ser feita através do médico de família, do hospital, de Instituições Comunitárias de Apoio ou por contactos diretos de familiares ou vizinhos, a pedido do utente ou por iniciativa do enfermeiro após avaliação da situação. Para a realização da VD o ACES disponibiliza viatura e motorista, sendo estes partilhados entre a USF Alviela e a USF Foral Novo.

São critérios para a realização da consulta de enfermagem no domicílio, um nível de dependência global verificado (transitória ou crónica) que impeça a deslocação ao Centro de Saúde, nomeadamente situações de: Perturbação da mobilidade; Acamamento; Feridas; Entubação Naso-Gástrica; Aspiração de secreções; Puérperas e RN; Visitas de saúde (atualização do PNV e vigilância em geral) a utentes com incapacidade de se deslocarem à unidade de saúde. Em situação de carência de recursos humanos, são critérios de priorização para realização de visita domiciliar pela equipa de enfermagem, a realização de tratamentos prioritários, algaliação, entubação nasogástrica e aspiração de secreções (USF, Alviela, 2016).

1.6.1.2 – Urgências / emergências e acidentes

Em situações urgentes/emergentes os utentes/familiares deverão de imediato ligar 112, em qualquer hora ou dia da semana ou, consoante a situação, dirigir-se diretamente ao HDS. No entanto, situações de carácter urgente ou emergente que sejam, erradamente, encaminhadas para a USF Alviela, deverão ser imediatamente orientadas para o enfermeiro/médico disponíveis. A unidade dispõe de um carro de emergência com material que permite uma primeira abordagem de prestação de cuidados de acordo com a situação e que se encontra em local sinalizado para o efeito, no corredor, e de fácil acesso a todos os profissionais.

Em caso de pequenos acidentes, os utentes são inscritos e avaliados pelos profissionais de saúde que, consoante a avaliação, dão a resposta mais adequada e, encaminhamento, se necessário. Em situação de doença aguda, mesmo que o utente não tenha vaga na consulta do dia do seu médico/enfermeiro de família, tem a possibilidade de ser atendido na consulta de intersubstituição, que funciona diariamente entre as 17 e as 20h.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Uma vez que a enfermagem teve a sua origem nos domicílios dos utentes, o envolvimento familiar e a prestação de cuidados centrados na família foram, desde muito cedo, encarados com naturalidade. Contudo, com a transição da prática de enfermagem das residências para os hospitais, durante a Grande Depressão e a Segunda Guerra Mundial, as famílias foram excluídas, não só da participação nos cuidados aos seus familiares doentes, como também de eventos marcantes para a família, como o nascimento e a morte (Wright & Leahey, 2011).

A prática de enfermagem tem sofrido, deste modo, inúmeras mudanças ao longo do seu desenvolvimento, encontrando-se agora numa fase de regresso à ênfase na importância do convite às famílias em participar nos seus próprios cuidados de saúde. Porém, esta ênfase é agora considerada com base no conhecimento, evidências de investigação, respeito e colaboração muito maiores do que em qualquer outro momento da história da profissão (Wright & Leahey, 2011).

Hanson (2005) nomeia vários estudos de investigação que demonstram a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem uma vez que, de um modo geral:

1. Os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar (Pratt, 1987);
2. As unidades familiares são afetadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde, sendo as famílias um fator importante para o estado de saúde e bem-estar dos indivíduos (Gilliss, 1993);
3. As famílias afetam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada membro afetam toda a família (Doherty, 1985; Doherty & Campbell, 1988);
4. A eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá maior ênfase à família, e não somente ao indivíduo (Gilliss & Davis, 1993);
5. A promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a sobrevivência da sociedade (Anderson & Tomlinson, 1992).

Reforçando esta importância, Wright e Leahey (2011) referem que a teoria, a prática e a investigação em enfermagem apresentaram evidências de que a família tem um impacto significativo na saúde e bem-estar de cada um dos seus membros, pelo que os enfermeiros

devem considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem, devendo este ser desenvolvido com base no respeito e responsabilidade, mediante a adoção de profundas avaliações e intervenções, assim como de práticas relacionais com as famílias.

2.1 – FAMÍLIA

Família é uma palavra que remete para diferentes imagens consoante cada pessoa ou grupo, e que tem evoluído ao longo do tempo, sendo que as definições de família se têm concentrado em diferentes aspetos, consoante a abordagem. Por exemplo:

- Legal: relações definidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento;
- Biológica: relações definidas pela rede genética biológica entre as pessoas;
- Sociológica: relações definidas pelo facto de um grupo de pessoas viverem juntas;
- Psicológica: relações definidas por fortes laços emocionais (Hanson, 2005).

Burgess e Locke, os primeiros teóricos da ciência social da família, definiam-na como um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, formando um único lar e interagindo uns com os outros de acordo com os papéis sociais que assumiam, como marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum (1953, as cited in Hanson, 2005).

Por conseguinte, as definições adotadas pelos primeiros teóricos da enfermagem de família também seguiam esta tendência, sendo que apenas a partir dos anos 80, a conceção de família deixou de se restringir apenas a laços de sangue, de casamento ou legais (Hanson, 2005).

Alarcão (2000) refere que frequentemente pensamos na “Família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais do que uma família” (p.35). A mesma autora defende que a família é um espaço privilegiado para a aprendizagem de dimensões significativas da interação bem como para a vivência de relações afetivas profundas constituindo, também, uma importante base para a integração na vida em sociedade.

Hanson (2005) define família como “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos” (p.6),

pelo que o autor defende que os enfermeiros que trabalhem com famílias devem perguntar aos seus clientes quem estes consideram como família e incluí-los no planeamento dos cuidados.

Atualmente, o conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que engloba variáveis relacionadas com a autodeterminação da mesma, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos. A família, enquanto sistema autopoietico co-evolutivo possui um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização (Figueiredo, 2012).

Figueiredo (2012) refere que “A família assim representada é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes” (p.67). Por conseguinte, não sendo as partes redutíveis ao todo e vice-versa, qualquer alteração afetará quer as partes quer o todo, tendendo ambos a promover a mudança no sentido do equilíbrio dinâmico da unidade familiar.

De acordo com a mesma autora, a saúde familiar traduz-se na capacidade da família em desenvolver estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e fazendo mudanças estruturais; e na capacidade de, simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais de cada um dos seus membros, estando associada à maximização do potencial de saúde da família.

2.2 – CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

A enfermagem de família é entendida como campo disciplinar da enfermagem, com um corpo de conhecimento específico, desenvolvendo-se no domínio teórico através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto alvo de cuidados, e tendo o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais da família, teorias da terapia familiar e em modelos e teorias de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Destes três tipos de teorias, as teorias das ciências sociais da família são as mais desenvolvidas e informativas acerca dos fenómenos da família, como a função familiar, o intercâmbio entre

ambiente e família, interações e dinâmicas dentro da família, alterações ocorridas na família ao longo do tempo, e a reação desta à saúde e à doença. No entanto, estas não são suficientes para fundamentar a avaliação e intervenção de enfermagem de família, devido à sua natureza abstrata (Hanson, 2005).

O mesmo autor refere que as teorias da terapia familiar são mais recentes e menos desenvolvidas que as teorias das ciências sociais, mas são muito importantes para a enfermagem de família, dado que derivam da prática profissional, ao invés da disciplina académica, como as das ciências sociais da família. Deste modo, a teoria, prática, investigação e educação em enfermagem de família dependem hoje muito das teorias da terapia familiar. Contudo, nem todas são aplicáveis à enfermagem uma vez que a enfermagem se centra no *continuum* saúde-doença e na promoção da saúde, enquanto a terapia familiar se destina apenas a famílias com problemas e, por esse motivo, as concetualizações nem sempre são aplicáveis a famílias saudáveis ou a famílias com problemas de saúde de natureza fisiológica.

Por último, dos três tipos de teorias existentes, as teorias de enfermagem são as menos desenvolvidas dentro da enfermagem de família uma vez que, originalmente, quase todos os modelos de enfermagem se centravam no indivíduo e não na família, precisando agora de se expandir no sentido de incluírem a família como cliente, de modo a torná-las totalmente relevantes para a prática de enfermagem de família (Hanson, 2005).

2.2.1 – Teorias das Ciências Sociais da Família

Das diversas teorias das ciências sociais da família, Hanson (2005) considera que a teoria estrutural-funcional, a teoria de sistemas, a teoria interativa, a teoria do stress, a teoria do desenvolvimento e a teoria da mudança constituem fortes correntes que influenciaram não só o desenvolvimento das teorias da terapia familiar, como as teorias e os modelos de enfermagem de família.

De acordo com Silva (2016), o contributo da **teoria estrutural-funcional** torna-se evidente na orientação que fornece ao nível das dimensões estrutural e funcional da família. Segundo esta teoria, a família é vista como um sistema social que desempenha funções que servem os indivíduos e funções que servem a sociedade. Os membros da família agem de acordo com as

normas e valores aprendidos através da socialização. Neste sentido, a análise familiar centra-se nas relações entre os membros da família, entre os membros da família com o todo e ainda nas relações da família com o sistema social.

Outro importante contributo consiste na **teoria dos sistemas**, tendo esta abordagem origem na física e na biologia, através de von Bertalanffy. Segundo esta teoria, a família é considerada como um sistema que é maior e diferente que a soma das suas partes e o sistema familiar é um todo organizado, sendo os indivíduos na família, interativos e interdependentes, contribuindo para o equilíbrio do sistema. A família é constituída por vários subsistemas (formados por um ou mais elementos) que se influenciam mutuamente, existindo fronteiras (abertas, fechadas ou aleatórias), hierarquias dentro do sistema familiar e relações lógicas entre os subsistemas (Hanson, 2005).

Nesta perspetiva, o sistema familiar está em constante interação com o ambiente circundante, pelo que uma alteração num dos elementos do sistema (interno ou externo) provoca alterações na família assim como a família provoca alterações em cada um dos seus elementos.

Segundo Silva (2016) a **teoria interativa**, designada também por interação simbólica, teve origem na psicologia social e na sociologia, integrando um dos pressupostos importantes para a abordagem da enfermagem de família. De acordo com esta teoria, a família é vista como uma unidade constituída por personalidades interativas. Neste sentido, o foco são as dinâmicas internas da família, onde se incluem os processos de comunicação, os papéis desempenhados pelos elementos, as tomadas de decisão, a resolução de problemas, bem como padrões de socialização. Contudo, uma limitação desta teoria, referida por Hanson (2005), reside em não valorizar o ambiente, a história, cultura ou estatuto socioeconómico da família, considerando-a como unidade relativamente fechada em que o mundo externo exerce pouca influência.

Os seus contributos para a enfermagem de família consistem, principalmente, na importância que é dada às dinâmicas internas da família, dimensão que é explorada em vários modelos de enfermagem de família.

A **teoria do stress familiar** constitui outra das teorias que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de família, tendo sido desenvolvida por Hill (1949) aquando

da sua investigação sobre os efeitos da separação e reencontros das famílias provocados pela 2ª Guerra Mundial. Concluiu, então, que o stress causado pela separação originava uma crise, e esta, por sua vez, um declínio no funcionamento da família ou mesmo uma desorganização familiar, sendo seguido de recuperação e ascensão para um novo nível de organização familiar. Hill defende que um acontecimento stressante provoca mudanças dentro do sistema familiar sendo que este possui recursos (ou forças) que lhe permitem lidar com esses fatores, considerando, contudo, que a forma como a família sente o acontecimento determina o modo como lidará com o mesmo (Hanson, 2005).

Esta teoria considera já a importância dos recursos das famílias para fazer face às crises com que se deparam, assim como a influência das relações entre os subsistemas familiares e destes com os sistemas mais amplos.

A **teoria do desenvolvimento familiar** remete para os aspetos comuns e gerais da vida familiar através de uma visão longitudinal do ciclo de vida familiar, pressupondo haver fases sucessivas e padrões que ocorrem dentro da experiência de vida familiar ao longo dos anos. A estrutura conceptual de desenvolvimento familiar, como formulada inicialmente, centra-se fundamentalmente no ciclo de vida familiar da família nuclear a partir do casamento, passando pelo nascimento dos filhos, até à morte do último elemento do casal. Contudo, atualmente é evidente que nem todas as famílias se adaptam a este padrão normativo do ciclo de vida familiar (Stanhope & Lancaster, 1999).

Vários teóricos, desenvolveram estudos aplicados ao desenvolvimento da família como unidade, apresentando diferentes propostas de avaliação do desenvolvimento familiar em etapas, como são exemplo Duvall (1985), Carter e McGoldrick (1988, 1999) e, no caso português, Relvas (1996). Estes propõem diferentes ciclos de vida familiar e identificam tarefas familiares gerais de cada etapa, sendo que o desenvolvimento da família se realiza ao longo das diferentes etapas, delimitadas pelas entradas e saídas de elementos na família, pela adoção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e pelo posicionamento dos filhos na família (quando existam) (Hanson, 2005; Relvas, 1996, as cited in Alarcão, 2000).

A teoria do desenvolvimento familiar evidencia-se, deste modo, como contributo fundamental para a conceção de modelos de avaliação e intervenção em enfermagem de família, constituindo o desenvolvimento uma dimensão avaliativa em diferentes modelos.

No que se refere à **teoria da mudança**, esta constitui outro importante contributo, sendo que Maturana e Varela (1992, as cited in Silva, 2016) defendem que um dos importantes pressupostos desta teoria consiste em considerar que, ao longo do ciclo vital das famílias, os sistemas interagem e encontram-se em constante desenvolvimento, atingindo o equilíbrio por um contínuo processo de homeostasia. De acordo com esta teoria, a mudança no sistema familiar é gerada por estímulos internos e externos e ocorre como compensação pelas perturbações, no sentido de manter a estabilidade do sistema.

Watzlawick, Weakland e Fisch (1974, as cited in Hanson, 2005), acrescentam que as mudanças na família podem ser de primeira ou segunda ordem, sendo de primeira ordem quando o sistema permanece inalterado, embora ocorra mudança em um ou vários dos seus membros (ou subsistemas), e de segunda ordem, quando resulta em alterações qualitativas da estrutura do sistema exigindo a sua reorganização. Na perspetiva dos mesmos autores, ambos os tipos de mudança são necessários para manter a estabilidade do sistema. Wright e Leahey (2011) acrescentam que a mudança numa família pode acontecer ao nível do domínio cognitivo, afetivo ou comportamental, considerando que a mudança em qualquer um dos domínios terá impacto sobre os outros.

2.2.2 – Teorias da Terapia Familiar

Existem vários modelos e teorias da terapia familiar que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de família e que emergiram também das teorias das ciências sociais.

A **teoria da terapia familiar estrutural**, defendida por Salvador Minuchin, é utilizada como modelo na terapia familiar, considerando que o sistema familiar é constituído por subsistemas que interagem através de padrões transacionais que, repetidos ao longo do tempo, estabelecem modelos de como, quando e com quem interagem os indivíduos. Nestes subsistemas existem limites ou fronteiras que permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas. Estes limites podem ser claros, rígidos ou difusos influenciando a forma como os elementos interagem entre si num subsistema, entre subsistemas ou entre a família e o meio. Desta forma, podem existir diferentes interações dentro do mesmo sistema: relações horizontais (as que ocorrem dentro do mesmo subsistema, por exemplo entre os elementos do subsistema conjugal) e relações

verticais (as que ocorrem entre diferentes subsistemas, por exemplo entre pais e filhos) (Alarcão, 2000).

Esta teoria constitui um importante contributo para a enfermagem de família, uma vez que evidencia a importância funcional da família, nomeadamente pela compreensão das relações entre os seus elementos, condição indispensável nos cuidados de enfermagem, quando estes têm como alvo a intervenção na família (Silva, 2016).

A **teoria da terapia de sistemas familiares**, foi impulsionada por Murray Bowen, com a finalidade de conceber um modelo teórico de compreensão do sistema familiar e das patologias explicáveis pela interdependência familiar, de modo a encontrar compreensão etiológica na família através da transmissão intergeracional. Neste sentido, segue o paradigma sistémico, dado que defende a importância de entender o indivíduo através da forma como se posiciona e relaciona no sistema (Relvas, 1999, as cited in Silva, 2016).

De acordo com a terapia de sistemas familiares de Bowen, os membros da família são encorajados a analisar e promover a distinção entre o “eu” e a família e a promover a distinção entre o intelecto e a emoção, de modo a conhecerem e compreenderem o seu passado e presente, ficando livres para escolher o tipo de comportamento a ter no futuro (Hanson, 2005).

A **teoria da terapia familiar interativa** foi originalmente desenvolvida em Palo Alto (Califórnia) no Mental Research Institute, prevendo uma abordagem que encara a família como um sistema de comportamentos interativos ou interligados ou como processamento de comunicações. A ênfase é colocada no presente e não no passado, baseando-se esta abordagem, nas regras fundamentais da comunicação desenvolvidas por Watzlawick, Beavin e Jackson no seu livro *Pragmatics of Human Communication* (Hanson, 2005).

Neste sentido, todo o comportamento tem um valor de comunicação, sendo que a comunicação pode ter a função de ligação positiva entre os indivíduos (comunicação saudável) ou contribuir para afastar ou gerar incompreensão entre os mesmos (comunicação patológica).

Como se pode verificar, apesar da existência de diferentes teorias/modelos, a noção de família como sistema é comum, não podendo ser vista separadamente das suas partes, contribuindo

todos os elementos para o seu desenvolvimento e adequado funcionamento, apresentando-se como um sistema em constante desenvolvimento e mudança ao longo do ciclo vital.

2.2.3 – Modelos e Teorias de Enfermagem

Do mesmo modo que as abordagens desenvolvidas ao nível da terapia familiar contribuíram para a construção e consolidação do conhecimento em enfermagem de família, alguns modelos e teorias de enfermagem também contribuíram para o desenvolvimento da prática dirigida ao sistema familiar bem como para a sua afirmação conceptual realçando-se, sobretudo, as teorias de Imogene King, Dorothea Orem, Martha Rogers, Callista Roy, Betty Neuman e Moyra Allen, consideradas como mais influentes no desenvolvimento da enfermagem de família (Figueiredo, 2012).

Inicialmente concebidos com base nos conceitos do metaparadigma de enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem) consideravam que a família integrava o ambiente, constituindo fator protetor ou de adversidade na trajetória de vida das pessoas. Mais tarde, a família foi sendo integrada como alvo e contexto de cuidados de enfermagem sendo desenvolvidos modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

A teoria da consecução dos objetivos, integrada na Escola da Interação, foi desenvolvida por **Imogene King** com base na Teoria Geral dos Sistemas e centra-se na interdependência dos sistemas, incorporando o conceito de interação entre enfermeiro e paciente, atuando ambos no sentido da concretização das metas definidas (Figueiredo, 2012). Casey (1996, as cited in Figueiredo, 2012) expandiu os pressupostos do modelo de King para a família, definindo-a como um sistema aberto, composto por subsistemas interdependentes, influenciados pelo ambiente, de acordo com o grau de permeabilidade e dos limites que determinam essa mesma influência.

O modelo do autocuidado de **Dorothea Orem** (1993, 2001, as cited in Figueiredo, 2012), da Escola das Necessidades, integra a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sendo que com base nestas teorias, a família surge numa situação de défice de autocuidado do indivíduo, promovendo ou executando o autocuidado ao nível das áreas em que se verifica o défice.

Integrada na Escola do Ser Humano Unitário, a teoria de **Martha Rogers** encara o ser humano como um campo de energia multidimensional unitária, que está empenhado num processo contínuo mútuo com o ambiente (Hanson, 2005). Fawcett (1981, as cited in Hanson, 2005) alargou a teoria de Rogers, definindo a família como um campo de energia constante, de um sistema aberto, que está em constante mudança nas suas interações com o ambiente.

O modelo de adaptação de **Callista Roy**, da Escola dos Resultados, foi desenvolvido em 1976, derivando inicialmente da teoria geral de sistemas de von Bertalanffy e da teoria da adaptação e encarando a família como o contexto para o desenvolvimento e adaptação individual. Mais tarde, em 1981, Roy e Roberts expandiram esta visão, descrevendo a família como um sistema adaptativo que, assim como o indivíduo recebe informação, tem controlo interno, processos de regulação e *feedback* (Whall & Fawcett, 1991, as cited in Hanson, 2005).

Integrando também a Escola dos Resultados, o modelo de sistemas de **Betty Neuman**, apresentado em 1982, baseia-se em várias teorias das ciências sociais da família (inclusive na teoria geral dos sistemas), sendo que a autora vê a família como um “grupo de duas ou mais pessoas que criam e mantêm uma cultura comum; e cujo objetivo central é a continuidade” (Neuman, 1983, as cited in Hanson, 2005, p. 56). Segundo este modelo, o sistema familiar é ameaçado quando sujeito a pressões que afetam a sua estabilidade e bem-estar, sendo o principal objetivo da família, “manter a sua estabilidade através da preservação da integridade da sua estrutura” (Whall & Fawcett, 1991, as cited in Hanson, 2005, p. 56).

O modelo desenvolvido por **Moyra Allen**, integrado na Escola de Promoção da Saúde, foi inspirado na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários e na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, considerando que os cuidados de enfermagem de promoção da saúde se centram, principalmente, no desenvolvimento da saúde da família através da ampliação dos seus processos de aprendizagem, fomentando a negociação e a participação ativa da família no processo de cuidados (Figueiredo, 2012).

De acordo com Hanson (2005), não existe nenhuma teoria ou estrutura conceptual da ciência social da família, da terapia familiar ou da enfermagem que descreva na íntegra a complexidade da dinâmica da vida familiar, pelo que a integração de várias teorias permite que os enfermeiros abordem as famílias com base numa variedade de perspetivas,

aumentando a probabilidade de as intervenções selecionadas serem adotadas pela família, por considerarem fazer sentido na sua estrutura, processos e modo de funcionamento.

Figueiredo (2012) identifica alguns dos modelos de avaliação e intervenção familiar, fundamentados nos referenciais epistemológicos descritos e desenvolvidos com o foco na família como unidade e alvo de cuidados de enfermagem, sendo sumariamente apresentados em seguida.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar desenvolvido por Berkey e Hanson em 1991 e Hanson e Mische em 1996, com base na Teoria Geral dos Sistemas e no modelo de sistemas de Neuman, constituem uma excelente ferramenta para investigar e identificar fatores de stress na família e gerar intervenções de família a partir de uma visão microscópica da mesma (Hanson, 2005).

O Modelo de Avaliação Familiar de Friedman foi criado por Friedman em 1998, tendo por base a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria estrutural-funcional, consistindo numa visão macroscópica da família, considerando-a um sistema social com exigências funcionais que desempenha funções benéficas para o indivíduo e para a sociedade. Considera, ainda, que é na família que os indivíduos apreendem as normas e valores que interiorizam, tendo sido criado com o principal objetivo de constituir um guia orientador na colheita de dados à família (Silva, 2016).

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) desenvolvido por Wright e Leahey e publicado em livro com a primeira edição em 1984 e o **Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF)**, publicado em 1994, estão associados, podendo ser utilizados na prática clínica isoladamente ou em conjunto, consoante a etapa do processo de cuidados. Este modelo define a família como “quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2011, p.55).

Os modelos Calgary (MCAF e MCIF) consistem numa estrutura multidimensional, integrada, baseada na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança e influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição, apresentando três categorias principais de avaliação (estrutural, de desenvolvimento e funcional), de modo a avaliar a família no sentido de lhe oferecer intervenções e ajudá-la a realizar mudanças e resolver problemas (Wright & Leahey, 2011).

O **Modelo de Resiliência ao Stresse, Ajuste e Adaptação da Família** foi construído por McCubbin e McCubbin em 1993 no trabalho com famílias em stress, de modo a analisar o motivo pelo qual as famílias reagem de forma muito diferente, quando confrontadas com stressores semelhantes. Este modelo proporciona aos enfermeiros uma forma de facilitar o ajuste e a adaptação da família, observando as forças e as capacidades da mesma para reagir ao stress. De acordo com o modelo, os enfermeiros interagem com as famílias no sentido de repadronizar padrões de funcionamento perturbados, reforçando os processos de resiliência e regeneração (Hanson, 2005).

O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)** foi desenvolvido por Figueiredo (2009; 2012), partindo de um percurso de investigação com enfermeiros de família, em contexto de CSP, em Portugal. O desenvolvimento deste modelo teve como finalidade responder às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados à família enquanto alvo de cuidados, constituindo-se como um referencial teórico e operativo (Figueiredo, 2012). Este modelo teve por base o pensamento sistémico, como referencial epistemológico e, como fontes teóricas, os modelos Calgary de avaliação e intervenção na família (MCAF e MCIF). Figueiredo (2012) define, no MDAIF, os principais conceitos do metaparadigma de enfermagem:

- ✓ Família “é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes” (Figueiredo, 2012, p.67);
- ✓ Saúde Familiar “como estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Figueiredo, 2012, p.68);
- ✓ Ambiente Familiar “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade” (Figueiredo, 2012, p.68);
- ✓ Os Cuidados de Enfermagem à Família “Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas” (Figueiredo, 2012, p. 69).

Da análise apresentada sobre as várias teorias que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar depreendem-se diferentes perspetivas de abordagem no processo de cuidados, salientando-se a modificação do foco de atenção da família (inicialmente entendida como contexto ou ambiente onde se integra o indivíduo) para uma abordagem onde a família é entendida como um sistema interativo (no qual está incluído o indivíduo). Estes distintos tipos de abordagem remetem para os diferentes níveis da prática de enfermagem de família que são apresentados por vários autores.

2.3 – NÍVEIS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Os níveis da prática de enfermagem de família referem-se aos diferentes tipos de abordagem dos enfermeiros não existindo, ainda consenso na classificação apresentada pelos vários autores. De acordo com Silva (2016) uma das classificações mais reconhecidas é a de Friedman (1998) e posteriormente de Friedman, Bowden e Jones (2003). Estes propõem os seguintes quatro níveis da prática de enfermagem de família:

- 1º. Nível - A família é considerada como contexto, identificando o indivíduo como cliente;
- 2º. Nível - A família é considerada como a soma das partes, sendo os diferentes elementos da família, todos e cada um por si, focos de enfermagem;
- 3º. Nível - O foco de atenção são os subsistemas da família;
- 4º. Nível - A família é vista como o cliente (Friedman, Bowden & Jones, 2003, as cited in Silva, 2016).

Friedman (1998, as cited in Silva, 2016) compara os níveis da prática da enfermagem de família com os níveis de competência apresentados por Benner e defende que os enfermeiros iniciados e competentes produzem práticas dirigidas ao indivíduo integrado numa família, sendo que apenas os enfermeiros proficientes e peritos detêm competências que lhes permitam prever reações complexas da família em resultado da sua intervenção.

Segundo Friedemann (1995, as cited in Hanson, 2005) a Enfermagem de Família pode ser praticada a três níveis:

1. A nível individual, sendo a família encarada como contexto do indivíduo;
2. A nível interpessoal, com a família consistindo em díades, tríades, e unidades maiores;

3. A nível sistémico, no qual a família é um sistema com componentes estruturais e funcionais próprios, interagindo com sistemas ambientais e com os seus próprios subsistemas.

De acordo com o autor, a enfermagem de família pode e deve ser praticada aos três níveis por todos os enfermeiros, contudo, os enfermeiros generalistas estão preparados para tratar de famílias relativamente funcionais ao nível individual e interpessoal e a enfermagem de família ao nível sistémico, bem como a enfermagem interpessoal avançada de famílias com disfunções, estão reservadas a especialidades de enfermagem avançadas, detentoras de conhecimentos e capacidades na teoria e prática de família (Friedemann, 1995, as cited in Hanson, 2005).

Bomar (1996, as cited in Hanson, 2005), desenvolveu uma classificação em cinco diferentes níveis da prática de enfermagem de família utilizando o paradigma “de principiante a perito” (p. 8). Esta classificação considera que do primeiro ao terceiro nível (principiante, principiante experiente e competente) o cliente é o indivíduo no contexto familiar e só nos quarto e quinto níveis (eficiente e perito) o cliente passa a ser a família. Nesta perspetiva, são os enfermeiros especialistas com mestrado (e com experiência acrescida) e com doutoramento que possuem competência para modificar o foco (de indivíduo para família como cliente).

Com base na literatura sobre enfermagem de família, Hanson (2005) apresenta quatro abordagens para a prática, investigação e educação em enfermagem de família e considera que a abordagem que os enfermeiros utilizam é influenciada por muitos fatores, nomeadamente, o contexto dos cuidados, as circunstâncias familiares e os recursos dos próprios enfermeiros. Segundo o mesmo autor, as quatro abordagens possíveis são:

1. A família como contexto – Sendo a abordagem tradicional da enfermagem, encara o indivíduo como cliente e a família como contexto, revelando-se recurso ou fator de stress para o indivíduo (o indivíduo está em primeiro plano e a família em segundo);
2. A família como cliente - A família como cliente constitui o alvo dos cuidados (a família é colocada em primeiro plano e os indivíduos em segundo). Nesta abordagem a família é encarada como a soma dos seus membros e o foco está em cada um, sendo cada pessoa avaliada e os cuidados prestados a todos os membros da família;

3. A família como sistema - O alvo é a família como cliente e é vista como um sistema interativo no qual o todo é mais do que a soma das suas partes. Esta abordagem foca-se simultaneamente no indivíduo e na família e as interações familiares tornam-se alvo das intervenções de enfermagem resultantes da avaliação realizada;
4. A família como componente da sociedade - A família (como um todo) é considerada como uma instituição dentro da sociedade interagindo com as outras instituições que a rodeiam, tais como instituições de saúde, de ensino, de solidariedade, religiosas ou económicas (Hanson, 2005).

Wright e Leahey (1988, as cited in Wright & Leahey, 2011) distinguem dois níveis de perícia em enfermagem de família: generalista e especialista. Tipicamente, generalistas ou com formação graduada, encaram predominantemente a família como contexto. Por outro lado, os especialistas, ou seja, enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento), consideram a família como unidade de assistência, o que requer especialização em enfermagem dos sistemas familiares, concentrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, em simultâneo.

Como se pode verificar, parece haver algum consenso nas perspetivas dos teóricos quanto à diferença nas abordagens à família concluindo-se que, a abordagem à família como unidade de cuidados, requer formação especializada e experiência profissional.

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 118/2014 define o enfermeiro de família como 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. O referido decreto determina, ainda, que no âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (Decreto-Lei nº 118/2014, 2014).

Considerando esta orientação e as várias classificações apresentadas, a prática de enfermagem de família parece enquadrar-se nos níveis mais elevados (de formação pós-graduada), já que considera a família como alvo dos cuidados.

Neste sentido, de acordo com o Regulamento nº 428/2018, é o EEECESF que, considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como

um todo, mas também nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, definindo como competências específicas do EEECESF: 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 nº 428/2018, 2018).

Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar definidos pela Ordem dos Enfermeiros, o EEECESF desenvolve a sua prática numa parceria colaborativa com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa/família e não tanto nas doenças ou problemas, assumindo como foco a família como unidade de cuidados e valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2017) definiu, ainda, os conceitos relevantes em enfermagem de saúde familiar, sendo que:

- ✓ **Saúde** é um processo dinâmico vivenciado pelas famílias. A saúde da família engloba muito mais do que a saúde dos seus membros individualmente e as relações familiares são fulcrais para a saúde da família;
- ✓ **Família** é um grupo de indivíduos ligados entre si por fortes laços afetivos, apresentando um grande sentimento de pertença. A perspetiva familiar, o seu conceito de saúde e doença, a sua cultura e crescimento são únicos;
- ✓ A família interage com o **Ambiente** progressivamente transformando-o e sendo influenciada por ele ao longo do tempo, sendo que os enfermeiros colaboram com as famílias no sentido de criar ambientes promotores de saúde e bem-estar;
- ✓ A **Enfermagem** representa o compromisso de apoiar a família (na saúde e na sociedade) e a enfermagem avançada em enfermagem de saúde familiar baseia-se na interação com a família, favorecendo uma coevolução e promovendo a saúde da mesma. O EEECESF é detentor de conhecimentos especializados no sentido de manter a saúde familiar e gerir os problemas de saúde vivenciados por esta (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

3 – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde e, por conseguinte, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A realização do estágio (I, II e III) proporcionou a aquisição de um conjunto aprendizagens que se concretizaram num espaço de reflexão, crescimento e construção, pessoal e profissional, e que favoreceram o desenvolvimento, quer de competências comuns do enfermeiro especialista, quer de competências específicas do EEECESF, pelo que as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico, que permitiram a sua aquisição se encontram descritas nos subcapítulos seguintes.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, o enfermeiro de família constitui o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de cuidados (Regulamento nº 428/2018, 2018). Neste sentido, ao longo do ensino clínico prestou cuidados dirigidos ao indivíduo ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, de acordo com os vários programas da carteira de serviços da USF bem como cuidados dirigidos a famílias em situação de transição complexa, com necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito de saúde familiar.

Pela natureza dos cuidados de saúde primários, todas as famílias são suscetíveis de avaliação familiar, permitindo esta, a identificação dos recursos e forças da família, bem como das necessidades, por forma ao planeamento colaborativo de intervenções ajustadas a essas mesmas necessidades (Figueiredo, 2012).

Apesar de reconhecer a sua importância, não seria possível durante o estágio, avaliar e intervir com todas as famílias do ficheiro, pelo que houve necessidade de selecionar algumas famílias em situação de transição complexa que poderiam beneficiar com a aplicação de um Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de um modo mais aprofundado nas suas várias dimensões.

Contudo, com a realização do ensino clínico pode compreender que, apesar de não ser pertinente avaliar e intervir em todas as dimensões avaliativas com cada utente/família que

cuidou, tal não impedia que avaliasse e interviesse colaborativamente apenas nas dimensões consideradas prioritárias com a família, pelo que a sua abordagem com os utentes/famílias passou a incluir sistematicamente essa avaliação/intervenção, o que se revelou uma mais valia para a aquisição das competências específicas do EEECESF.

Das famílias selecionadas, a primeira família identificada será denominada Família I e é uma família nuclear constituída pelos dois elementos do subsistema conjugal, na VIII etapa do ciclo vital (segundo Duvall), apresentando a esposa um processo evolutivo de demência com períodos de confusão e agitação psicomotora com os quais o marido tem tido dificuldade em lidar apresentando este, desde há cerca de um mês antes do início da intervenção, sintomatologia depressiva. O processo de enfermagem desenvolvido com esta família, fundamentado nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, encontra-se descrito em pormenor no Apêndice I, pelo que se optou por não repetir a sua apresentação neste capítulo.

A segunda família identificada (Família II) é uma família reconstruída constituída pelos dois elementos do subsistema conjugal e por um filho do elemento masculino do casal, encontrando-se na VI etapa do ciclo vital (segundo Duvall) e em que o elemento masculino do casal se encontra recentemente de atestado para tratamento de etilismo.

No que se refere ao subsistema conjugal desta família, foi desenvolvido por este um percurso muito peculiar ao longo do tempo, uma vez que haviam já sido casados anteriormente (entre 1990 e 1996) do qual nasceu uma filha em comum, tendo-se divorciado e construído novos relacionamentos por união de facto, o que resultou em filhos de cada um em separado. Posteriormente, ambos romperam com esses relacionamentos, encontrando-se novamente juntos desde 2010, desta vez numa relação de união de facto.

O trabalho desenvolvido com a família II iniciou-se por referência da médica de família, reconhecendo a importância da intervenção especializada de enfermagem de saúde familiar nesta situação. Neste sentido, foi realizada uma primeira entrevista apenas com o utente em causa (identificado no genograma como JS - paciente identificado), iniciando a colheita de dados acerca da situação, avaliando a sua convicção e confiança para a mudança e verificando encontrar-se numa fase de determinação, de acordo com os estádios de mudança definidos por Cardoso (2012) para a entrevista motivacional. No momento da primeira entrevista JS

tinha já adotado algumas alterações no seu comportamento, tendo iniciado tratamento no Centro de Respostas Integradas do Ribatejo, referindo, no entanto, ser ainda muito difícil abster-se do consumo de bebidas alcoólicas.

Posteriormente foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a família, procedendo à sua avaliação nas várias dimensões e intervindo com a mesma no sentido de descobrir e desocultar forças de acordo com o processo espiral descrito por Gottlieb (2016) apelando ao que referiram ser o seu “bem mais precioso” (a família) no sentido criar e manter um ambiente promotor de mudança centrado na recuperação, bem-estar e saúde individual e familiar. Gottlieb (2016, p. 391) refere que “o enfermeiro está atento aos aspetos positivos da vida da pessoa – áreas que estão trabalhadas e que são fonte de conforto”, podendo nesta situação constituir a força e motivação necessárias para a mudança.

Aquando da avaliação realizada com a família, os elementos do subsistema conjugal referiram ter uma ligação muito forte entre si e com o JO, não existindo conflitos quer na família nuclear quer na família alargada. Ambos elementos do casal referiram ter uma forte ligação com os filhos (de um, do outro, e de ambos) assim como com os netos. JS frequenta habitualmente o café e ambos referem bom relacionamento com os vizinhos. Durante o verão gostam de ir à praia ou, quando não é possível, à praia fluvial dos Olhos de Água. JS e JO referiram que, de vez em quando, vão juntos andar de bicicleta referindo ser uma atividade do agrado dos dois e mostrando grande proximidade e cumplicidade durante as entrevistas.

A figura 7 representa o genograma elaborado com a família II, facilitando uma melhor compreensão da mesma.

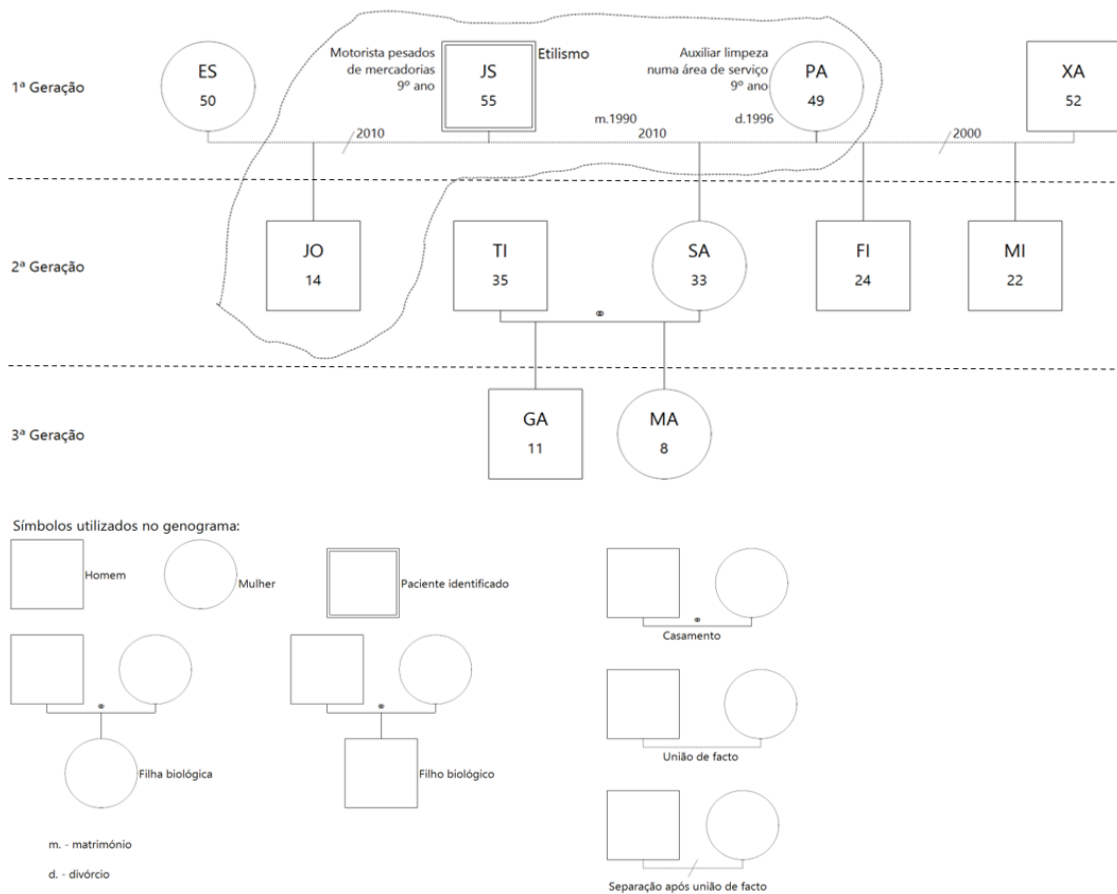


Figura 7 – Genograma da Família II

3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, estando definidas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

3.1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante o ensino clínico desenvolveu uma prática profissional, ética e legal, assegurando o cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontologia profissional quer na interação com a equipa multidisciplinar, quer aquando da prestação de cuidados aos utentes e famílias.

Todo o processo de cuidados e tomada de decisão foi baseado em juízo sustentado em conhecimento e experiência, na observância da deontologia profissional. No contacto particular com as famílias construiu uma estratégia de identificação de necessidades, através da realização de entrevistas semiestruturadas, e elaborou propostas para a resolução dos problemas identificados, em conjunto com as famílias e com a equipa multidisciplinar.

Promoveu e desenvolveu momentos de reflexão acerca dos processos de tomada de decisão, nomeadamente com a enfermeira orientadora e a médica de família, confrontando resultados alcançados com as tomadas de decisão efetuadas com as famílias.

Garantiu a confidencialidade da informação escrita e oral adquirida aquando das entrevistas realizadas, respeitando o direito dos utentes e das famílias à sua privacidade segurança e dignidade e assegurando o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais de cada pessoa/família.

3.1.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No que se refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade demonstrou e mobilizou conhecimentos avançados acerca das diretivas na área da qualidade e ao nível da melhoria contínua, promovendo a partilha e incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Colaborou na realização de atividades de melhoria da qualidade, nomeadamente no que respeita à implementação de medidas previstas no projeto de renovação da certificação da qualidade que a USF está a desenvolver, colaborando na definição dos recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

Identificou oportunidades de melhoria na prática de enfermagem de saúde familiar na USF, estabelecendo prioridades e selecionando estratégias de melhoria, nomeadamente através da sessão realizada sobre o MDAIF e disponibilizou a apresentação realizada em suporte digital, no sentido de guiar o registo de avaliação familiar realizada pela equipa.

Promoveu o envolvimento e a motivação do utente/família como parceiros no processo de prestação de cuidados, efetuando e mantendo o plano de cuidados atualizado em parceria com os mesmos.

Assegurou o cumprimento dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas e assegurou a adoção de medidas para a segurança dos dados e registos.

Manteve um ambiente terapêutico e seguro ao longo de todo o ensino clínico no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem na unidade de saúde e em visitação domiciliária, quer quando os cuidados se dirigiam ao indivíduo, quer quando eram dirigidos à família.

3.1.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados

No que se refere ao domínio da gestão dos cuidados implementou, durante a prática clínica, métodos de organização do trabalho adequados, utilizando os recursos disponíveis de forma eficiente para promover a qualidade.

Compreendeu a importância de uma adequada gestão dos recursos, colaborando com a enfermeira orientadora na gestão de stocks na unidade e respetivos pedidos em *Glantt*.

Reconheceu a importância dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, articulando com a equipa multiprofissional sempre que necessário.

Colaborou com a enfermeira orientadora/equipa multidisciplinar, realizando consultas de enfermagem ao nível dos vários programas da carteira de serviços da USF.

Fomentou sempre um ambiente positivo e favorável à prática.

3.1.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Reconheceu a importância do autoconhecimento no sentido de facilitar a identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com os utentes/famílias e/ou a equipa multidisciplinar.

Atuou como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros (nomeadamente na sessão realizada e em reuniões informais da equipa).

Atuou como dinamizador e gestor da incorporação de conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, nomeadamente das famílias nas quais

entreviu ao longo do ensino clínico demonstrando, na prática, a importância da intervenção do enfermeiro de família na melhoria da saúde individual e familiar.

Rentabilizou todas as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e realizando pesquisa bibliográfica no sentido de fundamentar a prática com evidência científica. Neste âmbito, a realização do processo de cuidados à Família I segundo os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, descrito no Apêndice I, revelou-se uma mais-valia, no sentido de promover uma avaliação aprofundada de uma família, bem como o desenvolvimento de todo o processo de cuidados baseado em evidência científica assim como a avaliação dos resultados e ganhos em saúde obtidos com a mesma.

Consultou o Regulamento Interno, o Manual de Acolhimento, o Manual de Procedimentos de Enfermagem, entre outros documentos implementados no serviço.

Tal como previsto no Regulamento nº 140/2019 (2019), identificou “lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” (p. 4749) e desenvolveu o processo de investigação descrito no capítulo 4, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimento na área específica da enfermagem de saúde familiar.

3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EEECESF)

As competências específicas são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde bem como do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, sendo demonstradas através de um elevado nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As competências específicas do EEECESF são: 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 nº 428/2018, 2018).

Para a aquisição das competências específicas do EEECESF revelou-se fundamental o trabalho desenvolvido com as famílias, nomeadamente I e II, possibilitando a concretização prática de todo o processo de enfermagem à família como alvo de cuidados, fundamentado em

conhecimento científico, permitindo avaliar a importância do papel do enfermeiro de família no bem-estar e saúde das famílias.

Hanson (2005) define o processo de enfermagem de família como uma abordagem sistémica à identificação de problemas e ao desenvolvimento de intervenções adequadas, concebidas para satisfazer as necessidades ou preocupações da família como cliente numa abordagem colaborativa, dinâmica e contínua ao longo do tempo em que a família recebe cuidados. O mesmo autor acrescenta, ainda, que a estrutura, o desenvolvimento e a dinâmica familiares são apenas alguns dos conceitos essenciais para compreender as famílias (Hanson, 2005).

O processo de enfermagem realizado com cada uma das referidas famílias foi documentado em SClínico, considerando a importância dos registos para a avaliação da qualidade e mensuração de ganhos em saúde das populações. No entanto, apesar de o processo de enfermagem ter sido desenvolvido com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, conforme indicação do documento orientador do Estágio II, a sua documentação em SClínico recorreu à matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) por ser o que está disponível na referida plataforma, tendo sido registado apenas o que é possível no SClínico. O registo em SClínico de uma das entrevistas desenvolvidas com a família II encontra-se representado no Apêndice VII, no sentido de exemplificar a realização dos mesmos.

3.2.1 – Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Um dos pressupostos definidos por Figueiredo (2012) afirma que “O sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente” (p.70). Neste sentido, os cuidados de enfermagem centrados na família promovem a potencialização das suas forças, recursos e competências, numa abordagem colaborativa caracterizada pela coevolução processual.

Ao longo do ensino clínico procurou abordar os utentes/famílias com disponibilidade e empatia, adequando a linguagem ao respetivo nível sociocultural de modo a facilitar a

comunicação com as mesmas, utilizando uma abordagem colaborativa no desenvolvimento do processo de enfermagem.

Neste âmbito, desenvolveu avaliação e intervenção com famílias (nomeadamente Família I e Família II) com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e MDAIF recorrendo, também a alguns instrumentos de avaliação (Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar adaptada, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, Escala FACES II e Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe) que complementaram e reforçaram as referidas avaliações.

Todo o processo de enfermagem e entrevistas semanais com a Família I foi desenvolvido em visitação domiciliária com a presença de ambos os elementos da família nuclear e a sobrinha, que colabora na presta o de cuidados, encontrando-se descrito no Apêndice I. O desenvolvimento do processo de enfermagem em visita o domiciliária revelou-se uma mais-valia considerando que, tal como referido por Stanhope e Lancaster (1999), estas proporcionam uma colheita de dados mais exata sobre a estrutura familiar, o ambiente natural ou habitacional bem como o comportamento nesse ambiente, podendo o enfermeiro trabalhar diretamente com a família no sentido de adaptar as interven es e encontrar recursos realistas para a mesma.

O processo de enfermagem com a Família II foi desenvolvido em contexto da USF, tendo sido iniciado individualmente (com o JS) e posteriormente, após a avalia o do est dio de mudança e da avalia o com base no processo espiral para descobrir e desocultar forças, em entrevistas com a família nuclear, contando com a presença dos dois elementos do subsistema conjugal e do filho do JS (JO).

Gottlieb (2016) considera que descobrir e desocultar as forças faz parte de um processo complexo no sentido de conseguir conhecer a pessoa na sua situa o atual, incluindo a sua história, o que   para si importante, o que valoriza, o que tem passado, os desafios que enfrentou e está a enfrentar e o que gostaria de alcançar.

Neste sentido, a aplica o do processo de enfermagem com base no Modelo Calgary revestiu-se de importância fulcral, permitindo uma avalia o completa da família bem como o planeamento, com a mesma, das interven es a realizar. Com a referida avalia o, verificou-se uma altera o ao nível do funcionamento expressivo (processo familiar de acordo com o

MDAIF) uma vez que a situação de dependência do JS estava a gerar alteração na dinâmica familiar e preocupação e ansiedade sentida por todos os membros da família (nuclear e alargada), encontrando-se a família com dificuldade na solução de problemas (*coping*).

Apesar de, numa primeira instância poder transparecer que o processo de enfermagem foi dirigido apenas ao indivíduo, considerando a família como contexto e recurso a ser mobilizado, essa não foi a abordagem adotada, uma vez que, apesar de terem sido propostas intervenções ao indivíduo, o foco principal foi na dinâmica familiar, tendo sido fundamentalmente propostas intervenções à família estimulando e reforçando os laços existentes e promovendo estratégias adaptativas/*coping* na família.

Neste sentido, foi sugerido planear rituais de encontros de família, com os filhos e netos juntando-os em casa, num piquenique no quintal ou ainda recorrendo, eventualmente, ao parque de merendas da praia fluvial dos Olhos de Água, que referem ser do agrado de todos. Esta intervenção foi recebida com agrado, sendo que no dia da penúltima entrevista realizada com a família, referiram que iam de seguida ter com a filha e os netos para um piquenique no referido parque. Uma vez que JS e JO gostam ambos de andar de bicicleta foi sugerido que o fizessem juntos com regularidade, no sentido de promover atividades em família ao ar livre, tendo em conta o seu benefício para a saúde e bem-estar físico e psicológico. Na penúltima entrevista realizada com a família, o JS referiu que no mês seguinte já voltaria ao trabalho, sentindo-se bastante melhor e não tendo, ultimamente, tido recaídas e vontade de consumir. Referiu, ainda, sentir que o tratamento iniciado no Centro de Respostas Integradas do Ribatejo tem surtido efeito, manifestando-se convicto e determinado em prosseguir com o mesmo.

Neste sentido, e consciencializando-o dos desafios com os quais se iria deparar no regresso ao trabalho, foi sugerido que aproveitassem o facto de o filho JO estar de férias e fosse com o pai nos primeiros tempos de regresso ao trabalho, não estando todo o dia sozinho em casa sem atividade, e promovendo apoio e suporte mútuos. Esta sugestão também foi recebida com agrado por todos, referindo ser uma boa ideia e que já anteriormente tinha ido ocasionalmente com o pai.

De acordo com Meleis (2000, as cited in Figueiredo, 2009) a transição é caracterizada pela mudança de um estado para outro, pelo que é necessário que a família esteja capacitada para mobilizar os mecanismos ou recursos que lhe permitam resolver os desajustes, no sentido de

se adaptar a um novo estado, face à situação de crise, revelando-se o papel do enfermeiro de família crucial nessa capacitação.

Após um mês do regresso do JS ao trabalho, foi realizada uma última entrevista com a família nuclear, durante a qual referiram melhoria na dinâmica familiar, sendo que o JS referiu sentir-se bem com o regresso à sua atividade laboral, não tendo tido recaídas e referindo estar a cumprir o plano de tratamento iniciado. Nesta entrevista mostraram-se todos motivados e satisfeitos com a nova forma de funcionamento familiar, revelando diminuição da ansiedade sentida inicialmente por todos os elementos da família. Esta foi a última entrevista realizada, uma vez que a família decidiu não ser necessário novo agendamento. No entanto, foi demonstrada abertura e disponibilidade para, em caso de sentir necessidade, qualquer um dos elementos da família, contactar o serviço para novo agendamento.

No que se refere à família I (Apêndice I), a intervenção de enfermagem de saúde familiar com base no modelo Calgary (MCAF e MCIF) revelou já ganhos em saúde a vários níveis, sendo de salientar a melhoria evidente (e identificada também pela família) na dinâmica familiar, apresentando-se o elemento masculino do casal (A) mais capacitado para gerir os momentos de confusão e agitação da esposa, encarando-os com maior naturalidade e menor tensão, revelando estratégias adaptativas de solução de problemas / *coping* face à situação. Foi, ainda, possível verificar uma melhoria ao nível da satisfação conjugal demonstrada em melhoria ao nível na comunicação durante os períodos de confusão e agitação psicomotora da esposa e diminuição da labilidade emocional, muito presente inicialmente.

Em suma, na abordagem com os utentes/famílias durante o ensino clínico e nomeadamente, com as duas famílias apresentadas:

- ✓ Estabeleceu uma relação com a família no sentido de promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas, capacitando-a na consecução dos objetivos delineados com a mesma;
- ✓ Estabeleceu o diálogo familiar e, numa abordagem colaborativa, definiu com a família objetivos de saúde, reforçando os seus pontos fortes e estabelecendo um plano de cuidados com a mesma, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde familiar;

- ✓ Colheu dados pertinentes para o estado de saúde da família, mobilizando diversos instrumentos de avaliação familiar;
- ✓ Recorreu ao MCAF para avaliação das famílias I e II, e ao MDAIF para o registo em SClínico do processo de enfermagem desenvolvido com as mesmas e durante todo o ensino clínico, mobilizando vários instrumentos para a avaliação das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional (Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar adaptada, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, Escala FACES II e Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe);
- ✓ Analisou o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas;
- ✓ Compreendeu a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os fatores ambientais e os recursos familiares na resposta da família a situações complexas;
- ✓ Desenvolveu a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica, capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, colaborando com a mesma na elaboração de um plano de cuidados no sentido de alcançar os objetivos delineados colaborativamente;
- ✓ Criou e promoveu um ambiente seguro para a discussão, nomeadamente, de temas difíceis, identificando o significado atribuído a determinados eventos ou experiências (com base no pensamento sistémico e crítico), no sentido de desenvolver com a família, um plano de cuidados fundamentado em evidência científica, de modo a alcançar os resultados desejados pela mesma;
- ✓ Prestou cuidados de enfermagem aos indivíduos e famílias no âmbito dos diferentes programas: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Saúde Materna e Rastreio Oncológico); Saúde do Adulto, nomeadamente na vigilância de doenças crónicas (Hipertensão e Diabetes); Saúde do Idoso; Consulta de Hipocoagulação; Tratamento de Feridas e Visitação domiciliária, de acordo com as normas e orientações emitidas pela DGS;

- ✓ Promoveu o cumprimento do PNV, a vacinação sazonal contra a gripe e Covid, rentabilizando todas as oportunidades de vacinação;
- ✓ Prestou cuidados de enfermagem em ambiente domiciliário nos diferentes contextos familiares, de acordo com os critérios definidos pela USF Alviela, procurando capacitar as famílias no sentido da maximização do seu potencial de saúde;
- ✓ Entrevistou de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, promovendo o diálogo por forma a facilitar a consecução dos seus objetivos, recorrendo a estratégias e técnicas de intervenção familiar aprendidas durante o mestrado;
- ✓ Desenvolveu, com a família, maneiras de lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar;
- ✓ Garantiu a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo ambientes seguros e saudáveis para as famílias;
- ✓ Encorajou as famílias partilharem a sua história, mostrando disponibilidade e empatia;
- ✓ Facilitou a resposta da família em situação de transição complexa, identificando e analisando na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio;
- ✓ Fundamentada na teoria das transições de Meleis e recorrendo a uma abordagem sistémica, colaborou com as famílias na sua auto-organização ao longo do ciclo vital, apoiando-a nos processos de mudança necessários às transições normativas ou acidentais (nomeadamente nos processos de gravidez, pós-parto e integração de um novo membro na família, aparecimento de doença crónica, dependência de substâncias, etc.);
- ✓ Deu feedback às famílias, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes;
- ✓ Documentou o processo de cuidados à família, registando em SClínico a avaliação e intervenção realizadas (exemplificado no Apêndice VII);
- ✓ Avaliou continuamente a sua prática, enquanto enfermeira de família, no sentido de melhorar o seu desempenho;

- ✓ Refletiu sobre as interações enfermeiro/família, avaliando a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados;
- ✓ Promoveu o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo;
- ✓ Avaliou a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados;
- ✓ Avaliou a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares;
- ✓ Integrou a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, mobilizando os conhecimentos adquiridos na componente teórica do mestrado bem como no desenvolvimento do estudo de investigação descrito no capítulo 4.

3.2.2 – Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O EEECESF lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família (Regulamento nº 428/2018, 2018). Neste sentido, durante o desenvolvimento do ensino clínico:

- ✓ Promoveu a colaboração interdisciplinar na saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, reunindo regularmente com a equipa de saúde familiar no sentido de desenvolver momentos de reflexão em conjunto acerca dos processos de tomada de decisão efetuados com as famílias e avaliando resultados alcançados com as mesmas;
- ✓ Promoveu a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, referenciando a família para outros profissionais de saúde sempre que a situação ultrapassasse o seu nível de competências, referenciando para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ou para a Unidade de Saúde Pública (USP) situações de maior risco ou dependência física e funcional que requeressem intervenção de profissionais de outras especialidades;

- ✓ Geriu a continuidade de cuidados às famílias selecionadas, articulando com a enfermeira orientadora os períodos de ausência a estágio, identificando-a às famílias, como recurso em caso de necessidade;
- ✓ Utilizou os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar registando o processo de cuidados à família em SClínico, naquilo que o programa informático permite;
- ✓ Utilizou as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar, nomeadamente aquando da realização da sessão sobre o MDAIF à equipa de enfermagem da USF;
- ✓ Promoveu uma cultura organizacional de formação, prática e investigação, procurando dar visibilidade à importância da formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar.

4 – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A abordagem baseada na evidência na prática clínica visa a prestação de cuidados adequados, de um modo eficiente a cada utente, integrando a evidência obtida pela investigação, a perícia clínica, assim como a interpretação das necessidades e perspectivas dos utentes, na tomada de decisão (Craig & Smyth, 2004).

De acordo com Apóstolo (2017) a Prática Baseada na Evidência pode ser definida como a tomada de decisão clínica que tem em conta a melhor evidência disponível, o contexto de prestação de cuidados, a preferência do utente e o julgamento profissional de quem presta os cuidados. O mesmo autor acrescenta que, uma vez que não é considerada apenas a evidência, tem surgido debate na literatura e nas reuniões científicas sobre a introdução do conceito de Prática Informada pela Evidência.

Vilelas (2022) refere que a investigação científica corresponde, de um modo geral, à atividade que permite a aquisição de conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. Segundo o autor, o “sujeito desta atividade denomina-se investigador, e o objetivo dele será desenvolver as distintas tarefas que é preciso realizar para chegar a um novo conhecimento” (Vilelas, 2022, p. 41).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista evidencia a importância da investigação no desenvolvimento da profissão, sendo que no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais prevê que o Enfermeiro Especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, especificando nas alíneas do ponto D2.2, que o mesmo:

D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

D2.2.3 – Investiga e colabora em estudos de investigação.

D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

D2.2.5 – Discute as implicações da investigação.

D2.2.6 – Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4749)

O Regulamento de Competências Específicas do EEECESF (Regulamento nº 428/2018, 2018) prevê, também, que o especialista nesta área, “1.4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” e que “1.5.5 - Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar” (pp. 19357-19358), pelo que a integração da componente de investigação se revelou uma mais-valia na aquisição das competências previstas para o ensino clínico.

4.1 - INTRODUÇÃO

A introdução que se segue refere-se ao enquadramento teórico da investigação e caracteriza-se pela definição de um tema ou área de investigação. De acordo com Fortin et al. (2009) “o tema de estudo corresponde ao aspeto do problema de investigação, que se quer elucidar” (p. 66). A autora defende, ainda, que para se estar em condições de formular o problema, é necessário escolher um tema que se relacione com a situação problemática, documentá-lo de forma rigorosa e elaborar uma questão que forneça a orientação necessária à investigação.

As diretrizes descritas em relação aos cuidados de saúde primários, no que concerne à organização dos serviços bem como à orientação dos cuidados, demonstram a importância dos cuidados de enfermagem centrados na família e na relação que o enfermeiro estabelece com a mesma (Silva et al., 2013).

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a saúde dos seus membros prevê que os cuidados de saúde serão tão mais eficazes quanto maior o foco no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados. Deste modo, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidados (Oliveira et al., 2011).

Numa perspectiva bioecológica do sistema familiar, os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família e dos seus membros de uma forma recíproca. KaaKinen et al. referem que 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 (2010, as cited in Oliveira et al., 2011).

Deste modo, a enfermagem de família está direcionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais e centra-se na sua capacitação funcional face aos seus processos de transição. As atitudes dos enfermeiros para com as famílias no processo de cuidados, traduzem o entendimento destes sobre a importância de envolver a família em todo o processo, tendo repercussão na sua potencialização funcional face aos seus processos de transição (Oliveira et al., 2011).

A reestruturação dos cuidados de saúde, a diminuição do tempo de internamento e o incentivo para cuidados ambulatoriais alargaram a necessidade de uma prática de enfermagem centrada na família, exigindo a inclusão da mesma no plano de cuidados (Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

Os estudos referidos por Paladelis et al. (2005) e Astedt-KurKi et al. (2001) relacionados com as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações (as cited in Oliveira et al., 2011).

Benzein et al. referem, ainda, que “Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias, comprovam a dicotomia entre os seus discursos, que enfatizam a relevância de cuidados centrados na família, e as práticas, que se mantêm centradas dos indivíduos” (2008b, as cited in Barbieri-Figueiredo et al., 2012, p. 38).

O conceito de atitude significa um propósito, um modo de proceder e está relacionado com uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir. Relaciona a opinião e a conduta e indica o que interiormente estamos dispostos a fazer. Consiste numa disposição favorável ou desfavorável relativa a objetos, pessoas e acontecimentos ou em relação a alguns dos seus atributos, compreendendo como componentes integrantes a componente cognitiva, relacionada com pensamentos e crenças, a componente afetiva, que atribui sentimentos e emoções, e as tendências para reagir da componente comportamental (Oliveira et al., 2011).

As representações dos enfermeiros sobre a família e enfermagem de família, a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, a escassez de recursos humanos e materiais e os conteúdos e metodologias de formação em enfermagem constituem fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família (Figueiredo, 2012; Freitas et al., 2009 & Wright & Leahey, 2009, as cited in Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

Por outro lado, a forma como os enfermeiros concetualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, saúde e doença, são também fatores determinantes no processo de tomada de decisão, planeamento e implementação dos cuidados (Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

Fernandes et al. (2015) afirmam estar cientes de que a prática de cuidados às famílias dependerá do próprio conceito que possuem sobre família, considerando ainda que todos os enfermeiros, independentemente da área de prestação de cuidados, devem possuir conhecimentos e competências para avaliar e intervir na família.

Em qualquer contexto da prática de cuidados, os enfermeiros atendem famílias. A qualidade destes encontros é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008).

Partindo de uma revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, foi desenvolvida na Suécia, uma escala denominada *Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)* por Benzein et al., que a testaram para a realidade desse país, assumindo como princípio basilar de que a família constitui um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que lhe presta cuidados (Oliveira et al., 2011).

Após autorização das autoras, esta escala foi traduzida e adaptada para a realidade portuguesa por Oliveira et al., no âmbito de um estudo realizado na ARS Norte em 2009, tendo-se verificado que a versão em português da FINC-NA é um instrumento fidedigno e válido, sendo denominada *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)* (Oliveira et al., 2011).

Partindo da versão portuguesa da escala (IFCE-AE) foi desenvolvido, por Martins et al., um estudo comparativo entre as atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP e no Hospital, tendo-se verificado que, maioritariamente, os enfermeiros têm atitudes de suporte face às famílias, não havendo evidência de que contextos diferentes de cuidados interfiram nas atitudes dos enfermeiros. Por outro lado, o estudo revelou a existência de relação entre as atitudes dos enfermeiros e os contextos de formação (académica e contínua), evidenciando a importância da formação para uma atitude mais favorável à família (Martins et al., 2010).

De acordo com Mason et al. (2021), o modelo de cuidados centrados no paciente e família coloca uma forte ênfase no reconhecimento da experiência de saúde e doença da família, sendo que, neste contexto, os cuidados se desenvolvem em colaboração e com a participação ativa dos pacientes e familiares como membros da equipa de saúde, pelo que existe a necessidade de analisar as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados, com um instrumento como o FINC-NA, no sentido de orientar a criação de iniciativas efetivas para melhorar a experiência dos pacientes.

A opção de analisar esta problemática deriva de motivações provenientes do percurso profissional e pessoal, e como resultado de reflexão fundamentada na literatura existente. Frade et al. (2021) salientam a escassez de estudos neste domínio específico, enquanto área disciplinar da enfermagem, referindo a necessidade de estudos que reforcem a importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, no sentido da promoção, manutenção e reabilitação da saúde das mesmas.

Neste sentido, o estudo de investigação, “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem” surge no culminar do processo formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar tendo em vista o desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Importa ainda referir que, este, se encontra enquadrado num estudo promovido pelo Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel

Graça Frade, surgindo no âmbito do Projeto: “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.

4.2 - METODOLOGIA

A palavra metodologia tem origem no grego *meta* (para além de), *odos* (caminho) e *logos* (discurso ou estudo) e consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis, bem como as suas utilizações, correspondendo a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento (Vilelas, 2022).

Segundo Fortin et al. (2009), a metodologia engloba os procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisar de forma coerente os resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

4.2.1 – Tipo de Estudo

Com vista à consecução dos objetivos propostos para o estudo “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem” foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo no sentido de descrever as atitudes dos enfermeiros face à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem e estabelecer relações entre estas atitudes e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Os estudos transversais são aqueles que analisam uma situação ou fenómeno num dado momento, aplicando-se “às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele sobre determinada doença” (Vilelas, 2022, p.225). Este tipo de estudo analisa um ponto específico num dado momento, não se incomodando com o que aconteceu antes ou depois do estudo, sendo que tudo o que se observa é mensurado apenas uma única vez.

Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno ou estabelecer relações entre as variáveis, servindo para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema; e os estudos correlacionais

procuram determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo, quantificando, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis e levando à formulação de hipóteses com base em medidas de associação, indicando o sentido das relações e o grau de dependência entre as variáveis. “Os estudos correlacionais distinguem-se dos descritivos sobretudo porque estes últimos se preocupam com a medição precisa das variáveis individuais, avaliando os primeiros o grau de dependência entre essas variáveis” (Vilelas, 2022, p.216).

O presente estudo enquadra-se, ainda, numa abordagem quantitativa, considerando que este tipo de estudo visa, sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos (Fortin et al., 2009).

De acordo com Vilelas (2022), as principais características deste tipo de investigação são:

- (1) colhe os dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos;
- (2) caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar construtos científicos e hipóteses;
- (3) é um método sistemático e lida com informações objetivas;
- (4) é associada a estudos positivistas confirmatórios (p.198-199).

4.2.2 - Objetivos

Uma vez selecionado um problema/objeto de estudo, há que definir claramente o que o investigador pretende alcançar com o mesmo. “O objetivo é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto de investigação” (Vilelas, 2022, p.87).

Deste modo, como objetivos para o presente estudo foram definidos:

1. Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
2. Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
3. Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e características sociodemográficas, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

4.2.3 – Questões de Investigação

As questões de investigação são enunciados interrogativos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. Derivam diretamente dos objetivos definidos e apresentam a informação a que se pretende chegar (Fortin et al., 2009). Neste sentido, e tendo por base os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais são as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados?
- Quais são as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados?
- Qual é a relação existente entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e algumas características sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

4.2.4 - Hipóteses

De acordo com Vilelas (2022), as hipóteses indicam o caminho ao investigador, orientando o seu trabalho e o rumo a seguir com a investigação, apresentando uma previsão das relações entre duas ou mais variáveis. O autor refere, ainda, que “uma hipótese combina o problema e o objetivo que o estudo pretende alcançar, sob a forma de uma proposição sujeita a comprovação, através da colheita e análise dos dados” (Vilelas, 2022, p.168).

Para este estudo, e no sentido de dar resposta às questões de investigação apresentadas, foi formulado um conjunto de hipóteses (H), que se pretendem verificar:

H1 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho;

H2 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade;

H3 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil;

H4– Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género;

H5 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade;

H6 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional;

H7 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional;

H8 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação prévia em enfermagem de família.

4.2.5 – Operacionalização das Variáveis

“Quando se formulam hipóteses estão a identificar-se as variáveis e as suas relações, ou seja, está a definir-se o papel das variáveis na investigação” (Vilelas, 2022, p.166).

Uma variável, tal como o nome indica, é algo que varia, pelo que a essência da investigação reside em compreender o porquê da variação dos valores de uma variável e o modo como a variação de uma variável pode influenciar outra. As variáveis são, portanto, qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (Vilelas, 2022).

De acordo com Fortin et al. (2009), estas são classificadas segundo o papel que exercem na investigação, podendo ser classificadas como variáveis “independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas” (p.171).

As variáveis independentes e dependentes estão interligadas num estudo experimental, na medida em que uma afeta a outra. A variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente e a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente, ou seja, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado, que se deve à presença da variável independente (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, foram definidas variáveis que considera relevantes para conhecer e analisar a “Importância atribuída à Família na prestação de Cuidados de Enfermagem”, considerando a *Atitude dos enfermeiros na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem* como variável dependente e, como variáveis independentes, as *Caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros*, encontrando-se a sua operacionalização apresentada no Quadro 4.

A operacionalização da variável dependente teve por base a Escala IFCE-AE- “A importância das famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011).

Quadro 4 – Operacionalização das variáveis em estudo

Variável dependente			
Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Discordo completamente 2 – Discordo 3 – Concordo 4 – Concordo completamente
	Variável quantitativa de razão	Contínua	A variável será avaliada com base na pontuação total da escala IFCE-AE, sendo que esta varia entre 26 e 104 pontos.
Variáveis independentes			
1. Contexto de Trabalho	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Cuidados de Saúde Diferenciados 2 – Cuidados de Saúde Primários 3 – Lares 4 – Outro
2. Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e $+\infty$
3. Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Solteiro(a) 2 – União de fato / Casado(a) 3 – Separado(a) / Divorciado(a) 4 – Viúva
4. Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1 – Feminino 2 – Masculino
5. Nível de escolaridade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Bacharelato 2 – Licenciatura 3 – Mestrado 4 – Doutoramento 5 – Outro
6. Título profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1 – Enfermeiro 2 – Enfermeiro Especialista
6.1. Caso possua título de especialista, indique a área	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2 – Enfermagem de Saúde Comunitária 3 – Enfermagem de Saúde Pública 4 – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 5 – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 6 – Enfermagem de Reabilitação 7 – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-cirúrgica
7. Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e $+\infty$

8. Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: 1 – Sim 2 – Não
8.1. Se sim, indique o contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: 1 – Contexto académico 2 – Formação contínua 3 – Outro

4.2.6 – População e Amostra

Entende-se por população, um conjunto de elementos que têm características comuns e que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente. A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações (Fortin et al., 2009). A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem numa Unidade de Saúde de Portugal.

Uma vez que a população alvo é composta por um número muito elevado de elementos seria praticamente impossível analisá-la no seu todo, pelo que se procedeu à seleção de uma amostra. Uma amostra, num sentido amplo, corresponde a uma parte do todo, a que chamamos população, e que a representa (Vilelas, 2022).

A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, sendo considerados como critérios de inclusão, ser enfermeiro a desempenhar funções:

- ✓ na USF Alviela (onde decorreu o ensino clínico) ou na USF Foral Novo (onde desempenha funções), encontrar-se à data a exercer, não estando ausente do serviço por licença ou motivos de doença, e aceitar participar voluntariamente no estudo, assinando o consentimento informado;
- ✓ numa Unidade de Saúde de Portugal e aceitar participar, anónima e voluntariamente no estudo, no âmbito do Projeto: “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, através do preenchimento online do instrumento de colheita de dados, após leitura das informações sobre a investigação e declaração de consentimento informado.

Para a amostra foram, então, considerados 102 questionários, preenchidos voluntariamente, respetivamente, por 50 enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados e 52 enfermeiros de

Cuidados de Saúde Primários. Nesta amostra estão incluídos os 7 enfermeiros que desempenham funções na USF Alviela e os 3 enfermeiros que exercem funções na USF Foral Novo (excluindo a própria), sendo estes os elementos que integravam ambas USF à data da realização do estudo e que aceitaram participar voluntariamente no mesmo. A inclusão dos mesmos numa amostra de maior dimensão permitiu garantir o anonimato, que poderia ficar comprometido numa amostra de tão reduzidas dimensões, bem como a comparação das atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados em diferentes contextos de trabalho. Oliveira et al. (2011), referem que a aplicação da escala IFCE-AE nos diversos contextos de cuidados “permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e, desta forma, potencializará a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar” (p. 1336).

No método de amostragem por conveniência, os vários elementos da população não têm a mesma probabilidade de ser incluídos na amostra e, por isso, o investigador não poderá prever o erro que pode estar a incorrer nas suas apreciações (Vilelas, 2022).

Neste método, os elementos escolhidos são os facilmente disponíveis, tendo, por isso, a vantagem de ser um método rápido, barato e fácil. Contudo, tem a desvantagem de, em rigor, os resultados e as conclusões só se poderem aplicar à amostra, não podendo ser extrapoladas com confiança para a população (Hill, M.M. & Hill, A., 2016).

4.2.7 – Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta o modelo do processo de investigação, uma vez elaborados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, surge a necessidade de construir o instrumento que permitirá obter os dados da realidade. Um instrumento de colheita de dados é, em princípio, qualquer recurso a que o investigador pode recorrer no sentido de conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2022).

Para a realização deste estudo recorreu-se a um instrumento de colheita de dados composto por duas partes distintas, sendo a primeira parte relativa aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e a segunda parte a aplicação da escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros* (IFCE-AE). Esta escala é uma

adaptação da *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia, em 2008, por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*, tendo a sua construção surgido de uma revisão sistemática da literatura, iniciada pelas autoras em 2003.

Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do que relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas, assumindo como princípio basilar que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009, as cited in Oliveira et al., 2011). Os itens que compõem a escala integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados.

A escala original é composta por 26 itens, que dão corpo a cada afirmação acerca das atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si, mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Oliveira et al., 2011). Cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo Likert, dimensionada para quatro opções, “Discordo completamente” (1 ponto); “Discordo” (2 pontos); “Concordo” (3 pontos); “Concordo completamente” (4 pontos) e que mede as seguintes dimensões: família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens); família como parceiro dialogante (8 itens); família como fardo (4 itens) e a família como próprio recurso (4 itens). A pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104, considerando-se que quanto maior for o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte (Benzein et al., 2008).

A tradução, validação e adaptação da escala para Portugal foi realizada por Oliveira et al., em 2009, na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família, sendo designada “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE). Neste processo, a escala sofreu alterações no que diz respeito às dimensões consideradas na versão original. A versão portuguesa, adotada neste estudo, contempla apenas três dimensões: Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, com 12 itens (questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25); Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, com 10 itens (questões 1, 3, 5, 7,

10, 11, 13, 20, 21 e 22); e Família como fardo, com 4 itens (questões 2, 8, 23, 26) (Oliveira et al., 2011).

As dimensões da escala, os itens correspondentes e os indicadores da escala IFCE-AE encontram-se representados no Quadro 5.

Quadro 5 – Dimensões e itens da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
Família: fardo	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em Stress.</p>

(Oliveira et al., 2011)

Para que uma escala se possa considerar suscetível de conter uma informação objetiva, deve reunir as seguintes características:

- ✓ **Fiabilidade:** é uma medida de consistência da escala, que avalia a sua capacidade para discriminar, de um modo constante, um valor de outro, ou seja, quando valoriza os mesmos objetos sempre da mesma maneira;

- ✓ Validade: indica a capacidade da escala para medir as qualidades para as quais foi construída e não outras parecidas, ou seja, uma escala tem validade quando verdadeiramente mede o que afirma medir (Vilelas, 2022).

Fiabilidade e validade não são, portanto, a mesma coisa. Uma medida pode ter boa fiabilidade e pouca validade, mas, sem fiabilidade adequada, não pode ter validade adequada. Neste sentido, “A existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente, para garantir validade adequada” (Hill, M.M. & Hill, A., 2016).

A validade diz respeito à exatidão com que um conceito é medido, ou seja, corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados nos enunciados do instrumento de medida, podendo ser avaliada de diferentes formas: validade do conteúdo, validade ligada ao critério e validade conceptual (Fortin et al., 2009).

De acordo com Vilelas (2022), a fiabilidade diz respeito à consistência interna de um instrumento, pelo que, os resultados obtidos por um respondente em cada item devem ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário. O autor refere, ainda, a existência de várias técnicas para avaliar a consistência interna de um questionário, podendo optar-se pela execução do teste *alfa* (α) de Cronbach. O resultado deste teste varia entre 0 e 1, fazendo-se a seguinte leitura do mesmo:

- Superior a 0,9 – consistência muito boa
- Entre 0,8 e 0,9 – consistência boa
- Entre 0,7 e 0,8 – consistência razoável
- Entre 0,6 e 0,7 – consistência fraca
- Inferior a 0,6 – consistência inadmissível (Vilelas, 2022, p.389).

A consistência interna da escala validada para a população portuguesa (IFCE-AE) por Oliveira et al. (2009 ; 2011), foi analisada recorrendo ao cálculo do α de Cronbach, em cada uma das dimensões e no total da escala, tendo obtido: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, um α de Cronbach de 0,90; Família: recurso nos cuidados de enfermagem, um α de Cronbach de 0,84; e Família: fardo, um α de Cronbach de 0,49. A consistência interna total da escala foi de 0,87, valor muito próximo do da escala original (0,88), confirmando a fiabilidade desta versão (Oliveira et al., 2011).

No Quadro 6, pode verificar-se a análise de fiabilidade, por dimensão e no total da escala, comparando a consistência interna da escala IFCE-AE, no estudo de validação de Oliveira et al. e no presente estudo, através do cálculo dos respetivos α de *Cronbach*.

Pela análise dos mesmos, verifica-se que, quer por dimensão, quer no total da escala, os α de *Cronbach* são muito próximos, apresentando o presente estudo, um valor total de 0,86, comparativamente com 0,87 obtido no estudo de Oliveira et al., o que corresponde, tal como o anterior, a uma consistência interna boa.

Quadro 6 – Análise comparativa da consistência interna da escala IFCE-AE – adaptação portuguesa e presente estudo

Dimensão	Alfa de Cronbach do estudo de validação de Oliveira et al.	Alfa de Cronbach do presente estudo	Nº de Itens
Família: Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,90	0,90	12
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,80	10
Família como fardo	0,49	0,52	4
α Cronbach total	0,87	0,86	26

O instrumento de colheita de dados aplicado na USF Alviela e na USF Foral Novo, com a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLTV, encontra-se apresentado no Apêndice VI, sendo que o instrumento aplicado através de inquéritos online é o que consta no Projeto “CuidarFam” (Anexo I), sendo a segunda parte do questionário igual em ambos instrumentos (Escala IFCE-AE), diferindo apenas em algumas questões de caracterização sociodemográfica e profissional, nomeadamente o contexto de prestação de cuidados.

4.2.8 – Procedimentos Formais e Éticos

“O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores” (Nunes, 2020, p.5). A autora refere, ainda, que os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação, incluem a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre, assim como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as etapas do estudo.

O ICN, em *Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem*, identifica seis princípios éticos que devem guiar uma investigação, e que foram respeitados durante todo o processo.

São eles:

1. Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.
2. Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.
3. Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
4. Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
5. Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.
6. Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato (ICN, 2003, as cited in Nunes, 2020, pp.11-12).

Uma vez que, já havia um parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) para o projeto de investigação “CuidarFam”, iniciou o processo pelo pedido de autorização para a realização do estudo ao Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Lezíria e respetivo Conselho Clínico e de Saúde (Apêndice III) e aos Srs. Coordenadores das unidades funcionais onde o mesmo iria ser desenvolvido.

Obteve parecer favorável das unidades em questão, respetivamente USF Alviela (Anexo V) e USF Foral Novo (Anexo VI), sendo que do ACES Lezíria obteve parecer positivo sujeito a avaliação pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Anexo IV).

Neste sentido, procedeu à elaboração de um requerimento, onde submeteu o pedido de apreciação à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, anexando autorização do Diretor Executivo, autorizações dos Coordenadores das USF onde o estudo seria desenvolvido, declaração do Orientador Científico e responsável do Projeto, Doutor João Frade, o Projeto “CuidarFam”, respetivo instrumento de colheita de dados e consentimento informado.

Da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT obteve, inicialmente, um parecer intermédio, sujeito a esclarecimentos adicionais, pelo que remeteu resposta a esse pedido tendo obtido, por fim, um parecer favorável para a realização do estudo (Anexo VII).

Por fim, foi pedido a todos os participantes que, de forma voluntária e informada, preenchessem a Declaração de Consentimento (Apêndice V), tendo em conta os princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e da Lei de Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98, revogado pela Declaração de Retificação n.º 22/98, 1998). No Consentimento Informado foi apresentado, resumidamente, o estudo, a sua contextualização, os objetivos, o processo de recolha e tratamento dos dados, os pressupostos éticos que garantiam o respeito pela individualidade da pessoa, pelo anonimato e confidencialidade da informação recolhida, sendo também evidenciada a importância da sua participação para o desenvolvimento do estudo.

4.2.9 – Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados na USF Alviela e na USF Foral Novo teve início a 26 de dezembro de 2022 e terminou a 5 de janeiro de 2023, após a receção do Parecer final da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e a notificação dos responsáveis das unidades funcionais (Coordenadores e Enfermeiros Interlocutores) sobre o referido parecer.

Tendo em conta a reduzida dimensão da amostra nas referidas USF, surgiu a necessidade de comparar os dados colhidos com outros recorrendo, para isso, a uma base de dados obtidos através de inquéritos online aplicados no período entre 2019 e 2022, no âmbito do projeto “CuidarFam”, o que permitiu comparar as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários com as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados, bem como a relação entre características sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados, em cada um dos contextos. A inclusão dos mesmos permitiu, ainda, a garantia do anonimato e confidencialidade da informação recolhida, respeitando os princípios éticos.

Para a colheita de dados nas USF Alviela e Foral Novo foram colocados, individualmente, e em envelopes separados, os Consentimentos Informados/Declarações de Consentimento e os Questionários e entregues e recolhidos em mão a cada um dos participantes.

Foi solicitado que, após o preenchimento, colocassem a Declaração de Consentimento e o Questionário, cada um no respetivo envelope e que o fechassem recorrendo à selagem incluída nos mesmos. Os envelopes foram entregues e recolhidos sem qualquer elemento de identificação e foram mantidos selados até à finalização do processo de colheita.

Após a recolha de todos os envelopes, de Declaração de Consentimento e Questionário, foram numerados os questionários de modo a serem codificados e incluídos na base de dados previamente colhidos online e, seguidamente, destruídos.

4.2.10 – Processamento e Análise dos Dados

De acordo com Vilelas (2022) “Finalizada a fase de recolha de dados, o investigador ficará na sua posse, e a partir deles será possível retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado no início do trabalho” (p. 397). Contudo, esse conjunto de dados, por si só, não permite alcançar nenhuma conclusão se, previamente não forem organizados e ordenados, através do denominado processamento de dados (Vilelas, 2022).

O tratamento dos dados colhidos no presente estudo teve por base a estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa estatístico para ciências *sociais Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)* na versão 28.0.0.0 (190).

A análise descritiva dos dados permite resumir a informação recolhida, com a ajuda de testes estatísticos visando, essencialmente, descrever as características da amostra e responder às questões de investigação, ao passo que a estatística inferencial (ou indutiva) se interessa pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, prevê o comportamento ou características da população total (Fortin et al., 2009).

Vilelas (2022) apresenta a estatística descritiva como o conjunto das técnicas e regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou população, sem que haja distorção ou perda de informação, acrescentando que a estatística indutiva (ou inferencial) pretende

ajudar a inferir até que ponto os resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra.

Considerando os conceitos descritos, foram mobilizadas técnicas da estatística descritiva e inferencial, de acordo com as características da amostra e das variáveis em estudo tendo procedido, nomeadamente, à avaliação de:

- ✓ Frequências absolutas (n) e Frequências relativas (%);
- ✓ Medidas de Tendência Central: Média (\bar{x}), Mediana (Md); Moda (Mo);
- ✓ Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão (σ); Valor Mínimo ($X_{\text{Mín}}$); Valor Máximo ($X_{\text{Máx}}$);
- ✓ Alfa (α) de Cronbach (para avaliação da consistência interna do instrumento);
- ✓ Teste de Homogeneidade de Variância de Levene e Teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade);
- ✓ Teste t-Student;
- ✓ Teste Anova;
- ✓ Coeficiente de Correlação de Pearson.

Para a análise inferencial das hipóteses foi definido o nível de significância, a partir do qual os resultados serão considerados estatisticamente significativos, sendo o valor de p correspondente à probabilidade de cometer um erro ao rejeitar a hipótese nula (H_0). Neste sentido, definiu-se que:

- Se $p \geq 0,05$, não existe uma evidência estatisticamente significativa contra H_0 e não é possível rejeitar a hipótese nula;
- Se $p < 0,05$, existe uma evidência estatisticamente significativa contra H_0 e é possível rejeitar a hipótese nula.

No sentido de verificar as hipóteses em estudo revela-se crucial a escolha de testes estatísticos apropriados (paramétricos ou não paramétricos) pretendendo o investigador, com qualquer um deles, “verificar se os resultados de uma experiência ocorreram devido a flutuações aleatórias causadas por variáveis desconhecidas” (Vilelas, 2022, p. 412).

De acordo com Fortin et al. (2009) empregam-se os testes estatísticos paramétricos quando:

1. As variáveis são normalmente distribuídas na população;
2. É possível, pelo menos, a estimação de um parâmetro;
3. Quando o nível das variáveis é de intervalos ou de proporções (pp. 454-455).

Os testes paramétricos permitem, geralmente, descobrir diferenças ou relações melhor do que os testes não paramétricos, pelo que também se procura aplicá-los às variáveis ordinais quando estas podem ser vistas como dados de intervalos, como são os scores numa escala de Likert (Fortin et al., 2009).

Pereira e Patrício (2013) identificam como requisitos para a utilização de testes paramétricos:

1. Que seja possível realizar operações numéricas sobre os dados experimentais;
2. Que os resultados se distribuam normalmente;
3. Que a variabilidade dos resultados, em cada situação, seja sensivelmente a mesma, ou seja, que exista homogeneidade da variância se se estiverem a comparar duas ou mais amostras.

Com o intuito de testar a normalidade da amostra, recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$) que, de acordo com Vilelas (2022) é usado como teste de aderência à normalidade em amostras com dimensão igual ou superior a 50 elementos. Este revelou, tal como se pode verificar na Tabela 1, que a amostra no seu todo não apresenta uma distribuição normal na variável dependente em estudo, quer no que se refere ao *Score* total obtido com a aplicação da escala, quer nas dimensões “Família: Parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como fardo”, com valores de p muito inferiores a 0,05. Apenas a dimensão “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” apresenta um p de 0,195, correspondente a uma distribuição normal nessa dimensão da variável.

Tabela 1 – Teste de Normalidade da distribuição de resultados nas dimensões da Escala IFCE-AE e no score total obtido com a sua aplicação, na amostra em estudo

Kolmogorov-Smirnov ^a			
Dimensões da Escala IFCE-AE	Estatística	n	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,089	102	0,044
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	0,074	102	0,195
Família como fardo	0,175	102	<0,001
Score Escala	0,096	102	0,022

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Dividindo a amostra de acordo com o contexto de trabalho obtiveram-se dois grupos: um com 50 elementos (enfermeiros de CSD) e outro com 52 (enfermeiros de CSP), o que permitiu a aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para avaliação da normalidade, conforme se pode verificar na Tabela 2. Com a aplicação do mesmo constatou-se que, para o *Score* total obtido com a aplicação da escala, ambos os grupos apresentam uma distribuição normal pelo que, na análise inferencial serão considerados os dois grupos separadamente e avaliada a relação entre as variáveis independentes e as atitudes dos enfermeiros face à família pelo *score* total obtido com a aplicação da escala (o único que apresenta uma distribuição normal em ambos os contextos).

Tabela 2 – Teste de Normalidade da distribuição de resultados nas dimensões da Escala IFCE-AE e no score total obtido com a sua aplicação na amostra em estudo, por contexto de trabalho

Dimensões da Escala IFCE-AE	Kolmogorov-Smirnov ^a					
	Enfermeiros CSD			Enfermeiros CSP		
	Estatística	n	p	Estatística	n	p
Família: Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,106	50	0,200*	0,152	52	0,004
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	0,105	50	0,200*	0,120	52	0,059
Família como fardo	0,137	50	0,020	0,180	52	<0,001
Score Escala	0,111	50	0,167	0,122	52	0,050

a. Correlação de Significância de Lilliefors

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

No que se refere à homogeneidade de variância, aplicou-se o teste de *Levene*, considerando como variável independente o Contexto de Trabalho, tendo-se verificado um p superior a 0,05 quanto ao *Score* total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE, pelo que não se rejeita a hipótese nula de igualdade de variâncias. A aplicação do teste de homogeneidade de variância de *Levene* para o estudo encontra-se representada na Tabela 3.

Tabela 3 – Teste de homogeneidade de variância de *Levene* no *Score* obtido na amostra de enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e de Cuidados de Saúde Primários (CSP)

	Estatística de Levene	gl1 – CSD	gl2 – CSP	p
Com base em média	0,021	1	100	0,885
Com base em mediana	0,015	1	100	0,903
Com base em média aparada	0,017	1	100	0,897

Deste modo, verifica-se que, apesar de a amostra total não apresentar uma distribuição normal em relação à variável dependente, existe homogeneidade de variâncias no *score* obtido com a aplicação da escala IFCE-AE, comparando a porção da amostra que trabalha em Cuidados de Saúde Diferenciados com a que trabalha em Cuidados de Saúde Primários.

Pereira e Patrício (2013) referem que, apesar do requisito de distribuição normal para a utilização de testes paramétricos, dado que estes “são bastante robustos, podem ser utilizados mesmo quando este pressuposto é violado, a menos que os dados tenham uma distribuição muito diferente da normal” (p. 138).

Neste sentido, e apesar de os requisitos para a utilização de testes paramétricos não estarem completamente cumpridos, decidiu-se, ainda assim, avançar pela sua utilização para a testagem das hipóteses previamente definidas tendo, contudo, consciência de que, por esse motivo e devido ao método de amostragem ser não probabilístico, a generalização para a população não poderá ser feita, avaliando-se apenas a relação entre as variáveis na amostra em estudo.

Recorreu-se ao teste *t-Student* para duas amostras independentes, nas variáveis independentes que permitem a divisão de cada parte da amostra em dois grupos de indivíduos que, de acordo com Fortin et. al (2009) permite determinar se existe uma diferença entre as médias de dois grupos independentes. Harel (1996, as cited in Fortin et al., 2009) acrescenta, ainda, que com este tipo de teste se pretende verificar se o facto de pertencer ao grupo experimental, em vez de ao grupo de controlo, tem influência sobre a variável contínua, ou seja, sobre a variável dependente.

Aplicou-se a análise de variância ANOVA de um fator nas hipóteses com variáveis independentes que permitem a divisão de cada parte da amostra em mais de três grupos independentes que, segundo Fortin et al. (2009) “consiste em comparar a variância de cada grupo (intragrupo) com a variância que existe entre os grupos (intergrupos)” (p. 457). A autora

acrescenta, ainda, que enquanto a distribuição *t-Student* compara diferenças entre as médias de duas populações em relação a uma variável contínua, a análise da variância bivariada permite analisar dados provenientes de mais do que dois grupos.

Recorreu-se, ainda, ao coeficiente de correlação de *Pearson* que, segundo Vilelas (2022), é um dos coeficientes mais utilizados para medir a correlação que pode existir entre duas variáveis de escala métrica, ou seja, para avaliar o efeito que uma variável produz na outra. O coeficiente *Pearson*, normalmente representado pela letra *r*, pode tomar valores entre + 1 e - 1, referindo-se o primeiro a uma correlação positiva perfeita e o segundo a uma correlação negativa perfeita (quando a influência é grande numa variável e provoca uma diminuição na outra).

Para a interpretação do coeficiente de correlação de *Pearson* considerou-se a seguinte regra:

- 0,90 a 1,00 / -0,90 a -1,00 → Correlação positiva / negativa muito alta;
- 0,70 a 0,90 / -0,70 a -0,90 → Alta correlação positiva / negativa;
- 0,50 a 0,70 / -0,50 a -0,70 → Correlação positiva / negativa moderada;
- 0,30 a 0,50 / -0,30 a -0,50 → Baixa correlação positiva / negativa;
- 0,00 a 0,30 / 0,00 a -0,30 → Correlação insignificante (Hinkle et al., 2003).

4.3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Vilelas (2022) refere que, “Após o tratamento dos dados, convém organizá-los de maneira prática e racional, para um melhor entendimento do fenómeno que se está a estudar. Só assim os dados podem ser transformados de meros «dados» em «informação»” (p. 452). Neste sentido, recorreu-se ao uso de tabelas, no sentido de sistematizar a informação e facilitar a análise e interpretação da mesma.

Iniciou-se pela caracterização sociodemográfica e profissional da amostra através da análise descritiva das variáveis independentes, caracterizando-se em seguida quanto à variável dependente “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros”, procedendo-se à análise da mesma, por dimensão e quanto ao *score* total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE. Seguidamente procedeu-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente, analisando a existência de relação entre ambas, por contexto de trabalho.

4.3.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Como variáveis sociodemográficas e profissionais do estudo consideraram-se o Contexto de trabalho, a Idade, o Estado civil, o Género, o Nível de escolaridade, o Título profissional, o Tempo de exercício profissional e a Formação em enfermagem de família, sendo os resultados obtidos para cada uma das variáveis, apresentados em frequências absolutas (n) e frequências relativas (%).

- **Distribuição da Amostra segundo o Contexto de trabalho**

Analisando a amostra em estudo, cuja distribuição por contexto de trabalho se encontra representada na Tabela 4, verificou-se que esta é composta por 102 enfermeiros (n=102), sendo que 49% (n=50) desempenha funções em Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e 51% (n=52) desempenha funções em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Tabela 4 – Distribuição da Amostra segundo o Contexto de trabalho

Contexto de trabalho	n	%
Enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD)	50	49,0
Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP)	52	51,0
Total da amostra	102	100,0

- **Distribuição da Amostra segundo a Idade**

No que se refere à idade (em anos) dos participantes, esta apresenta um valor mínimo ($X_{MÍN}$) de 22 anos e um valor máximo ($X_{MÁX}$) de 65 anos, sendo que a média de idades dos enfermeiros que participaram no estudo é de 42,92 anos e o desvio padrão de 10,01 anos. A Tabela 5 apresenta a distribuição da amostra por idade no total da amostra e por contexto de trabalho, verificando-se que não existe grande diferença entre a média de idades em ambos os contextos, comparativamente com o total da amostra.

Tabela 5 – Distribuição da Amostra segundo a Idade (em anos) dos participantes

	Total da Amostra	Enfermeiros de CSD	Enfermeiros de CSP
n	102	50	52
Média (\bar{x})	42,92	42,70	43,13
Desvio Padrão (σ)	10,01	10,93	9,14
Mínimo ($X_{MÍN}$)	22	25	22
Máximo ($X_{MÁX}$)	65	61	65

- **Distribuição da Amostra segundo o Estado Civil**

Analisando a distribuição da amostra segundo o estado civil, apresentada na Tabela 6, verificou-se que 75,5% (n=77) dos enfermeiros da amostra são casados ou vivem em união de facto, sendo este o estado civil com maior representatividade, independentemente do contexto de trabalho. Verificou-se, ainda, que em qualquer dos contextos, o segundo estado civil mais representativo é o estado civil *Solteiro(a)*, com 16,7% (n=17) do total da amostra. Verificou-se, ainda, que apenas 5,9% (n=6) dos enfermeiros são separados/divorciados e 2,0% (n=2) são viúvos, sendo estes os estados civis com menor representatividade.

Tabela 6 – Distribuição da Amostra segundo o Estado Civil

Estado civil	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro(a)	17	16,7	9	18,0	8	15,4
União de facto / Casado(a)	77	75,5	36	72,0	41	78,8
Separado(a) / Divorciado(a)	6	5,9	5	10,0	1	1,9
Viúvo(a)	2	2,0	-	-	2	3,8
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

- **Distribuição da Amostra segundo o Género**

No que se refere ao género constatou-se que 87,3% (n=89) dos enfermeiros da amostra são do género feminino e 12,7% (n=13) do género masculino. Analisando a Tabela 7 verifica-se, ainda que, independentemente do contexto de trabalho, a maioria dos enfermeiros da amostra são do género feminino, encontrando-se 44 a desempenhar funções em Cuidados de Saúde Diferenciados e 45 em Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 7 – Distribuição da Amostra segundo o Género

Género	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	89	87,3	44	88,0	45	86,5
Masculino	13	12,7	6	12,0	7	13,5
Total	102	100,0	50	100,0	52	100

- **Distribuição da Amostra segundo o Nível de Escolaridade**

Relativamente ao nível de escolaridade, e analisando a Tabela 8, verificou-se que 49,0% (n=50) enfermeiros da amostra têm licenciatura, 35,3% (n=36) têm bacharelato, 12,7% (n=13) têm mestrado, 2,0% (n=2) têm doutoramento e 1,0% (n=1) respondeu que tinha outro nível de escolaridade.

Analisando a amostra segundo o contexto de trabalho constatou-se que, dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados a maioria, com 78,0% dessa parte da amostra, tinha licenciatura enquanto na amostra de enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a maioria (67,3%) tinha bacharelato, como se pode observar na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da Amostra segundo o Nível de Escolaridade

Nível de Escolaridade	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Bacharelato	36	35,3	1	2,0	35	67,3
Licenciatura	50	49,0	39	78,0	11	21,2
Mestrado	13	12,7	9	18,0	4	7,7
Doutoramento	2	2,0	-	-	2	3,8
Outro	1	1,0	1	2,0	-	-
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

- **Distribuição da Amostra segundo o Título profissional**

Em relação ao título profissional, verificou-se que 75,5% (n=77) detinha o título de enfermeiro e 23,5% (n=24) o título de enfermeiro especialista. Houve, ainda 1,0% (n=1), concretamente dos Cuidados de Saúde Primários, que não respondeu à questão, com se observa na Tabela 9. Analisando a Tabela 9 verifica-se, ainda, que o maior número de enfermeiros especialistas desempenha funções em Cuidados de Saúde Diferenciados (n=19) comparativamente com os que trabalham em Cuidados de Saúde Primários e detém o título de especialista (n=5).

Tabela 9 – Distribuição da Amostra segundo o Título Profissional

Título Profissional	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	77	75,5	31	62,0	46	88,5
Enfermeiro Especialista	24	23,5	19	38,0	5	9,6
Omisso	1	1,0	-	-	1	1,9
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

No que se refere à área de especialização do enfermeiro especialista, e analisando a Tabela 10, verificou-se que as respostas obtidas na questão anterior não coincidem com as obtidas nesta questão no que se refere ao número de enfermeiros especialistas. Da análise da Tabela 10 verificou-se que 24 enfermeiros do total da amostra detêm o título de enfermeiro especialista (19 dos CSD e 5 dos CSP). Contudo, na resposta à questão da área de especialização do enfermeiro especialista 40 enfermeiros responderam, selecionando a sua área de especialização. Analisando a amostra por contexto de trabalho, constatou-se que a diferença encontrada se situa na amostra de enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários, sendo que na questão anterior apenas 5 responderam que tinham o título de enfermeiro especialista e para esta questão 21 enfermeiros selecionaram a sua área de especialização. Desconhecendo a razão para esta discrepância, não se procedeu à análise inferencial da relação entre a área de especialização e a variável dependente “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros”.

Tabela 10 – Distribuição da Amostra segundo a Área de Especialização do Enfermeiro Especialista

Área de Especialização	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	10	9,8	5	10,0	5	9,6
Enfermagem de Saúde Comunitária	11	10,8	1	2,0	10	19,2
Enfermagem de Saúde Pública	5	4,9	-	-	5	9,6
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	6	5,9	5	10,0	1	1,9
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,0	1	2,0	-	-
Enfermagem de Reabilitação	3	2,9	3	6,0	-	-
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-cirúrgica	4	3,9	4	8,0	-	-
Sem especialidade	62	60,8	31	62,0	31	59,6
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

- **Distribuição da Amostra segundo o Tempo de exercício profissional**

Relativamente ao Tempo (em anos) de anos de exercício profissional dos enfermeiros que participaram no estudo, verificou-se um valor mínimo ($X_{MÍN}$) de 1 ano e um valor máximo

($X_{MÁX}$) de 43 anos, coincidentemente ambos a desempenhar funções em CSP. A média (\bar{x}) de tempo de exercício profissional no total da amostra é de 19,61 anos e o desvio padrão (σ) de 9,73 anos, como se pode observar na Tabela 11. Analisando a referida tabela verifica-se, ainda, que o número de anos de exercício profissional é semelhante em ambos contextos de trabalho.

Tabela 11 – Distribuição da Amostra segundo o Tempo (em anos) de Exercício Profissional

Número de anos de exercício profissional	Total da Amostra	Enfermeiros de CSD	Enfermeiros de CSP
n	102	50	52
Média (\bar{x})	19,61	19,44	19,77
Desvio Padrão (σ)	9,73	10,11	9,43
Mínimo ($X_{MÍN}$)	1	3	1
Máximo ($X_{MÁX}$)	43	41	43

- **Distribuição da Amostra segundo a Formação no âmbito da enfermagem de família**

Relativamente à formação no âmbito da enfermagem de família 57,8% (n=59) dos enfermeiros afirmaram não ter formação nesta área, sendo que 41,2% (n=42) afirmou ter formação em enfermagem de família. Verificou-se que 1,0% (n=1) não respondeu a esta questão, conforme se pode observar na Tabela 12. Analisando a referida tabela, constatou-se, ainda, que dos enfermeiros com formação prévia em enfermagem de família 24 desempenham funções em CSP e 18 em CSD.

Tabela 12 – Distribuição da Amostra segundo a Formação no Âmbito da Enfermagem de Família

Formação no âmbito da Enfermagem de Família	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Sim	42	41,2	18	36,0	24	46,2
Não	59	57,8	32	64,0	27	51,9
Omisso	1	1,0	-	-	1	1,9
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

Em relação aos enfermeiros que afirmaram que tinham formação em enfermagem de família, 24 adquiriram essa formação em contexto académico, 6 em formação contínua e 12 em outros contextos, como se pode verificar na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição da Amostra segundo o Contexto onde Desenvolveu a Formação no Âmbito da Enfermagem de Família

Contexto de Formação em Enfermagem de Família	Total da Amostra		Enfermeiros de CSD		Enfermeiros de CSP	
	n	%	n	%	n	%
Contexto Académico	24	23,5	12	24,0	12	23,1
Formação Contínua	6	5,9	3	6,0	3	5,8
Outro	12	11,8	3	6,0	9	17,3
Omisso	1	1,0	-	-	1	1,9
Sem formação em enfermagem de família	59	57,8	32	64,0	27	51,9
Total	102	100,0	50	100,0	52	100,0

4.3.2 – Caracterização das atitudes dos enfermeiros da amostra face à família

Para a caracterização das atitudes dos enfermeiros face à família recorreu-se à análise da segunda parte do instrumento de colheita de dados, onde se aplicou a escala “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011), encontrando-se representados na Tabela 14, os resultados nas diferentes dimensões da escala e o *score* total obtido com a aplicação da mesma.

Tal como referido anteriormente, “A pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104, considerando-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte” (Benzein et al., 2008, as cited in Oliveira et al., 2011, p. 1333). Analisando individualmente cada uma das dimensões da escala considera-se que quanto maior for o *score* obtido nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* (cujo *score* pode variar entre 12 e 48 pontos) e *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (cuja amplitude varia entre 10 e 40 pontos) e menor for o *score* obtido na dimensão *Família como um fardo* (cujo *score* pode variar entre 4 e 16), mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais as atitudes dos enfermeiros são suporte perante a família.

Neste sentido, e analisando a Tabela 14, verificou-se que na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* se obteve uma média (\bar{x}) de 38,25 pontos para o total da

amostra sendo que, analisando a amostra consoante o contexto de trabalho, se verificou um *score* de 36,00 nos enfermeiros de CSD e de 40,00 pontos nos enfermeiros de CSP. O desvio padrão (σ) foi de 5,66 nesta dimensão para o total da amostra, apresentando um mínimo ($X_{MÍN}$) de 12,00 e um máximo ($X_{MÁX}$) de 48,00 pontos.

Na dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* obteve-se uma média (\bar{x}) de 32,67 pontos para o total da amostra e, respetivamente, 31,16 e 34,12 pontos para a amostra de enfermeiros de CSD e de CSP. O desvio padrão (σ) foi de 3,76 nesta dimensão para o total da amostra, apresentando um mínimo ($X_{MÍN}$) de 18,00 e um máximo ($X_{MÁX}$) de 40,00 pontos.

Considerando apenas estas duas dimensões verificou-se que ambas apresentam *scores* positivos em relação à importância atribuída à família nos cuidados, apresentando os enfermeiros de CSP médias ligeiramente superiores comparativamente com os enfermeiros de CSD.

Por último, na dimensão *Família como um fardo* obteve-se uma média (\bar{x}) de 8,68 pontos para o total da amostra, 9,02 para os enfermeiros de CSD e 8,35 para os enfermeiros de CSP. O desvio padrão (σ) foi de 2,14 nesta dimensão para o total da amostra, apresentando um mínimo ($X_{MÍN}$) de 4,00 e um máximo ($X_{MÁX}$) de 15,00 pontos.

Analisando o *score* total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE, verificou-se que, em média, as atitudes dos enfermeiros da amostra (independentemente do contexto de trabalho) são de suporte face à família, reconhecendo a importância da mesma no processo de cuidados.

Como se pode verificar na Tabela 14, o *score* total obtido com a aplicação da escala para o total da amostra apresenta uma Média (\bar{x}) de 79,59 pontos e, respetivamente, 76,72 e 82,35 na amostra de enfermeiros de CSD e de CSP. O desvio padrão (σ) do *score* total foi de 8,42 para o total da amostra, apresentando um mínimo ($X_{MÍN}$) de 45,00 e um máximo ($X_{MÁX}$) de 98,00 pontos, o que se traduz numa grande discrepância na importância atribuída à família pelos enfermeiros da amostra, ou seja, nem todos os enfermeiros da amostra atribuem importância ao envolvimento da família no processo de cuidados.

Tabela 14 – Distribuição da Amostra por dimensões e Score total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	n		Média (\bar{x})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Mínimo ($X_{\text{MÍN}}$)	Máximo ($X_{\text{MÁX}}$)
	Total amostra							
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Total amostra	102	38,25	38,00	38,00	5,66	12,00	48,00
	Enfermeiros CSD	50	36,54	36,00	35,00 ^a	5,16	21,00	45,00
	Enfermeiros CSP	52	39,89	40,00	38,00	5,67	12,00	48,00
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Total amostra	102	32,67	33,00	31,00	3,76	18,00	40,00
	Enfermeiros CSD	50	31,16	31,00	29,00	3,80	18,00	40,00
	Enfermeiros CSP	52	34,12	34,00	31,00	3,13	25,00	40,00
Família como um fardo	Total amostra	102	8,68	9,00	9,00	2,14	4,00	15,00
	Enfermeiros CSD	50	9,02	9,00	9,00	2,71	4,00	15,00
	Enfermeiros CSP	52	8,35	8,00	9,00	1,36	6,00	12,00
Score total	Total amostra	102	79,59	79,00	79,00	8,42	45,00	98,00
	Enfermeiros CSD	50	76,72	75,50	74,00	7,75	54,00	96,00
	Enfermeiros CSP	52	82,35	81,50	79,00	8,18	45,00	98,00

a. Há várias Modas (Mo), sendo apresentado o menor valor.

4.3.3 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros

Durante a fase conceptual, formularam-se hipóteses de investigação acerca da relação entre algumas variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros face à família, que serão agora postas à prova, recorrendo ao uso de testes estatísticos. De acordo com Fortin et al. (2009) a hipótese de investigação é sempre acompanhada de uma hipótese nula (H_0), sendo esta que está na base da verificação estatística. Para a verificação de hipóteses supõe-se que a hipótese nula é verdadeira e confrontam-se as duas hipóteses: a hipótese nula contra a hipótese de investigação, sendo que os testes estatísticos permitirão ao investigador tomar a decisão de rejeitar ou não rejeitar a hipótese nula (Fortin et al., 2009).

Vilelas (2022) refere que o p é a probabilidade e permite decidir como tratar a hipótese nula. Neste sentido, considerou-se que:

- Se $p \geq 0,05$, não existe uma evidência significativa contra H_0 e não é possível rejeitar a hipótese nula;

- Se $p < 0,05$, existe uma evidência significativa contra H_0 e é possível rejeitar a hipótese nula.

Hipótese 1 (H_1) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho

Para o teste da Hipótese nula (H_0) referente a H_1 recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes no sentido de avaliar a relação entre o contexto de trabalho e o *score* total obtido com a aplicação da Escala IFCE-AE. Como se pode verificar na Tabela 15, obteve-se um $p < 0,001$ que se traduz numa evidência bastante significativa contra H_0 , pelo que é possível rejeitar a hipótese nula.

Neste sentido parece existir relação entre o contexto de trabalho e as atitudes dos enfermeiros face à família, apresentando os enfermeiros de CSP uma média superior no *score* total obtido (82,35 pontos) comparativamente com a média obtida no grupo de enfermeiros de CSD (76,72).

Tabela 15 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho

Score total	n		Média (\bar{x})	<i>t-Student</i>
	Enfermeiros CSD	50	76,72	t = -3,561 p = <0,001
Enfermeiros CSP	52	82,35		

Hipótese 2 (H_2) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade

No sentido de avaliar se existe relação entre as atitudes dos enfermeiros (de CSD e de CSP) face à família e a idade, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) para ambos grupos e ao respetivo teste de significância. Tal como referido anteriormente, para a interpretação do coeficiente de correlação de *Pearson* considerou-se a regra apresentada por Hinkle et al. (2003).

Na Tabela 16 observa-se que, entre a idade dos enfermeiros de CSD e o *score* total da escala, o Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) é de 0,066 (correlação insignificante) com um p de 0,651, pelo que não há evidência estatisticamente significativa contra a hipótese nula e, por

consequente, não se verifica a existência de relação entre a idade e as atitudes dos enfermeiros de CSD face à família.

Pode, ainda, verificar-se que entre a idade dos enfermeiros de CSP e o *score* total da escala o Coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) é de 0,101 (correlação insignificante) com um *p* de 0,476 pelo que, considerando o nível de significância de $p \geq 0,05$, também não existe evidência significativa contra H_0 e não é possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido, não se confirma a existência de relação entre a idade e as atitudes dos enfermeiros face à família, independentemente de trabalharem em CSD ou CSP.

Tabela 16 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade

	Correlação de <i>Pearson</i>	Idade dos enfermeiros de CSD	Idade dos enfermeiros de CSP
Score total	r	0,066	0,101
	p	0,651	0,476
	n	50	52

Hipótese 3 (H₃) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e o estado civil

Conforme apresentado na Tabela 17, foi aplicado o teste paramétrico *ANOVA de um fator* para avaliar a existência de relação entre as atitudes dos enfermeiros de cada um dos contextos (CSD e CSP) e o estado civil.

Da análise da mesma verifica-se que, relativamente aos enfermeiros de CSD, se obteve um *p* = 0,720 que indica que não há evidência estatisticamente significativa contra a hipótese nula, pelo que esta não poderá ser rejeitada.

No que se refere à relação entre as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família e o seu estado civil, aplicando o teste *ANOVA de um fator* obteve-se um *p* = 0,725 pelo que também não é possível rejeitar a hipótese nula, não existindo evidência significativa contra a mesma. Conclui-se, portanto, que não existe relação entre o estado civil dos enfermeiros e as suas atitudes face à família, independentemente do contexto de trabalho. Contudo, parece existir uma tendência, ainda que não estatisticamente significativa, para atitudes mais positivas em relação à família nos enfermeiros com o estado civil “união de facto/casado(a)” em ambos contextos.

Tabela 17 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil

Score total	Estado civil	Enfermeiros de CSD			Enfermeiros de CSP		
		n	Média (\bar{x})	ANOVA	n	Média (\bar{x})	ANOVA
	Solteiro(a)	9	75,11	F = 0,330 P = 0,720	8	81,00	F = 0,441 P = 0,725
	União de facto/Casado(a)	36	77,28		41	82,63	
	Separado(a)/Divorciado(a)	5	75,60		1	89,00	
	Viúvo(a)	-	-		2	78,50	
	Total	50	76,72		52	82,35	

Hipótese 4 (H₄) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género

Para o teste da Hipótese nula (H₀) referente a H₄ recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes no sentido de avaliar a relação entre o género e o *score* total obtido com a aplicação da Escala IFCE-AE, respetivamente, para a amostra de enfermeiros de CSD e de CSP.

Como se pode verificar na Tabela 18, obteve-se um $p = 0,769$ na amostra de enfermeiros de CSD, pelo que não existe evidência significativa contra H₀ e não é possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido parece não existir relação entre o género e as atitudes dos enfermeiros de CSD face à família, apresentando ambos os géneros *scores* semelhantes com médias, respetivamente, de 76,84 e 75,83 pontos. Pode, ainda, verificar-se que se obteve-se um $p = 0,639$ na amostra de enfermeiros de CSP, pelo que também não é possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido, conclui-se que não existe relação entre o género e as atitudes dos enfermeiros face à família, independentemente de estes trabalharem em CSD ou CSP.

Tabela 18 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o Género

Score total	Género	Enfermeiros de CSD			Enfermeiros de CSP		
		n	Média (\bar{x})	<i>t-Student</i>	n	Média (\bar{x})	<i>t-Student</i>
	Feminino	44	76,84	t = 0,296 p = 0,769	45	82,13	t = -0,472 p = 0,639
	Masculino	6	75,83		7	83,71	

Hipótese 5 (H₅) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade

Foi aplicado o teste paramétrico *ANOVA de um fator* para avaliar a existência de relação entre as atitudes dos enfermeiros de cada um dos contextos (CSD e CSP) e o nível de escolaridade.

Partindo da análise da Tabela 19 verifica-se que, relativamente aos enfermeiros de CSD, se obteve um $p = 0,084$ que indica que não existe evidência significativa contra H_0 , pelo que a hipótese nula não poderá ser rejeitada.

No que se refere à relação entre as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família e o seu nível de escolaridade, com a aplicação do teste *ANOVA de um fator* obteve-se um $p = 0,610$ pelo que também não existe evidência estatisticamente significativa contra H_0 , não sendo possível rejeitá-la. Deste modo, não se comprovou a existência de relação entre o nível de escolaridade dos enfermeiros e as suas atitudes face à família, independentemente de trabalharem em CSD ou CSP.

Tabela 19 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o nível de escolaridade

Score total	Nível de escolaridade	Enfermeiros de CSD			Enfermeiros de CSP		
		n	Média (\bar{x})	ANOVA	n	Média (\bar{x})	ANOVA
	Bacharelato	1	96,00	F = 2,353 P = 0,084	35	82,57	F = 0,612 P = 0,610
	Licenciatura	39	76,33		11	80,82	
	Mestrado	9	76,67		4	86,50	
	Doutoramento	-	-		2	78,50	
	Outro	1	73,00		-	-	
	Total	50	76,72		52	82,35	

Hipótese 6 (H_6) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional

Para o teste da Hipótese nula (H_0) referente a H_6 recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes no sentido de avaliar a relação entre o título profissional e o *score* total obtido com a aplicação da Escala IFCE-AE, respetivamente, para a amostra de enfermeiros de CSD e de CSP.

Como se pode verificar na Tabela 20, obteve-se um $p = 0,610$ na amostra de enfermeiros de CSD pelo que se considera que não existe evidência estatisticamente significativa contra H_0 e não é possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido parece não existir relação entre o título profissional e as atitudes dos enfermeiros de CSD face à família, apresentando ambos os títulos valores de Média semelhantes (76,19 e 77,58 pontos).

Analisando a Tabela 20 verifica-se, ainda, que se obteve um $p = 0,238$ na amostra de enfermeiros de CSP pelo que também não é possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido, parece também não existir relação entre o título profissional e as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família.

Tabela 20 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o Título profissional

	Título profissional	Enfermeiros de CSD			Enfermeiros de CSP		
		n	Média (\bar{x})	t-Student	n	Média (\bar{x})	t-Student
Score total	Enfermeiro	31	76,19	t = -0,610	46	81,98	t = -1,195
	Enfermeiro Especialista	19	77,58	p = 0,545	5	86,60	p = 0,238

Hipótese 7 (H₇) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional

No sentido de avaliar se existe relação entre as atitudes dos enfermeiros (de CSD e de CSP) face à família e o tempo de exercício profissional, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) para ambos grupos e ao respetivo teste de significância.

Na Tabela 21 observa-se que entre o número de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSD e o *score* total da escala o Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) é de 0,065 (correlação insignificante) com um p de 0,653, pelo que não se verifica uma evidência significativa contra H_0 , não sendo possível rejeitar a hipótese nula. Neste sentido, não se pode confirmar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros de CSD e as suas atitudes face à família.

Na Tabela 21 pode, ainda, verificar-se que entre o número de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSP e o *score* total da escala o Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) é de 0,372 (baixa correlação positiva) com um p de 0,007 pelo que existe evidência estatisticamente significativa contra H_0 e é possível rejeitar a hipótese nula. Por conseguinte, parece existir relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros de CSP e as suas atitudes face à família que, sendo uma correlação positiva, indica que quanto maior o número de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSP, maior é o *score* total obtido com a aplicação da escala.

Tabela 21 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional

Correlação de Pearson		N.º de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSD	N.º de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSP
Score total	r	0,065	0,372
	p	0,653	0,007
	n	50	52

Hipótese 8 (H₈) – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação prévia em enfermagem de família

Para a testagem da Hipótese nula (H₀) referente a H₈ recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes no sentido de avaliar a relação entre a formação prévia no âmbito da enfermagem de família e o *score* total obtido com a aplicação da Escala IFCE-AE, respetivamente, para a amostra de enfermeiros de CSD e de CSP.

Como se pode verificar na Tabela 22, obteve-se um $p = 0,067$ na amostra de enfermeiros de CSD, pelo que não existe evidência estatisticamente significativa contra H₀ e não é possível rejeitar a hipótese nula. Analisando a referida tabela pode, ainda, verificar-se que se obteve um $p = 0,962$ na amostra de enfermeiros de CSP pelo que, também não existe evidência significativa contra H₀, não sendo possível rejeitá-la. Neste sentido, não se comprovou a existência de relação entre a formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros face à família, quer estes trabalhem em CSD ou em CSP.

Tabela 22 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família

	Formação no âmbito da enfermagem de família	Enfermeiros de CSD			Enfermeiros de CSP		
		n	Média (\bar{x})	<i>t-Student</i>	n	Média (\bar{x})	<i>t-Student</i>
Score total	Sim	18	79,39	t = 1,873 p = 0,067	24	82,33	t = -0,047 p = 0,962
	Não	32	75,22		27	82,44	

4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Fortin et al. (2009) a simples apresentação dos resultados não é suficiente sendo necessário, ainda, apreciá-los e interpretá-los. Segundo a autora “O investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses. Confronta os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação” (Fortin et al., 2009, p. 495).

Neste sentido, terminada a apresentação dos resultados procedeu à análise e interpretação dos mesmos, tendo em conta os objetivos definidos, as questões de investigação e as hipóteses delineadas, confrontando-os com resultados de investigações anteriores no âmbito do problema em estudo. Como tal, iniciou pela análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, prosseguindo com a análise das atitudes dos enfermeiros no que se refere à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, terminando com a análise da relação entre as atitudes dos enfermeiros e as características sociodemográficas e profissionais, comparando os resultados obtidos com os da literatura consultada.

No que se refere às características sociodemográficas e profissionais, iniciando pelo **contexto de trabalho** e considerando a amostra de 102 enfermeiros, verificou-se que a maioria (51%) desempenha funções em CSP, sendo que os restantes (49%) trabalham em CSD. Por outro lado, no estudo comparativo entre as atitudes dos enfermeiros de CSP e de Hospital, desenvolvido por Martins et al. (2010) numa amostra de 347 enfermeiros, a maioria desempenhava funções em hospital (55%).

De acordo com o Anuário Estatístico Nacional relativo a 2022 (Ordem dos Enfermeiros, 2023), 45,6% dos enfermeiros inscritos desempenha funções em Hospital, sendo que apenas 8,74% trabalham ao nível dos ACES. Contudo, existem 33,98% de enfermeiros que não têm registado o local de trabalho, pelo que as percentagens acima referidas poderão não corresponder à realidade total do país.

Relativamente à **idade**, constatou-se que a média de idades da amostra se situa nos 42,92 anos, sendo de 42,70 nos enfermeiros de CSD e de 43,13 nos enfermeiros de CSP.

Analisando a literatura consultada, verificou-se que, tal como no presente estudo, Martins et al. (2010) obteve uma média de idades dos enfermeiros de CSP ligeiramente superior,

comparativamente com a idade dos enfermeiros que trabalham em Hospital (35,8 anos nos enfermeiros de CSP e 32,34 anos nos de CSD). Por outro lado, verificou-se nos diferentes estudos desenvolvidos em CSP, médias de idades dos enfermeiros bastante díspares, sendo que, Oliveira et al. (2011) obteve uma média de idades de 35,8 anos; Barbieri-Figueiredo et al. (2012) obteve uma média de idades de 37,0 anos; Silva et al. (2013) uma média de 40,59 anos; e Fernandes et al. (2018), uma média de 42,7 anos. Relativamente aos enfermeiros que trabalham em meio hospitalar, Fernandes et al. (2015) obteve uma média de idades de 38,6 anos. Frade et al. (2021), num estudo comparativo entre enfermeiros e estudantes de enfermagem, obteve uma média de idade de 41,93 anos, no grupo de enfermeiros que já eram profissionais e uma média de idade de 20,40 anos, no grupo de estudantes de enfermagem.

De acordo com o Anuário Estatístico 2022, da Ordem dos Enfermeiros, o grupo etário com maior representatividade é a faixa etária entre os 36 e os 40 anos, com uma percentagem de 18,34% dos enfermeiros inscritos (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

No que respeita ao **estado civil**, verificou-se que a maioria dos enfermeiros, independentemente do contexto de trabalho, são casados ou vivem em união de facto, com uma percentagem de 75,5% do total da amostra. Seguem-se os solteiros, com 16,7%, os divorciados/separados, com 5,9% e, por último, os viúvos, com 2,0% do total da amostra.

No estudo desenvolvido por Tavares (2017) a maioria dos enfermeiros também são casados ou vivem em união de facto (78,9%), representando os solteiros, divorciados/separados e viúvos, apenas 21,1%. A mesma tendência se verifica no estudo de Fernandes et al. (2018), no qual 69,2% dos inquiridos são casados, valor ao qual acrescem 9,1% que vivem em união de facto.

No que se refere ao **género** verificou-se que a maioria dos inquiridos são do género feminino, independentemente do contexto de trabalho, representando este género 87,3% do total da amostra (88,0% nos CSD e 86,5% nos CSP). A predominância do género feminino vai ao encontro dos dados obtidos no Anuário Estatístico 2022 da Ordem dos Enfermeiros, indicando que 82,52% dos enfermeiros inscritos são desse género.

Todos os estudos consultados confirmam esta tendência, sendo que no estudo de Oliveira et al. (2011) o género feminino representava 88,2%; no estudo de Barbieri-Figueiredo et al.

(2012), 84%; no estudo de Martins et al. (2010) 88,2% nos CSP e 74,2% nos CSD; no estudo de Fernandes et al. (2015) 86,9%; no estudo de Silva et al. (2013) 88,5%; e no estudo de Fernandes et al. (2018) 84,8%. Estudos internacionais consultados também apresentam a predominância do género feminino, sendo que no estudo de Østergaard et al. (2020) representavam 97,1% dos inquiridos; no estudo de Mason et al. (2021), 88,0%; e no estudo de Nóbrega et al. (2020) representavam 82,80%.

Relativamente ao **nível de escolaridade** verificou-se que 49,0% dos enfermeiros inquiridos tinha licenciatura, 35,3% bacharelato, 12,7% mestrado e 2,0% doutoramento. Na literatura consultada constatou-se que a maioria dos enfermeiros tinha licenciatura, sendo que no estudo de Oliveira et al. (2011) esse nível de escolaridade constituía 83,8%; no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) representava 90%; no estudo de Fernandes et al. (2018), com enfermeiros de CSP 72,6%; no estudo de Silva et al. (2013) 90,9% em enfermeiros de CSP; no estudo de Fernandes et al. (2015) em enfermeiros de CSD era de 96,9%; e no estudo de Martins et al. (2010) representava 85,1% na amostra de CSP e 96,8% na amostra que trabalhava em meio hospitalar.

De acordo com o Anuário Estatístico 2022, da Ordem dos Enfermeiros, o nível de escolaridade predominante a nível nacional também é a licenciatura, com 77,2% dos enfermeiros. Os enfermeiros com bacharelato representam 9,23%, com mestrado 6,57% e com doutoramento, apenas 0,12%. Na amostra em estudo, apesar de a licenciatura ser o grupo mais representativo, ainda se verifica uma percentagem elevada de enfermeiros com bacharelato (35,3%) comparativamente com a média nacional e a literatura consultada.

Analisando a distribuição da amostra de acordo com o **título profissional** verifica-se que a maioria, 75,5%, detém o título de enfermeiro (62,0% da amostra de CSD e 88,5% da amostra de CSP) e apenas 23,5% possuem o título de enfermeiro especialista (38,0% da amostra de CSD e 9,6% da amostra de CSP). No estudo de Oliveira et al. (2011) a maioria dos inquiridos também detinham o título de enfermeiro, com 88,2%, seguindo-se os enfermeiros especialistas, com 7,9% e os enfermeiros chefes, com 3,6%; no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) 63% detinham o título de enfermeiro e 37%, o título de enfermeiro especialista. Estes resultados vão ao encontro dos dados apresentados no Anuário Estatístico 2022 da Ordem dos Enfermeiros, em que 71,14% dos enfermeiros a nível nacional detém o título de

enfermeiro e 28,85% o título de enfermeiro especialista, distribuídos pelas diferentes especialidades.

No que se refere ao **tempo de exercício profissional** verificou-se que a média de anos de exercício profissional dos participantes foi de 19,61 anos (19,44 na amostra de CSD e 19,77 na amostra de CSP), consideravelmente superior ao obtido no estudo de Oliveira et al. (2011) em que esta média é de 12,9 anos. No estudo de Martins et al. (2010) a média de tempo de serviço na amostra de CSP é de 12,9 anos e na amostra de CSD de 9,49 anos; no estudo de Fernandes et al. (2015) esta média é de 16,2 anos; no estudo de Silva et al. (2013) é de 16,37 anos e no estudo de Frade et al. (2021) é de 18,63 para o grupo de enfermeiros.

Tendo em conta a **formação no âmbito da enfermagem de família**, 57,8% dos enfermeiros referiu não ter qualquer formação nesta área, sendo que 41,2% mencionaram que tinham formação em enfermagem de família, sendo 18 enfermeiros dos CSD e 24 dos CSP. Dos enfermeiros que possuíam formação em enfermagem de família 23,5% obtiveram-na em contexto académico, 5,9% em formação contínua e 11,8% em outros contextos. No estudo de Silva et al. (2013) não possuíam formação em enfermagem de família 69,6% dos inquiridos; no estudo de Fernandes et al. (2015) esta percentagem foi de 59,4%; e no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) foi de 63%. Por outro lado, no estudo de Martins et al. (2010) verificou-se que a formação em enfermagem de família é uma realidade para 59,6% dos enfermeiros de CSP e para 43,7% dos enfermeiros de CSD; no estudo de Oliveira et al. (2011) frequentaram formação em enfermagem de família 59,6% dos inquiridos e no estudo de Fernandes et al. (2018), ambos em CSP, essa percentagem foi de 75,9%.

De acordo com os dados disponíveis no Anuário Estatístico 2022 da Ordem dos Enfermeiros, do total de enfermeiros inscritos, apenas 258 enfermeiros (0,32%) possui o título de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

No sentido de **caracterizar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem** recorreu-se à análise dos resultados obtidos com a aplicação da escala “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE), na versão adaptada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011), verificando-se uma média para o *score* total da escala de 79,59 pontos, que

permite inferir que os enfermeiros que participaram no estudo têm atitudes de suporte face à família, promovendo a sua inclusão no processo de cuidados. Oliveira et al. (2011) corrobora este resultado, referindo que os enfermeiros que participaram no seu estudo têm, maioritariamente, uma atitude de suporte, considerando importante envolver a família nos cuidados de enfermagem. Também Barbieri-Figueiredo et al. (2012) concluiu, com o seu estudo, que os enfermeiros que exercem funções em contexto comunitário possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância à enfermagem centrada nas famílias.

No presente estudo, a média para o *score* total obtido nos enfermeiros que trabalham em CSD foi de 76,72 e nos que trabalham em CSP foi de 82,35 pelo que, apesar o *score* total ter sido relativamente superior na amostra de CSP, em ambos contextos os enfermeiros têm atitudes positivas no que respeita à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

No estudo de Martins et al. (2010) obteve-se um *score* total médio de 78,4 nos CSP e 75,4 no hospital, não se verificando diferenças significativas entre as médias obtidas nos dois contextos.

Analisando os *scores* obtidos em cada dimensão da escala IFCE-AE verificou-se que na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* se obteve uma média de 38,25 pontos para o total da amostra, sendo esta de 36,54 nos enfermeiros de CSD e de 39,89 nos enfermeiros de CSP. Apesar da diferença encontrada, e considerando a amplitude da dimensão (12 a 48 pontos) verificou-se que em ambos contextos os enfermeiros possuem atitudes positivas face à família tendo, qualquer das médias, ultrapassado o ponto médio da subescala (30 pontos).

No que se refere à dimensão *Família como recurso nos cuidados de enfermagem* obteve-se uma média de 32,67 pontos para o total da amostra, com *scores* médios de 31,16 pontos nos enfermeiros de CSD e de 34,12 pontos nos enfermeiros de CSP. Também nesta dimensão e, mais uma vez, apesar da diferença encontrada, em ambos contextos os enfermeiros apresentam opiniões positivas relativamente à família como recurso nos cuidados de enfermagem, tendo todas as médias ultrapassado o ponto médio para a subescala (25 pontos), considerando a amplitude da mesma (10 a 40 pontos).

Relativamente à dimensão menos positiva, ou seja, a dimensão *Família como um fardo* obteve-se uma média de 8,68 pontos para o total da amostra, sendo esta de 9,02 nos enfermeiros de CSD e de 8,35 pontos nos enfermeiros de CSP. Deste modo, e considerando a amplitude da dimensão (4 a 16 pontos) verificou-se que qualquer das médias, independentemente do contexto, se encontra abaixo do ponto médio da subescala (10 pontos) pelo que, globalmente, os enfermeiros da amostra atribuem importância à família nos cuidados, ou seja, as atitudes dos enfermeiros da amostra são suporte perante a família.

Silva et al. (2013) concluiu, no seu estudo, que os enfermeiros possuem atitudes de suporte em relação à família. Outros estudos também corroboram esta afirmação, nomeadamente, a nível nacional, os estudos de Martins et al. (2010), Oliveira et al. (2011), Alves (2011), Barbieri-Figueiredo et al. (2012), Fernandes et al. (2015), Silva (2016), Pires (2016), Tavares (2017), Fernandes et al. (2018) e, a nível internacional, Benzein et al. (2008), Østergaard et al. (2020), Nóbrega et al. (2020) e Mason et al. (2021).

No que se refere à análise da **relação entre as atitudes dos enfermeiros e as características sociodemográficas e profissionais** dos mesmos, os resultados do presente estudo indicam uma evidência estatisticamente significativa quanto à relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho, apresentando os enfermeiros de CSP médias superiores no *score* total obtido com a aplicação da escala IFCE-AE, comparativamente com os de CSD.

Pelo contrário, Martins et al. (2010) concluiu, no seu estudo, que os enfermeiros têm, maioritariamente, atitudes de suporte face às famílias, não havendo evidência de que contextos diferentes de cuidados (CSP e Hospital) interfiram nas atitudes dos enfermeiros.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais: *idade, estado civil, género, nível de escolaridade, título profissional e formação em enfermagem de família*, os resultados do presente estudo indicam não existirem evidências estatisticamente significativas que comprovem a relação entre as mesmas e as atitudes dos enfermeiros face à família, independentemente do contexto de trabalho (CSD ou CSP).

No entanto, no que se refere à variável *tempo de exercício profissional* obtiveram-se resultados diferentes, consoante o contexto de trabalho. Deste modo, no grupo de enfermeiros de CSD, os resultados indicam não existir evidência estatisticamente significativa que comprove a relação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes dos enfermeiros.

Contudo, no grupo de enfermeiros de CSP, verificou-se uma evidência estatisticamente significativa contra a hipótese nula, parecendo existir uma correlação positiva entre o tempo de exercício profissional dos mesmos e as suas atitudes face à família, ou seja, quanto maior o número de anos de exercício profissional dos enfermeiros de CSP, maior o *score* obtido com a aplicação da escala IFCE-AE.

Analisando os resultados obtidos nos diferentes estudos consultados, relativamente à relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e as características sociodemográficas e profissionais dos mesmos, verificou-se que Martins et al. (2010) obteve evidências estatisticamente significativas da relação entre a formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros, apresentando os enfermeiros com formação prévia em enfermagem de família pontuações médias superiores nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como recurso nos cuidados de enfermagem* e médias inferiores na dimensão *Família como um fardo*. O referido estudo indica, ainda, que os enfermeiros que realizaram a formação em contexto académico e contínuo, comparativamente com outros contextos, apresentam uma média superior na dimensão *Família com parceiro dialogante e recurso de coping* e uma média inferior na dimensão *Família como um fardo*, reforçando a importância do investimento nos processos formativos sobre enfermagem de família.

Frade et al. (2021) concluiu, no seu estudo, que os estudantes atribuem maior importância à integração da família do que os enfermeiros, sendo que as variáveis *Idade*, *Anos de exercício profissional* e *Formação na área da família*, nos enfermeiros, se associam a uma maior importância da integração da família nos cuidados de enfermagem.

Østergaard et al. (2020) concluiu, no seu estudo desenvolvido com enfermeiros dinamarqueses, que estes possuem, na sua generalidade, atitudes positivas face ao envolvimento da família no processo de cuidados e que um maior nível de escolaridade e tempo de dedicação aos cuidados de saúde primários ou à psiquiatria estavam associados a atitudes mais positivas. Por outro lado, atitudes menos favoráveis ao envolvimento da família nos cuidados foram associadas a ser jovem enfermeiro, sem experiência de doença nos seus familiares, poucos anos de serviço no hospital e ausência de formação adicional além da formação base em enfermagem.

O presente estudo vem, de algum modo, ao encontro dos resultados obtidos por Østergaard, para os enfermeiros dinamarqueses, associando o contexto de CSP bem como o maior número de anos de exercício profissional, nestes enfermeiros, a atitudes mais favoráveis ao envolvimento da família nos cuidados.

Também Benzein et al. (2008), no processo de construção da FINC-NA, encontrou evidências de que enfermeiros com menos anos de exercício profissional apresentam valores mais elevados na dimensão *Família como um fardo*, indicando atitudes menos favoráveis relativamente à família.

Nóbrega et al. (2020), num estudo desenvolvido no Brasil, concluiu que os enfermeiros de CSP do município de São Paulo detêm, na sua maioria, uma atitude positiva face ao envolvimento das famílias nos cuidados às pessoas com transtorno mental, indicando que as habilitações académicas e a especialização parecem relacionar-se com atitudes mais positivas em relação às famílias.

No estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) verificou-se que os enfermeiros que exercem funções em contexto comunitário possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados e atribuem elevada importância à enfermagem centrada nas famílias, indicando como potencializadores dessas atitudes a formação pós-graduada, quer numa área especializada da enfermagem, quer especificamente na área da enfermagem de família.

Os resultados do estudo de Fernandes et al. (2018) corroboram esta afirmação, concluindo que as habilitações académicas e a especialização parecem relacionar-se com atitudes mais positivas em relação às famílias.

Pelo contrário, os resultados do presente estudo indicam parecer não existir relação entre o nível de escolaridade, assim como o título profissional, e as atitudes dos enfermeiros face à família, independentemente do contexto de trabalho.

Os resultados obtidos no estudo de Fernandes et al. (2015), em contexto hospitalar, indicam não parecer existir influência das variáveis estudadas (idade, sexo, grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, formação sobre família, contexto de cuidados, metodologia de trabalho e experiência com familiares doentes) na atitude dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Os resultados obtidos no presente estudo, relativamente aos enfermeiros de CSD, também indicam que as variáveis: *idade, estado civil, género, nível de escolaridade, título profissional,*

tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família parecem não ter influência nas atitudes dos mesmos face à inclusão da família no processo de cuidados.

Os resultados do estudo de Pires (2016) indicam não existir associação estatística entre as dimensões da escala e as variáveis idade, experiência profissional, formação profissional e formação em enfermagem de família e a existência de evidência estatisticamente significativa na relação com as variáveis título profissional (na dimensão *Família como um fardo*), experiência pessoal com familiares doentes (na dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem*) e experiência profissional com utentes doentes (nas dimensões *Família como um parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem*).

Silva et al. (2013), num estudo desenvolvido com enfermeiros que trabalham em CSP na ARS Centro, concluiu que os enfermeiros inquiridos que apresentam atitudes de maior suporte face à família são os que possuem maiores habilitações académicas e profissionais, os que possuem formação específica em enfermagem de família, os que têm mais idade e tempo de experiência profissional e os que não têm como método de organização dos cuidados, o método funcional ou à tarefa.

No que se refere ao facto de os enfermeiros com mais idade e maior tempo de exercício profissional demonstrarem atitudes de maior suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, Silva et al. (2013) apresenta como possível justificação, o facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional centrarem a sua atividade nos utentes e não nas famílias, indo ao encontro dos níveis da prática de enfermagem apresentados por Benner.

De facto, Benner (2001, as cited in Silva et al., 2013) defende que a enfermeira perita, com mais tempo de exercício profissional, tem em conta tanto as necessidades dos membros da família como as dos utentes, sabe quando deve permitir aos membros da família terem um papel mais ativo e quando os deve substituir, enquanto que os enfermeiros iniciados, iniciados avançados ou mesmo os competentes (com menos de três anos no mesmo serviço) não são suficientemente experientes para reconhecer uma situação no seu todo ou identificar os aspetos mais importantes para o momento.

Apesar da influência das variáveis independentes na atitude dos enfermeiros face à família ser diferente consoante os vários estudos analisados verificou-se que, na sua generalidade, os

enfermeiros atribuem importância à família no processo de cuidados, indo ao encontro das orientações nacionais e internacionais para o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem. Wright e Leahey (2011) assume mesmo que os enfermeiros “têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias em seus cuidados de saúde” (p. 1).

A constatação de que as atitudes dos enfermeiros são de suporte face à família não constitui por si só uma evidência de que os enfermeiros considerem a família como unidade de cuidados, porém é um requisito importante para que estes envolvam as famílias no processo de cuidados (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2009; 2011; Wright & Leahey, 2011).

Oliveira et al. (2011) acrescenta ainda que, dessa constatação, “se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias decorrentes deste processo” (p. 1336).

4.5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Considerando a contextualização teórica e a sua aplicação prática no âmbito da enfermagem de família durante o ensino clínico, o estudo de investigação “**Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem**” foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

1. Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
2. Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
3. Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e características sociodemográficas, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Desenvolveu um estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo e, respeitando as etapas definidas para o processo de investigação, obteve as conclusões seguidamente apresentadas.

Relativamente às características sociodemográficas e profissionais, dos 102 enfermeiros inquiridos, a maioria (51,0%) desempenha funções em CSP (n=52) e os restantes em CSD

(n=50), apresentando uma média de idades de 42,92 anos, que não difere muito consoante o contexto (42,70 nos enfermeiros de CSD e 43,13 nos de CSP). A maioria são casados ou vivem em união de facto (75,5%) e são do género feminino (87,3%), independentemente do contexto de trabalho. O nível de escolaridade predominante difere consoante o contexto de trabalho, verificando-se maioritariamente a licenciatura, nos enfermeiros de CSD (78,0%) e o bacharelato nos de CSP (67,3%). Independentemente do contexto de trabalho, os enfermeiros possuem, maioritariamente, o título de enfermeiro (75,5%) e têm uma média de 19,61 anos de exercício profissional (19,44 nos enfermeiros de CSD e 19,77 nos de CSP). A maioria dos enfermeiros, independentemente de desempenharem funções em CSD ou CSP, refere não ter formação em enfermagem de família (57,8%), sendo essa percentagem mais evidente nos enfermeiros de CSD (64,0%), comparativamente com a apresentada nos de CSP (51,9%). Os que fizeram formação nessa área, referem maioritariamente tê-la desenvolvido em contexto académico, independentemente do contexto de trabalho.

No que se refere às atitudes dos enfermeiros na importância atribuída à família no processo de cuidados, recorreu à análise da segunda parte do instrumento de colheita de dados, onde aplicou a escala IFCE-AE na versão adaptada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011). Neste sentido, procedeu à análise do *score* obtido em cada uma das três dimensões (*Família como parceiro dialogante e recurso de coping; Família como um recurso nos cuidados de enfermagem; e Família como um fardo*) e do *score* total obtido com a aplicação da escala aos enfermeiros de cada um dos contextos em estudo (CSD e CSP).

Para avaliação da fiabilidade do instrumento, procedeu à análise da consistência interna pelo cálculo do α de Cronbach em cada uma das dimensões e no total da escala verificando, quer por dimensão, quer no total da escala, valores muito próximos dos obtidos, quer no estudo de Oliveira et al. (α total da IFCE-AE = 0,87), quer no na escala original de Benzein et al. (α total da FINC-NA = 0,88), apresentando o presente estudo, um α de Cronbach de 0,86 para o total da escala que corresponde, tal como os anteriores, a uma consistência interna boa.

Os enfermeiros que participaram neste estudo têm atitudes de suporte face ao envolvimento da família no processo de cuidados, apresentando um *score* total médio de 79,59 para o total da amostra sendo este, respetivamente, de 76,72 nos enfermeiros de CSD e 82,35 nos de CSP, todos positivos, tendo em conta a amplitude da escala (26 a 104 pontos). Obtiveram-se

médias positivas nos *scores* referente às dimensões mais favoráveis à inclusão da família nos cuidados (*Família como parceiro dialogante e recurso de coping; Família como um recurso nos cuidados de enfermagem*), sendo estas ligeiramente superiores nos enfermeiros de CSP (para a primeira dimensão 36,54 nos CSD e 39,89 nos CSP e para a segunda dimensão 31,16 nos CSD e 34,12 nos CSP). Na dimensão menos positiva da escala (*Família como um fardo*) os *scores* médios obtidos em ambos contextos situam-se abaixo do ponto médio para a dimensão, sendo ligeiramente inferior nos enfermeiros de CSP (9,02 nos CSD e 8,35 nos CSP) revelando, mais uma vez que os enfermeiros inquiridos não consideram a família como um fardo, mas sim como um elemento importante a envolver em todo o processo de cuidados.

Quando testadas as hipóteses de investigação, concluiu que existe evidência estatisticamente significativa da relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho, apresentando os enfermeiros de CSP atitudes de maior suporte para o envolvimento das famílias no processo de cuidados, comparativamente com os enfermeiros de CSD. Relativamente às variáveis sociodemográficas *idade, estado civil, género, nível de escolaridade, título profissional e formação em enfermagem de família*, estas parecem não ter influência nas atitudes enfermeiros face à família. No que se refere à variável *tempo de exercício profissional* concluiu que existe evidência estatisticamente significativa de uma correlação positiva entre o *tempo de exercício profissional* e as atitudes dos enfermeiros de CSP, não se verificando existência de relação entre esta e as atitudes dos enfermeiros de CSD.

Como limitações do presente estudo identificou o tipo de amostragem que, por ser não probabilístico acidental ou de conveniência, limitou a possibilidade de generalização dos resultados à população de enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em Portugal.

Dada a escassez de estudos neste âmbito específico, referida por Frade et al. (2021), sugere o desenvolvimento de mais estudos de investigação na área da enfermagem de saúde familiar, no sentido de reforçar a importância da intervenção dos enfermeiros com as famílias e identificar e esclarecer as variáveis que influenciam as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados.

CONCLUSÃO

A família constitui uma célula fundamental da sociedade, desempenhando um papel essencial na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros, pelo que os cuidados de saúde serão tão mais eficazes quanto maior o foco no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados.

Atualmente, o conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que engloba variáveis relacionadas com a autodeterminação da mesma, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos.

Os CSP constituem-se como a base de acesso ao SNS sendo que a reorganização dos CSP, iniciada em 2005, realça a importância da intervenção local, em rede, com relevância nas USF e com especial atenção para os cuidados centrados na família, ao longo do ciclo vital, pelo que o papel do enfermeiro de família se reveste de fulcral importância, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

A saúde familiar relaciona-se com a maximização do potencial de saúde da família e traduz-se na capacidade de esta desenvolver estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e fazendo mudanças estruturais e de, simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2012).

A enfermagem de família, como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico, tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais da família, teorias da terapia familiar e em modelos e teorias de enfermagem.

Os níveis da prática de enfermagem de família referem-se aos diferentes tipos de abordagem dos enfermeiros sendo uma das classificações mais reconhecidas, a de Friedman (1998) e posteriormente de Friedman, Bowden e Jones (2003), propondo quatro níveis da prática de enfermagem de família, que vão desde o 1º Nível, em que a família é considerada como contexto e o indivíduo como cliente, ao 4º Nível, em que a própria família é vista como o cliente.

Apesar das diferentes classificações existentes, parece existir algum consenso nas perspetivas dos teóricos considerando que a abordagem à família como unidade de cuidados requer formação especializada e experiência profissional.

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 118/2014 (2014) determina que no âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, pelo que a prática de enfermagem de família parece enquadrar-se nos níveis de formação pós-graduada. Neste sentido, de acordo com o Regulamento nº 428/2018 (2018), é o EEECESF que, considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo, mas também nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Durante o estágio pode verificar que, tal como referido por Hanson (2005), o processo de cuidados de enfermagem à família é um empreendimento muito complexo, uma vez que o enfermeiro está a lidar com muitos indivíduos (e não apenas com uma só pessoa) e com as múltiplas relações que existem entre os membros da família, pelo que, à medida que o enfermeiro recolhe os dados iniciais com a família e vai procedendo à sua avaliação, determina se as necessidades de cuidados apontam para uma abordagem que envolva um cliente individual dentro da família como contexto, ou se o foco dos cuidados é a família como cliente (pp. 167-168).

O ensino clínico permitiu, também, aplicar e compreender a importância da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, nomeadamente o Modelo Calgary (MCAF e MCIF) e o MDAIF, verificando que estes facilitam a síntese dos dados, de modo a identificar os pontos fortes e os problemas da família e desenvolver, com a mesma, um plano de cuidados à família que responda aos problemas reais sentidos pela mesma.

Hanson (2005) refere que “Compreender a estrutura, função e processo familiares fornece uma base para a prática de enfermagem e, permite, que o enfermeiro preste cuidados de enfermagem adaptados à singularidade da família individual” (p.102), pelo que o desenvolvimento do processo de cuidados em parceria com as famílias promoveu a sua capacitação, mobilizando os recursos e as forças disponíveis no sentido de realizar as

mudanças necessárias (nos domínios cognitivo, afetivo e/ou comportamental) e, deste modo, resolver dos problemas identificados com as mesmas.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista evidencia a importância da investigação no desenvolvimento da profissão e o Regulamento de Competências Específicas do EEECESF (Regulamento nº 428/2018, 2018) prevê que o especialista nesta área desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica e integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar.

Em qualquer contexto da prática de cuidados os enfermeiros atendem famílias, sendo que a qualidade destes encontros é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008).

Consciente da importância do envolvimento das famílias no processo de cuidados e da investigação, para o desenvolvimento da profissão e, especificamente, da enfermagem de saúde familiar, enquanto área disciplinar, e dada a escassez de estudos neste domínio específico referida por Frade et al. (2021), desenvolveu o estudo de investigação “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”, com o objetivo de conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, bem como identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e características sociodemográficas, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Neste sentido, desenvolveu um estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 102 enfermeiros a exercerem funções, respetivamente, 50 em CSD e 52 em CSP recorrendo, para a realização do mesmo, a um instrumento de colheita de dados composto por duas partes distintas: a primeira parte relativa aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e a segunda parte a aplicação da escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011).

Verificou que, dos 102 enfermeiros inquiridos, 52 desempenham funções em CSP e 50 em CSD, apresentando uma média de idades de 42,92 anos, que não difere muito consoante o

contexto. A maioria são casados ou vivem em união de facto e são do género feminino, independentemente do contexto de trabalho. O nível de escolaridade predominante difere consoante o contexto de trabalho, verificando-se maioritariamente a licenciatura, nos enfermeiros de CSD e o bacharelato nos de CSP. Independentemente do contexto de trabalho, os enfermeiros possuem, maioritariamente, o título de enfermeiro e têm uma média de 19,61 anos de exercício profissional, referindo a maioria (57,8%) não ter formação em enfermagem de família.

No que se refere às atitudes dos enfermeiros na importância atribuída à família no processo de cuidados, a aplicação da escala IFCE-AE na versão adaptada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011) revelou que os enfermeiros que participaram no estudo têm atitudes de suporte face ao envolvimento da família no processo de cuidados, apresentando um *score* total médio de 79,59 para o total da amostra, respetivamente 76,72 nos enfermeiros de CSD e 82,35 nos de CSP.

Quando testadas as hipóteses de investigação, concluiu que existe evidência estatisticamente significativa da relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de trabalho, apresentando os enfermeiros de CSP atitudes de maior suporte para o envolvimento das famílias no processo de cuidados, comparativamente com os enfermeiros de CSD. Relativamente à variável *tempo de exercício profissional* concluiu que existe evidência estatisticamente significativa de uma correlação positiva entre o *tempo de exercício profissional* e as atitudes dos enfermeiros de CSP, não se verificando existência de relação entre esta e as atitudes dos enfermeiros de CSD. Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas analisadas, estas parecem não ter influência nas atitudes enfermeiros face à família.

Durante o desenvolvimento do estudo surgiram algumas dificuldades, que foram ultrapassadas, estando estas relacionadas, fundamentalmente, com a inexperiência na área da investigação, a limitação temporal para o desenvolvimento do estudo e a morosidade associada aos processos de avaliação dos projetos de investigação e emissão dos respetivos pareceres.

Com o culminar do ensino clínico e a realização do presente relatório, e tendo em conta os objetivos previamente definidos, entende que os mesmos foram atingidos, considerando ter

transmitido o percurso de aprendizagem desenvolvido, revelando-se a elaboração do relatório de estágio como um elemento promotor de reflexão acerca dos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do mestrado e da sua aplicação na prática de enfermagem especializada de saúde familiar.

Considera que os estágios, juntamente com a componente teórica e o estudo de investigação desenvolvido se revelaram muito gratificantes e enriquecedores, permitindo a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEECESF, que foram sendo aprimoradas, recorrendo ao uso da reflexão crítica e fundamentação em conhecimento científico.

Frade et al. (2021) afirmam que “A enfermagem de família e a saúde familiar são um bem necessário para a saúde das famílias, que maximizam e potenciam os cuidados de parceria entre os enfermeiros e as famílias” (p.7) pelo que, como futura EEECESF, pretende continuar a desenvolver e aperfeiçoar as competências adquiridas com vista à prestação de cuidados especializados de excelência na área de enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Lezíria. (2022, junho 2). *Site intranet do Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria*.
<http://10.16.5.210/acesleiria/institucional/conselho-clinico>
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (1ª ed.). Quarteto Editora.
- Alves, C.M. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito* [Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://hdl.handle.net/10216/71914>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- Associação Médica Mundial (2013). *Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/12/Declarac%CC%A7a%CC%83o-de-Helsi%CC%81nque-.pdf>
- 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 In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 36–43).
https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Benzein E., Johansson P., Årestedt K.F., Saveman B-I. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2):162-180.
[10.1177/1074840708317058](https://doi.org/10.1177/1074840708317058)
- BI-CSP. (2022, setembro 23). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) – USF Alviela*.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3141672/Pages/default.aspx>
- BI-CSP. (2022, setembro 23). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) – ACES Lezíria*.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx>
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina do Porto.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Lusociência.
- Decreto-Lei nº 28/2008. (2008). Diário da República: I série, nº 38.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 67/98. (1998). Diário da República: I, n.º 247 revogado pela Declaração de Retificação n.º 22/98 (1998). Diário da República: I, n.º 276. <https://dre.pt/dre/detalhe/declaracao-rectificacao/22-210469>
- Decreto-Lei nº 73/2017 da Saúde. (2017). Diário da República: I série, nº 118.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I, nº 149.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 253/2012. (2012). Diário da República: I série, nº 229.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/253/2012/11/27/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I série, nº 161.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>

- Fernandes, C.S.; Gomes, J.A.; 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* Série IV,(7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fernandes, C.S; Nóbrega, M.P.; Ângelo, M.; Torre, M.I.; & Chaves, S.C. (2018). Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 22(4), 1-7. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0205>
- Figueiredo, M.H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569>
- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Fortin, M.F.; Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 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), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freitas, A.P. (2009). *Enfermagem com Famílias - Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira* [Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/13430>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª ed.). Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Hinkle, D.E.; Wiersma, W.; & Jurs, S.G. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento* (5ª ed.). Houghton Mifflin.
- Martins, M.M.; Martinho, M.J.; Ferreira, M.R.; Barbieri-Figueiredo, M.C.; Oliveira, P.C.; Fernandes, H.I.; Vilar, A.I.; Figueiredo, M.H.; Andrade, L.M.; & Carvalho, J.C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.20-33). Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família, Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Mason, T. M., Reich, R. R., Musgrove, R., Whiting, J., & Fusilero, J. (2021). Nurse attitudes a descriptive study of families' importance in inpatient nursing care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(5), 563–570. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.563-570>
- MIM@UF. (2022, junho 1). *Diretório de Informação em Saúde*. <https://siarsmuf02.arslvt.pt/microstrategy/asp/>
- Nóbrega, M.P.S.S., Fernandes, C.S.N.N., Zerbetto, S.R., Sampaio, F.M.C., Duarte, E., Chaves, S.C.S., & Moreira, W.C. (2020). Atitudes de enfermeiros frente ao envolvimento da família nos cuidados à pessoa com transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73Suppl 1(Suppl 1), e20200041. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0041>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação da Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., & Santos, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In Linha de Investigação de Enfermagem de Família, *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://books.google.pt/books?id=s_cbu8rcTn0C&pg=PA34&hl=pt-PT&source=gbp_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

- Oliveira, P.C.M., Fernandes, H.I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.R.S., Martinho, M.J.C.M., Figueiredo, M.C.A.B., Andrade, L.M.C., Carvalho, J.C.M., & Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(6). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Leiria. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de Enfermeiros - Nacional: Anuário Estatístico 2022*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Orientação n.º 022/2014 da Direção Geral da Saúde. (2014). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222014-de-30122014-pdf.aspx>
- Østergaard, B., Møller Clausen, A., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., Nielsen, D.S., Sorknæs, A., Voltelen, B., & Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1290–1301. <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ªed.). Edições Sílabo.
- Pires, E.I. (2016). *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro de Família* [Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/14030>
- Pordata: Estatísticas Sobre Portugal e Europa (2022, dezembro 9). *O seu município em números! Santarém*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/santarem-822114>
- Portaria n.º 276/2009. (2009). Diário da República: I série, nº 54. <https://data.dre.pt/eli/port/276/2009/03/18/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º 394-B/2012. (2012). Diário da República: I série, nº 231, 1º Suplemento. <https://data.dre.pt/eli/port/394-b/2012/11/29/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I série, nº 201. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 50/2004. (2004). Diário da República: I série – B, nº 87. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/50-2004-219087>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005. (2005). Diário da República: I série – B, nº 81. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/86/2005/04/27/p/dre/pt/html>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. (2005). Diário da República: I série – B, nº 196. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>

- Silva, M.A.N.C.G.M.M., Costa, M.A.S.M., & Silva, M.M.F.P. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2013(11), 19–28. <https://doi.org/10.12707/R1113105>
- Silva, M. (2016). *Enfermagem de Família: contextos e processos em cuidados de saúde primários* [Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84294>
- SPMS. (2022, junho 2). *Gestão e Planeamento: BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed.). Lusociência.
- Tavares, M.C. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar* [Relatório Final para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4532>
- USF Alviela. (2016). *Manual de Procedimentos de Enfermagem*. Versão 3.
- USF Alviela. (2019). *Manual de Acolhimento USF Alviela*. Versão 2/2019.
- USF Alviela. (2018). *Regulamento Interno 2018: Unidade de Saúde Familiar Alviela – Pernes*.
- USF Alviela. (2022, maio 16). *Área Global de Influência da USF*. <https://www.usfalviela.pt/>
- USF Alviela. (2022, maio 16). [Mapa da área geográfica de atuação da USF Alviela]. <https://www.usfalviela.pt/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Editora Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Processo de Enfermagem à Família I, fundamentado no Modelo Calgary de
Avaliação e Intervenção Familiar

MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, FUNDAMENTADO NO MODELO CALGARY DE
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Eunice Gil, n.º 5210045

Estágio realizado em: USF Alviela, ACES Lezíria

Professor Supervisor: Professor Doutor João Frade

Enfermeira Orientadora: Mestre Joana Pereira

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

IFPSF – Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SBC – Cuidar Baseado nas Forças

SCMP – Santa Casa da Misericórdia de Pernes

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visitação domiciliária

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE QUADROS	V
INTRODUÇÃO	VI
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA	VIII
2 – MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)	XI
2.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	XI
2.1.1 – Estrutura Interna	XII
2.1.2 – Estrutura Externa	XIII
2.1.3 – Contexto	XVI
2.2 – AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO	XVIII
2.2.1 – Etapas	XIX
2.2.2 – Tarefas	XIX
2.2.3 – Vínculos	XXI
2.3 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL	XXI
2.3.1 – Instrumental	XXI
2.3.2 – Expressiva	XXIII
3 – MODELO CALGARY DE INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA (MCIF)	XXXII
3.1 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO COGNITIVO	XXXV
3.2 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO AFETIVO	XXXVI
3.3 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO COMPORTAMENTAL	XXXVII
CONSIDERAÇÕES FINAIS	XXXIX
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XL

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama ramificado do MCAF	XI
Figura 2 – Genograma da Família	XIII
Figura 3 – Ecomapa da Família	XIV
Figura 4 – Aplicação da escala Graffar à Família em estudo	XVIII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Aplicação da escala FACES II à Família	XXVII
Quadro 2 – Interpretação linear da escala FACES II aplicada à Família	XXVIII
Quadro 3 – Aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein à Família	XXIX
Quadro 4 – Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família	XXX
Quadro 5 – Plano de cuidados de enfermagem à família segundo o MCIF	XXXIV

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem de família consiste numa abordagem sistemática à identificação de problemas e ao início de atividades adequadas, concebidas no sentido de satisfazer as necessidades ou preocupações da família como cliente. Trata-se de uma abordagem aberta, dinâmica e cíclica por natureza, e contínua durante o tempo de prestação de cuidados. A família é encarada como parceiro na criação e prestação de cuidados e a informação e confirmação desta são cruciais em todo o processo (Hanson, 2005).

De acordo com Hanson (2005) há três modelos de avaliação da família, que foram desenvolvidos por enfermeiros desta especialidade: O Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (IFPSF), o Modelo de Avaliação da Família de Friedman e o Modelo de Avaliação da Família de Calgary.

Figueiredo desenvolveu, em Portugal, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) sustentado no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e tendo como fontes teóricas o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) (Figueiredo, 2012).

O processo de enfermagem à família apresentado, foi desenvolvido com a família em estudo, baseado no MCAF e no MCIF, sendo que se trata de uma família nuclear constituída pelos dois elementos do subsistema conjugal, na VIII etapa do ciclo vital (segundo Duvall), Família Idosa. A esposa encontra-se num processo evolutivo de demência, demonstrando períodos de confusão e agitação psicomotora com os quais o marido tem tido dificuldade em lidar, levando-o a manifestar, nesses momentos, um discurso mais exaltado que origina labilidade emocional em ambos. Todas as entrevistas com a família foram realizadas em visitaçao domiciliária (VD), na presença dos elementos do casal e da sobrinha, que apoia o tio na prestação de cuidados, verificando-se estarmos na presença de um período de transição saúde/doença que a família nuclear está a ter dificuldades em gerir. Foram realizadas até ao momento quatro entrevistas com a família em contexto domiciliário, sendo que a primeira foi realizada ainda no estágio anterior.

Neste sentido, verifica-se a pertinência da implementação do processo de enfermagem à família com base no MCAF, uma vez que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) possui competências específicas para intervir junto das pessoas e famílias, que vivem processos de transição.

As transições dividem-se em quatro categorias: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais sendo que, de acordo com Meleis (2010), a transição consiste numa passagem ou processo que ocorre ao longo do tempo e que engloba desenvolvimento de um estado para outro, implicando profundas mudanças de papéis, que levam à sua superação no sentido de atingir a mestria e integrar a identidade do novo papel.

De acordo com o estudo realizado por Silva e Marques (2019) os prestadores de cuidados informais de pessoas com demência apresentam elevados níveis de sofrimento com a evolução da doença do seu familiar, apresentando dificuldade em lidar com as alterações comportamentais, elevados níveis de sobrecarga e dificuldade na gestão do tempo e das emoções. Ainda segundo os mesmos autores, os estudos indicam que o impacto desta doença na vida dos cuidadores se baseia na sobrecarga emocional, stress diário e agravamento da sintomatologia depressiva.

Deste modo, o enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação dos cuidadores, tendo em conta que o foco de atenção deve abranger os restantes elementos do agregado familiar, de modo, a minimizar o desgaste físico e emocional decorrente do processo de cuidar.

Com a realização deste trabalho, pretende-se:

- Refletir e dar a conhecer o desenvolvimento do processo de enfermagem à família selecionada, com base no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF e MCIF);
- Compreender a importância dos modelos para a prática de enfermagem de saúde familiar.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), desenvolvido por Wright e Leahey em 1984, foi originalmente adaptado de uma estrutura de avaliação da família desenvolvida por Tomm e Sanders (1983). Desde então, foi sendo continuamente revisto e aperfeiçoado, em 1994, 2000, e 2005, encontrando-se agora na quinta edição (Wright & Leahey, 2011).

Este modelo junta a enfermagem e conceitos da terapia familiar, baseando-se na teoria de sistemas, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança e na biologia da cognição do pós-modernismo.

A teoria geral dos sistemas, introduzida em 1936 por von Bertalanffy, é aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias há já muitos anos, constituindo um referencial muito influente na avaliação das mesmas (Wright & Leahey, 2011).

Wright e Leahey estabeleceram alguns conceitos, proporcionando um fundamento teórico para o entendimento da família como sistema:

1. Um sistema familiar é parte de um suprassistema mais amplo, composto de muitos subsistemas;
2. A família como um todo é mais do que a soma das suas partes;
3. Uma mudança ocorrida num membro da família afeta todos os restantes membros da mesma;
4. A família é capaz de criar um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade;
5. Os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos partindo de uma perspetiva de causalidade circular, ao invés de linear (Wright & Leahey, 2000, as cited in Hanson, 2005).

Um segundo fundamento teórico usado no modelo é a cibernética, cujo termo foi originalmente criado por um matemático, Norbert Weiner. A cibernética é a ciência da comunicação e da teoria de controlo e difere da teoria de sistemas, pelo que esta última ajuda a transferir o foco conceitual das partes para o todo, enquanto a cibernética está preocupada em mudar o foco da substância para a forma. Wright e Leahey apresentam dois conceitos úteis da cibernética:

1. As famílias têm capacidade de autorregulação;
2. Os processos de *feedback* podem ocorrer em simultâneo a vários níveis de sistemas com as famílias (Wright & Leahey, 2011).

Outro fundamento teórico para o modelo é a teoria da comunicação, tendo por base o trabalho desenvolvido por Watzlawick, et al (1976, as cited in Hanson, 2005). A comunicação consiste na forma como os indivíduos interagem entre si, pelo que os conceitos derivados da teoria da comunicação são usados no MCAF. São eles:

1. Toda a comunicação não verbal tem significado;
2. Toda a comunicação tem dois canais de transmissão: digital (verbal) e analógico (não verbal);
3. Uma relação diádica tem graus variáveis de simetria e complementaridade;
4. Toda a comunicação tem dois níveis: conteúdo e relação (Hanson, 2005).

Uma vez que as intervenções de enfermagem de família visam, fundamentalmente, ajudar as famílias a mudar, a mudança é também um conceito importante neste modelo. Watzlawick et al (1974, as cited in Wright & Leahey, 2011) foram os primeiros a sugerir que estabilidade e mudança, apesar das suas naturezas opostas, devem ser consideradas em conjunto, introduzindo ao conceito, dois tipos de mudança. A mudança de primeira ordem é uma mudança em que o próprio sistema permanece imutável, enquanto os seus elementos se submetem a algum tipo de mudança, constituindo uma mudança em quantidade e não em qualidade. A mudança de segunda ordem é a que altera o próprio sistema, transformando-o estruturalmente. Este tipo de mudança representa um salto quântico no sistema, para um nível diferente de funcionamento.

Wright e Leahey (2011) defendem que a mudança numa família pode acontecer nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental, sendo que a ocorrência num deles, causará impacto sobre os outros. As intervenções de enfermagem de família podem ter como objetivo um dos três domínios, ou todos eles, sendo, contudo, impossível identificar quais as intervenções que darão origem a determinadas mudanças e, por conseguinte, impossível prever o resultado ou tipo de mudança que ocorrerá no âmbito familiar. A teoria da mudança influenciou, portanto, a definição de alguns conceitos definidos pelas autoras na conceção do MCAF:

1. A mudança depende da perceção do problema;

2. A mudança é determinada pela estrutura;
3. A mudança depende do contexto;
4. A mudança depende de objetivos codesenvolvidos para o tratamento;
5. A compreensão por si só não leva à mudança;
6. A mudança não ocorre necessariamente de igual modo em todos os membros da família;
7. Facilitar a mudança é responsabilidade do enfermeiro;
8. A mudança acontece devido a um “encaixe” (ou entrosamento) entre as propostas terapêuticas (intervenções) do enfermeiro e as estruturas biopsicossociais-espirituais dos membros da família;
9. A mudança pode ter inúmeras causas (Wright & Leahey, 2011).

A biologia da cognição foi descrita e articulada por dois neurobiólogos, Maturana e Varela, propondo a noção de que as pessoas criam diferentes visões para entenderem os eventos e as experiências nas suas vidas. Segundo estes autores, o mundo que vemos não é o mundo “real”, mas um mundo que produzimos com os outros (Maturana & Varela, 1992, as cited in Hanson, 2005). Wright e Leahey baseam-se nesta teoria para definirem os seguintes conceitos, que fundamentam o modelo:

1. Dois caminhos possíveis para explicar o nosso mundo são a objetividade e a objetividade entre parêntesis;
2. Criamos as nossas realidades ao interagir com o mundo, conosco próprios e com os outros através da linguagem (Wright & Leahey, 2000, as cited in Hanson, 2005).

O pós-modernismo tem, também influenciado as revisões e aperfeiçoamento do modelo, sendo que este propõe o fim de uma única visão de mundo e a resistência a explicações únicas, bem como o respeito pela diferença. Esta visão é operacionalizada na prática de enfermagem de família pelo reconhecimento de que existem tantos caminhos para entender e experimentar a doença quanto existem famílias a vivenciá-la. É um convite à colaboração e à consulta entre enfermeiros e famílias, no sentido de honrar o conhecimento e a experiência, tanto dos enfermeiros como dos membros da família (Wright & Leahey, 2011).

2 – MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)

O MCAF propõe uma estrutura de avaliação multidimensional que compreende três categorias principais: Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional. Cada uma destas categorias tem várias subcategorias e é importante que *cada* enfermeiro, aquando da avaliação co-construída com a família, decida quais as subcategorias relevantes e apropriadas para exploração e avaliação com *cada* família e a *cada* momento no tempo. Ou seja, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas numa primeira entrevista com a família e algumas nunca precisarão de avaliação (Wright & Leahey, 2011).

O diagrama ramificado do MCAF, nas suas várias dimensões, encontra-se representado na figura 1, constituindo um recurso orientador para a avaliação familiar realizada.

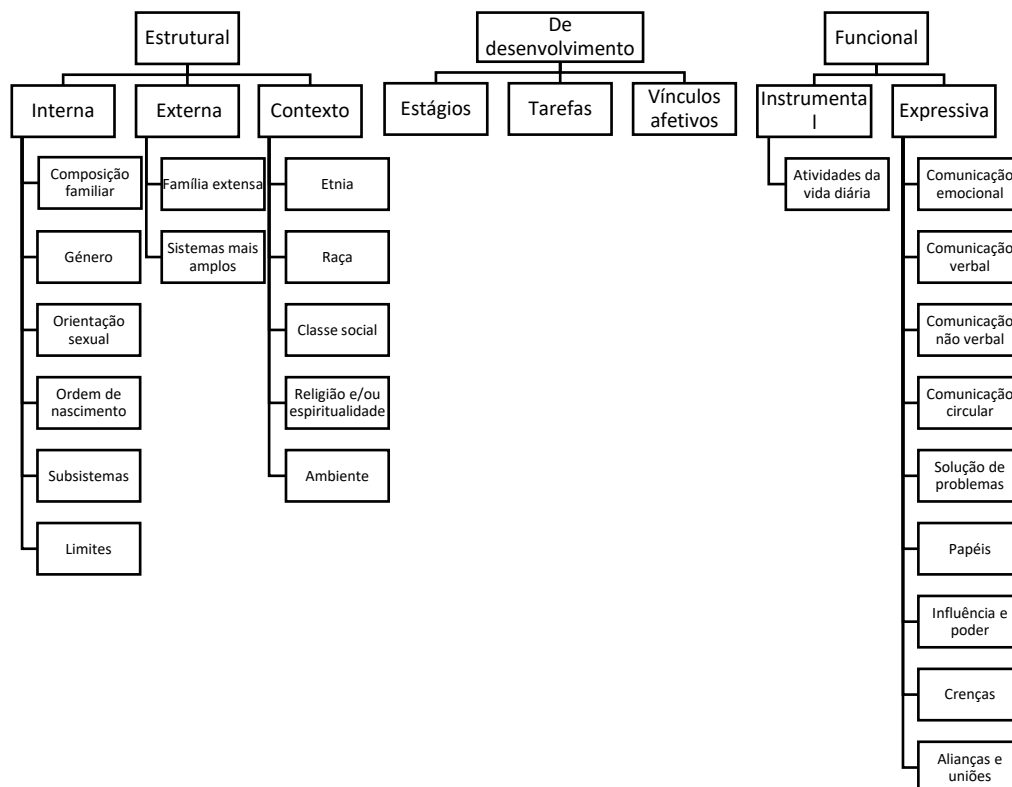


Figura 1 – Diagrama ramificado do MCAF

2.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Ao avaliar uma família, o enfermeiro deve examinar a sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto. A avaliação estrutural da família contempla, deste modo, a estrutura interna, externa e o contexto (Wright & Leahey, 2011).

2.1.1 – Estrutura Interna

A avaliação da estrutura interna da família contempla as subcategorias composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

A família alvo de avaliação e intervenção pelo modelo Calgary é uma família nuclear constituída por 2 elementos: o A e a B. Todos os nomes dos membros da família foram substituídos por letras do alfabeto, garantindo a confidencialidade dos dados colhidos. Relativamente ao género dos diferentes membros familiares, o A é do género masculino e a B é do género feminino, ambos heterossexuais. Em relação à ordem de nascimento o A é o membro mais velho da família, com 89 anos, seguido da sua esposa B, de 83 anos de idade. O paciente identificado é o A, uma vez que foi a alteração do seu estado emocional, apresentando sintomatologia depressiva desde junho do corrente ano, que motivou a indicação para avaliação e intervenção familiar com base no modelo Calgary.

Relativamente aos subsistemas familiares, nesta família estão presentes os subsistemas individual e conjugal. O subsistema individual é composto pelo indivíduo que, para além do seu estatuto e função familiares tem também funções e papéis noutros sistemas (Alarcão, 2000). Nesta família corresponde ao A e ao B, na sua individualidade. O subsistema conjugal é composto pelo casal A (marido) e B (esposa) que se encontram casados desde 1956. Uma das funções deste subsistema é o desenvolvimento de limites ou fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, criando espaço para a satisfação das suas necessidades psicológicas. Este subsistema constitui o suporte para o casal lidar com as fontes de stress intra e extrafamiliar (Alarcão, 2000).

No que se refere aos limites, os mesmos são claros e permeáveis, havendo lugar para a flexibilidade e o diálogo entre os membros da família, existindo uma definição clara dos papéis a desempenhar por cada membro da família, sendo que os papéis a desempenhar por cada elemento do agregado se modificaram devido à síndrome demencial de B, com agravamento desde o início deste ano.

O genograma e o ecomapa são dois instrumentos particularmente úteis para delinear a estrutura interna e externa da família. O genograma consiste num diagrama do grupo familiar, podendo ser utilizado para desencadear informações úteis tanto para a família como para o enfermeiro, sobre o desenvolvimento e outras áreas de funcionamento familiar (Wright &

Leahey, 2011). O genograma elaborado com a família em análise foi construído, recorrendo ao programa informático *WinGeno* e encontra-se representado na figura 2.

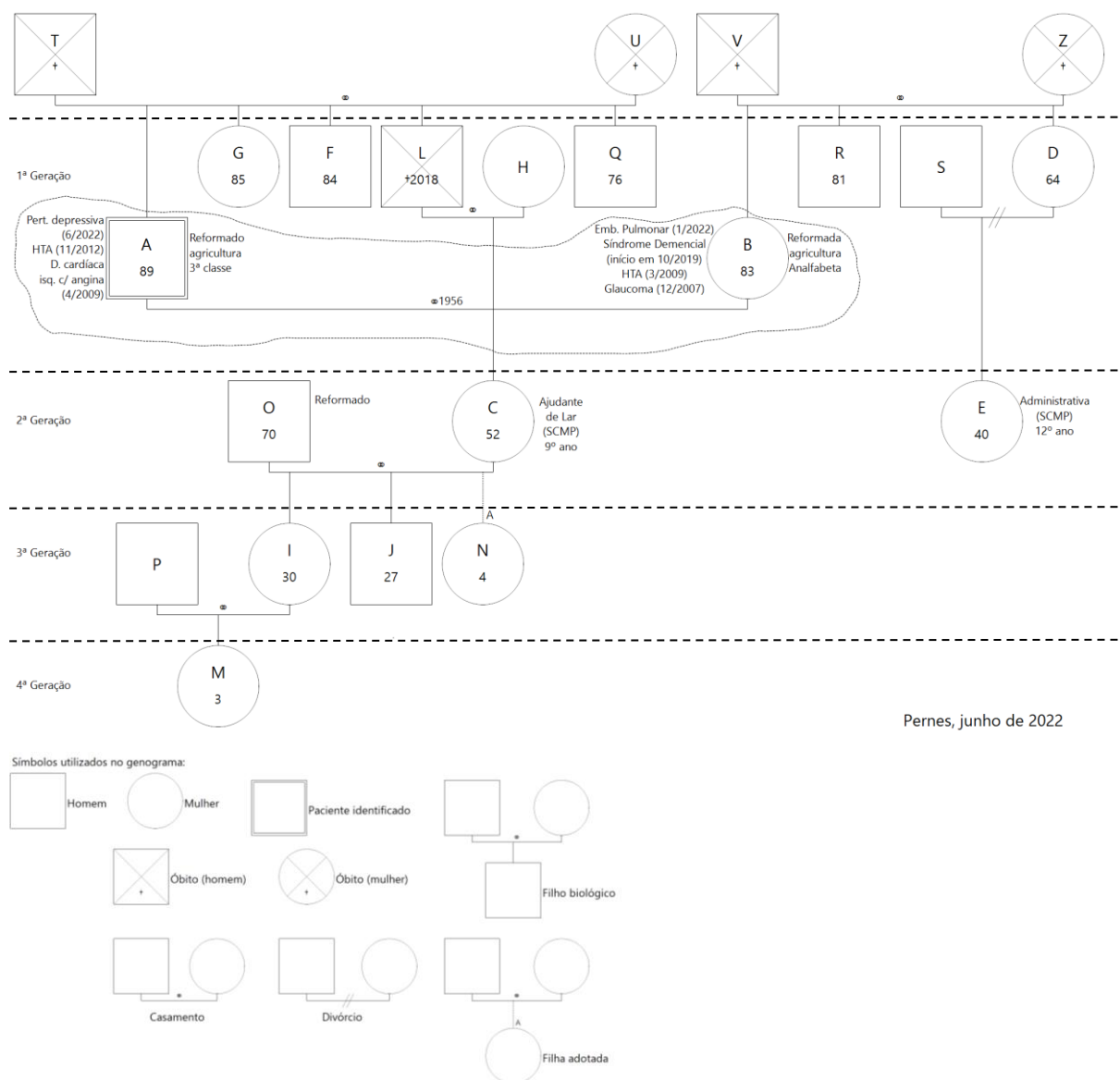
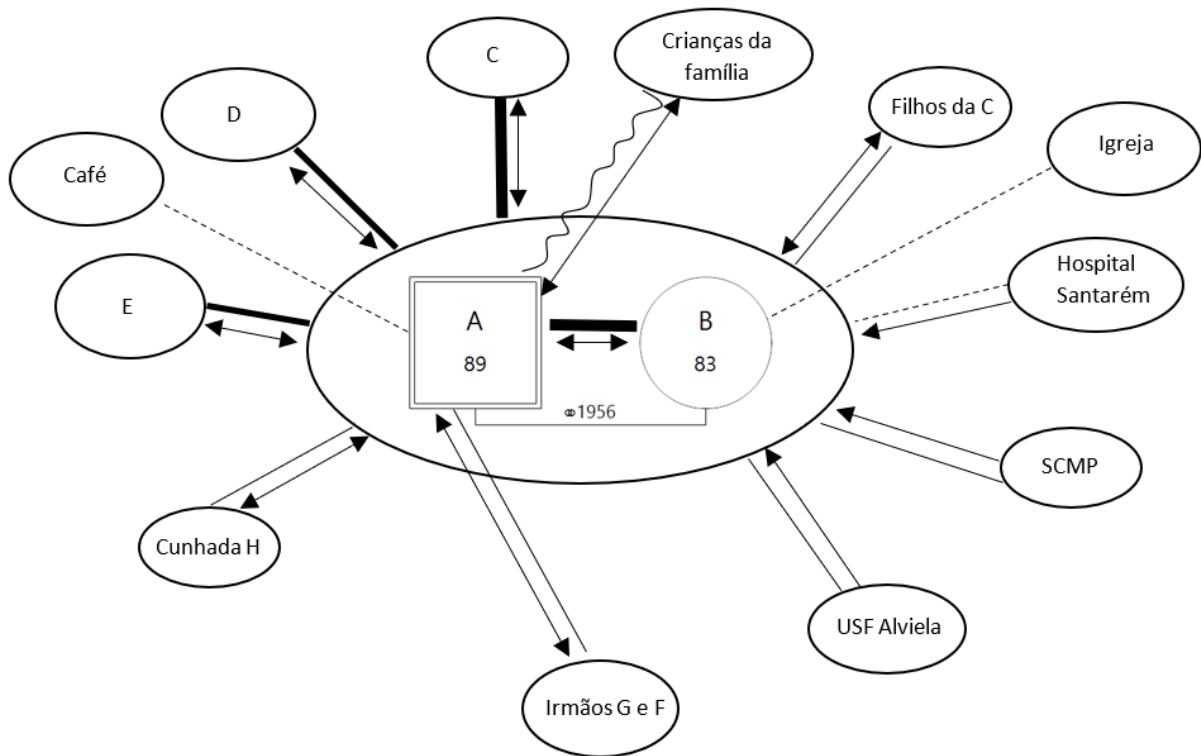


Figura 2 – Genograma da Família

2.1.2 – Estrutura Externa

Wright e Leahey (2011) defendem que a avaliação da estrutura externa envolve a identificação da família extensa e dos sistemas mais amplos. Os vínculos com os membros da família extensa podem não ser visíveis, mas são forças muito influentes na estrutura familiar, sendo importante a avaliação da quantidade e do tipo de contacto com a família extensa, no sentido de conhecer a quantidade e qualidade de apoio.

Neste sentido, o ecomapa revela-se muito pertinente, demonstrando o contacto da família com os outros indivíduos fora da família imediata e representando os vínculos importantes entre a família e o mundo, pelo que o ecomapa da família em análise se encontra representado na figura 3.



Legenda:
 Vínculo forte **————**
 Vínculo moderado **———**
 Vínculo fraco **---**
 Vínculo superficial **-----**
 Relação stressante **~~~~~**
 Fluxo de energia **← ou →**

Figura 3 – Ecomapa da Família

Como se pode verificar no ecomapa, existe um vínculo bidirecional forte entre os membros do casal e, ao nível da família extensa, com a sobrinha C. Com esta têm um contacto presencial diário, de várias vezes ao dia, assumindo a mesma o papel de prestadora de cuidados da B, em colaboração com o tio A. Referem-se a ela como “a filha que nunca tiveram”, demonstrando aqui uma ligação emocional muito forte com a mesma, que C confirma como mútua. Referem como vínculo moderado, o relacionamento com a sobrinha E e a

cunhada/irmã D, sendo que esta os contacta diariamente por telefone e os visita semanalmente, ao fim-de-semana na companhia da sua filha E. C identifica E como recurso de apoio na prestação de cuidados no caso de impossibilidade da sua parte, no entanto refere que habitualmente não recorre a este recurso. A refere que contacta semanalmente por telefone os irmãos G e F, não tendo qualquer contacto com o irmão Q. A cunhada H também lhe telefona frequentemente, mantendo o vínculo com os cunhados após a morte do marido. I e J, tal como C, moram próximo do casal, mantendo com os mesmos um contacto presencial semanal. Ao nível da família extensa não se verificam conflitos, mesmo com os elementos com os quais não existe ligação, sendo a única relação stressante a que se verifica entre A e as crianças da família (M e N). Com a colaboração da C, foi possível perceber que A fica muito tenso quando as meninas M e N os visitam, zangando-se e ralhando com elas por mexerem e desarrumarem tudo. Segundo C, as referidas crianças são muito irrequietas e A fica com receio que partam alguma coisa em casa, manifestando-se desta forma. Todas as referidas ligações familiares são bidirecionais. C refere, ainda, que ao nível da família extensa havia um outro elemento com quem A tinha uma grande ligação, o primo e melhor amigo de A, que faleceu há cerca de um ano e cuja perda veio diminuir os contactos sociais do mesmo. Com este A costumava ir ao café, jogar às cartas, à malha e passar algum tempo a conversar. A refere que agora não gosta de ir ao café porque já não tem lá nenhum amigo e que todos os da sua idade já faleceram. Houve, por este motivo um afastamento na ligação anteriormente estabelecida com o café. A pandemia por Covid e o agravamento do seu estado de saúde vieram também limitar os contactos sociais de B, que anteriormente gostava que a sobrinha C a levasse à missa e agora não pode, uma vez que deixou de haver missa na aldeia e B tem cada vez mais dificuldade na locomoção.

Com a Santa Casa da Misericórdia de Pernes (SCMP) o contacto é diário, duas vezes por dia, para fornecimento de refeições e prestação de cuidados de higiene a A. Com esta referem um vínculo fraco, unidirecional, exclusivamente para prestação de serviços contratualizados.

O casal recorre, ainda ao nível da comunidade, à USF Alviela, sempre que necessário para serviços médicos ou de enfermagem (referindo facilidade no acesso a este recurso) e ao Hospital de Santarém para consultas de seguimento ou urgência, em caso de necessidade.

2.1.3 – Contexto

No que se refere ao contexto, este engloba sistemas muito mais amplos como vizinhança, classe, região e país com influência no sistema familiar. O contexto engloba as subcategorias de etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey, 2011).

Os elementos da família em estudo são de raça caucasiana, nacionalidade portuguesa e afirmam-se da religião católica, identificando a religião como muito presente nas suas vidas. Ambos referem que atualmente não frequentam as atividades religiosas (B pelo agravamento da sua situação clínica e pelo facto de não haver missa na terra) mas que fazem diariamente as suas orações de manhã e à noite. B refere que nem sempre se lembra das orações por completo, mas vai tentando rezá-las todos os dias.

O rendimento de ambos provém das suas reformas, que referem ser de cerca de 300€/mês, sendo que têm uma despesa mensal de 150€ pela alimentação de ambos e cuidados de higiene a B prestados pela SCMP. Referem ter um pequeno complemento à reforma devido terem trabalhado durante cinco épocas na apanha da fruta em França. A refere que, face às despesas, nomeadamente com a medicação, o rendimento mensal, por vezes escasseia, pelo que recorreram a um pedido de complemento à reforma na segurança social, estando a aguardar resposta.

A acessibilidade aos serviços da comunidade (como idas à farmácia e supermercado) são asseguradas pela sobrinha C, dado não existirem esses serviços na localidade nem rede de transportes que assegure a deslocação. Nenhum dos elementos do casal conduz nem tem viatura própria, incluindo a sobrinha C, que se desloca para o trabalho com a filha I. Para deslocações ao hospital ou centro de saúde recorrem a I, E ou serviço de táxi, se nenhuma tiver disponibilidade.

A família em análise reside num lugar da freguesia de Pernes, em casa própria (uma moradia modesta) tendo, como barreiras arquitetónicas, três degraus que a B não utiliza diariamente, mas que dão acesso ao exterior da casa. No interior da casa as divisões são todas no mesmo piso, revestido de mosaico, com casa de banho interior completa com poliban. A habitação tem espaço adequado para ambos e o quarto do casal é espaçoso, com duas camas individuais, sendo a de B articulada. Possuem aquecimento local com aquecedor elétrico,

abastecimento de gás com gás de botija para o fogão e cilindro para aquecimento das águas sanitárias.

A higiene da habitação é, fundamentalmente, assegurada por C, sendo que A colabora nas tarefas domésticas, dentro das suas possibilidades. Este refere que habitualmente colabora no tratamento da roupa do casal, colocando-a na máquina, estendendo e apanhando, ficando C com a responsabilidade de a engomar. A habitação encontra-se limpa e cuidada, tendo disponível eletricidade e água canalizada, proveniente da rede pública, sendo que para o tratamento de resíduos dispõem de fossa séptica. Têm um pequeno quintal com árvores de fruto, que A costuma ir regar. O casal não tem animais domésticos.

No lugar onde residem existem poucos habitantes, sendo que a maioria trabalha fora da terra e só regressa ao final do dia. Ao nível do comércio existe apenas um pequeno café, que é frequentado pelos moradores antes de irem trabalhar ou depois do trabalho. Durante o dia não se veem pessoas na rua, o que limita os contactos sociais da família. C reside próximo do casal, facilitando o recurso a ela sempre que necessário, indo a casa dos tios diariamente antes de ir para o trabalho e quando regressa.

Para uma melhor caracterização da classe social do casal, recorreu-se à escala Graffar adaptada, tendo-se obtido uma cotação de 22 pontos, o que corresponde a uma classe baixa, conforme se verifica na figura 4.

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Figura 4 – Aplicação da escala Graffar à Família em estudo (Figueiredo, 2012)

2.2 – AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Além do conhecimento da estrutura familiar, é importante que o enfermeiro entenda o desenvolvimento do ciclo vital de cada família, compreendendo que cada família tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento e que não existe um ciclo vital ou um modelo de desenvolvimento familiar único (Wright & Leahey, 2011).

Neste sentido, importa distinguir entre “desenvolvimento da família” e “ciclo vital da família”. O desenvolvimento da família realça a trajetória única construída pela família, sendo influenciado por acontecimentos previsíveis e imprevisíveis, enquanto o ciclo vital da família remete para a trajetória típica da maioria das famílias, que evoluem numa sequência de etapas, geralmente previsível. Deste modo, considera-se importante conhecer as etapas do ciclo vital para melhor compreender o processo de desenvolvimento único e irrepitível de cada família.

2.2.1 – Etapas

Os primeiros proponentes do ciclo vital da família (Duvall, 1977, as cited in Wright & Leahey, 2011) desenvolveram um modelo com quatro etapas que foi, posteriormente, expandido para oito, caracterizando as sucessivas etapas na progressão de casamentos primários. No entanto, com o aumento da diversidade familiar, foram surgindo novas formas de abordagem do ciclo vital, entre elas, a proposta por Carter e McGoldrick (1988, 1999), que delinearam seis etapas do ciclo vital para a família norte-americana de classe média e que é adotada por Wright e Leahey (2011).

De acordo com o ciclo vital proposto por Duvall, a família encontra-se na VIII etapa: Família idosa. Esta é a etapa que inclui o espaço temporal entre a reforma e a viuvez e que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família.

Segundo o ciclo vital proposto por Carter e McGoldrick, a família encontra-se na sexta etapa: Famílias no fim da vida. Esta etapa começa com a reforma e dura até à morte de ambos os cônjuges (podendo durar cerca de 20 a 30 anos para muitos casais), sendo que os processos emocionais-chave, nesta etapa, serão no sentido de aceitar a mudança de papéis das gerações (1999, as cited in Wright & Leahey, 2011).

2.2.2 – Tarefas

Com o avançar da idade, existe diminuição progressiva da autonomia, maior suscetibilidade para a doença e diminuição da atividade física e mental, conduzindo a maiores dificuldades de adaptação ao ambiente, pelo que a preparação e aceitação do envelhecimento se revelam tarefas de desenvolvimento essenciais nesta etapa (Figueiredo, 2012).

Wright e Leahey (2011) indicam como tarefas desenvolvimentais desta etapa:

1. Manutenção do próprio funcionamento ou do funcionamento do casal e do interesse perante o declínio fisiológico, havendo exploração de novas opções de papéis familiares e sociais (a satisfação conjugal continua a ter aqui um papel importante);
2. Abertura de espaço, no sistema, para a sabedoria e experiência dos idosos, valorizando e promovendo a sua transmissão às gerações mais novas;

3. Encarar a perda do cônjuge, irmãos ou outros companheiros e preparar-se para a sua própria morte (este é o momento de fazer uma revisão da vida e cuidar dos assuntos inacabados com a família ou outros contactos sociais).

No que se refere à tarefa funcionamento individual e do casal, verifica-se um declínio das capacidades motoras, visuais e mentais de B, necessitando de apoio no autocuidado. Verifica-se que a própria encara este declínio com tristeza, manifestando ter pena de não colaborar nas atividades domésticas e precisar de ajuda no autocuidado. No que se refere ao marido, o A alterou os seus papéis familiares, desempenhando agora tarefas que anteriormente cabiam à esposa (como o tratamento da roupa). Este manifesta tristeza pelo declínio das suas capacidades motoras e por necessitar da colaboração da sobrinha e do apoio domiciliário da SCMP, referindo que preferia conseguir fazer tudo sozinho e “não estar a incomodar ninguém”. Quanto à manutenção da satisfação conjugal, ambos são muito carinhosos mutuamente (à exceção dos períodos de agitação psico-motora da B), verificando-se demonstrações de afeto espontâneas entre ambos. Dormem no mesmo quarto, mas em camas separadas, uma vez que a B tem uma cama articulada para facilitar a prestação de cuidados nos dias em que está mais debilitada. Contudo, continuam a procurar o contacto próximo, solicitando frequentemente o carinho e manifestação de afeto um do outro.

No que se refere à sobrinha, esta encara a alteração de papéis na família com naturalidade, referindo já ter tido experiência como cuidadora anteriormente e manifestando vontade em continuar a assegurar a prestação de cuidados que os tios necessitem.

A transmissão de sabedoria às gerações mais novas não está muito presente na família, uma vez que o casal vive muito fechado sobre si mesmo, passando a maior parte do tempo apenas na companhia um do outro. As crianças da família poderiam estar mais presentes na vida do casal (uma vez que até residem próximo), no entanto, sendo este um fator gerador de stress em A, tal não se verifica.

No que se refere a perdas recentes, o casal experienciou há cerca de 4 anos a perda do irmão de A e, há cerca de 1 ano, a perda do primo e melhor amigo de A. Este refere ainda, que na aldeia já não tem amigos da sua idade, pelo que o sentimento de perda e proximidade do fim da vida está muito presente no casal.

Durante a entrevista, B referiu inclusive que só pedia “a Deus que a levasse pelo menos cinco minutos antes do marido”, referindo que não sabia viver sem ele e que “ele não podia ser melhor do que é” para ela.

2.2.3 – Vínculos

Durante esta etapa o casal reinveste e modifica o relacionamento conjugal, de acordo com o nível de funcionamento de cada um dos parceiros, sendo a etapa também caracterizada pela interdependência com a geração subsequente (Wright & Leahey, 2011).

Na família em estudo, os membros do casal manifestam um relacionamento muito próximo entre ambos, marcado pelo diálogo, cumplicidade e união. Durante uma das entrevistas a B referiu que às vezes diz ao marido “Oh (...) dá-me um beijinho...” e que ele lhe responde “Não dou um, dou quatro ou cinco...” num discurso muito ternurento. A família mantém também um vínculo forte com a sobrinha C, referindo-se a ela como “a filha que nunca tiveram”.

2.3 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família remete-nos para a forma como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros, referindo-se ao aspeto do aqui e agora na vida da família, observado e apresentado por ela (Wright & Leahey, 2011).

Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: o instrumental (atividades quotidianas da família) e o expressivo (as interações entre os membros da família).

2.3.1 – Instrumental

O funcionamento instrumental da família refere-se às atividades da rotina de vida diária, tais como o autocuidado, adesão ao regime terapêutico e a gestão do mesmo.

Para as famílias em que algum ou vários elementos apresentem problemas de saúde, esta é uma área de particular importância, assumindo um maior significado devido à doença (Wright & Leahey, 2011).

De facto, assistimos nos últimos anos, a um aumento da esperança de vida, acompanhado do aumento das doenças crónicas bem como de níveis elevados de dependência na realização das atividades de vida diária, constituindo um fator de stress para a família, face à interdependência que a caracteriza como sistema interacional (Figueiredo, 2012).

A prestação de cuidados, sendo um processo de interação, implica uma reestruturação da família bem como o desenvolvimento de estratégias de comunicação no sentido da construção dos relacionamentos necessários para o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes (Figueiredo, 2012).

Na família em estudo existe, por parte da B, dependência ao nível do funcionamento instrumental, necessitando da ajuda da sobrinha no autocuidado higiene, vestuário e ir ao sanitário. Para o autocuidado higiene, conta ainda com o apoio das funcionárias da SCMP, que vão duas vezes por dia levar as refeições e prestar-lhe os referidos cuidados. Encontra-se, ainda, dependente do marido no autocuidado comer e beber, sendo que é este que lhe leva a bebida, quando tem sede, e a leva à cozinha na hora das refeições. É também o marido que faz a gestão e administração da medicação, referindo não ter ainda dificuldade nesta área (que a sobrinha confirmou), havendo adesão ao regime terapêutico prescrito. Ambos são hipertensos e é também o A que faz semanalmente a avaliação da tensão arterial de ambos. Durante uma das visitas domiciliárias realizadas procedeu-se, também à avaliação da tensão arterial dos dois membros do casal, sendo que o A apresentava um valor tensional de 143/76mmHg e a B 135/78mmHg e frequências cardíacas, respetivamente, 89ppm e 92ppm. A sobrinha mostrou-se também disponível para colaborar neste âmbito, sempre que o tio necessitar. Em relação aos períodos de sono-reposo, por vezes a B tem períodos de agitação e desorientação durante a noite, sendo que nestes momentos, o A contacta telefonicamente a C, que o vem ajudar a acalmar a esposa. Mais uma vez, esta mostrou disponibilidade em continuar a fazê-lo sempre que necessário.

No que se refere ao autocuidado atividade de lazer, nenhum dos elementos da família procura atividades recreativas e de lazer, incluindo a sobrinha C, mantendo-se muito focados nas atividades da vida diária. Nenhum deles costuma sair para atividades recreativas ou de férias e o A deixou inclusivamente de frequentar o café desde o falecimento do primo.

Segundo Figueiredo (2012) as dificuldades da família, ao nível da prestação de cuidados, relacionam-se sobretudo com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social. Ainda de acordo com a mesma autora, frequentemente, e apesar de detentora de conhecimento e capacidades para a prestação de cuidados necessários, a família demonstra dificuldade na concretização dos mesmos por razões tão diversas como a insuficiência de recursos internos ou o desconhecimento de recursos externos passíveis de serem mobilizados.

De facto, no que se refere à família em estudo poderiam ser mobilizados recursos da família (como a E e a D) que, tendo uma relação relativamente próxima com a família e um vínculo moderado e ausente de conflito, poderiam ser mobilizadas no apoio à prestação de cuidados, quer no que se refere aos cuidados com a habitação, quer nos cuidados à B, libertando a C do papel de prestadora de cuidados, nesses dias, de modo a que a mesma possa desenvolver atividades no âmbito lúdico-recreativo e, eventualmente, minimizar o risco de saturação do papel.

Os sobrinhos netos (I e N) também poderiam ser mobilizados, uma vez que dispo de carro e carta de condução, poderiam promover o encontro do A com os irmãos (G e F), com quem fala apenas por telefone. Estas deslocações teriam que ser combinadas com antecedência para que C pudesse estar de folga e, deste modo, assegurar a prestação de cuidados a B.

Quanto ao marido da C (O), foi explorada também a hipótese de ser mobilizado no sentido de, juntamente com o A, desenvolverem algum tipo de atividade recreativa do agrado de ambos. Contudo, esta hipótese foi colocada de parte, uma vez que, quer a C quer o A, disseram imediatamente que o O não é pessoa de sair de casa nem de conviver com outras pessoas (nem mesmo com os tios).

2.3.2 – Expressiva

O funcionamento expressivo remete-nos para as interações entre os membros da família, contemplando nove subcategorias:

1. Comunicação emocional;
2. Comunicação verbal;

3. Comunicação não verbal;
4. Comunicação circular;
5. Solução de problemas;
6. Papéis;
7. Influência e poder;
8. Crenças;
9. Alianças e uniões.

O foco da avaliação familiar é menor sobre o indivíduo e maior sobre a interação entre os membros da família, pelo que são muito importantes os relacionamentos do indivíduo com os outros elementos da família e com os membros significativos de um ambiente social mais amplo. Neste sentido, constitui papel do enfermeiro ajudar os membros da família a participar de conversas para dar um sentido às suas vidas, ao invés de explicar os seus comportamentos (Wright & Leahey, 2011).

A subcategoria comunicação emocional refere-se à variação e aos tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados.

Na família em estudo ambos os elementos do casal expressam os seus sentimentos, no entanto, nem sempre existe satisfação relativamente ao modo de expressão dos mesmos. Concretamente, nos períodos de agitação e confusão da B, o A apresenta um discurso mais exaltado, perdendo a paciência e insistindo com ela, chamando-a à realidade. Esta situação origina momentos de choro e labilidade emocional em ambos. À exceção destes momentos, o impacto que os sentimentos de cada um tem na família é favorável, referindo que “facilmente pedem desculpa quando se zangam” e que “fazem logo as pazes”.

A subcategoria comunicação verbal, refere-se principalmente ao significado do conteúdo verbal (ou escrito) de uma mensagem entre os envolvidos na interação e a subcategoria comunicação não verbal centra-se nas mensagens não verbais (como a postura corporal, contacto ocular, toque, gestos, movimentos faciais, etc.) transmitidas pelos membros da família (Wright & Leahey, 2011).

Na família avaliada todos os elementos são claros e diretos no discurso, ou seja, todos compreendem de forma clara o que os outros dizem e todos se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros.

No que se refere à subcategoria comunicação circular, esta remete-nos para a comunicação recíproca entre as pessoas, sendo que o comportamento de uma pessoa influencia o comportamento da outra. Por outro lado, os padrões de comunicação circular também podem ser adaptativos, estimulando respostas ajustadas, constituindo esta uma área importante de intervenção do EEECESF.

Na família analisada, a maioria das vezes existe satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família. No entanto, nos momentos de agitação e confusão mental da B, o impacto que tem na família a forma como cada um se expressa não é favorável, originando uma cadeia sucessiva de acontecimentos negativos (o A apresenta um discurso exaltado, a B fica sensibilizada com esse discurso e manifesta-se chorando e em seguida ambos apresentam labilidade emocional e choro). Neste âmbito, importa que o enfermeiro capacite o cuidador para lidar com estes momentos, não insistindo em chamá-la à realidade nem teimando com ela, de modo a evitar esta escalada de acontecimentos e melhorando a comunicação do casal.

A subcategoria solução de problemas refere-se à capacidade da família para gerar uma solução eficaz para os seus próprios problemas (quer sejam instrumentais ou emocionais) (Wright & Leahey, 2011) remetendo-nos, no fundo, para as estratégias de *coping* familiar.

Nesta família, quem habitualmente identifica os problemas são o A e a C, sendo a C quem, normalmente, toma a iniciativa de os resolver. Na família, existe diálogo e discussão sobre os problemas, sendo que os membros da família se sentem satisfeitos com a forma como são discutidos. No que se refere a recursos externos, a família apenas recorre à sobrinha C e ao apoio domiciliário da SCMP. Esta família tem experiências anteriores positivas na resolução de problemas semelhantes, tendo ambos elementos do casal experiência anterior como cuidadores dos pais de A, com o apoio e colaboração da C, algo que referem com “orgulho e satisfação por os terem acompanhado e apoiado até ao último dia”.

A subcategoria papéis refere-se aos padrões estabelecidos para o comportamento dos membros da família não sendo, no entanto, estáticos ao longo do tempo.

De acordo com Figueiredo (2012), o padrão de interação familiar também se expressa na organização dos papéis familiares e na interligação dos mesmos face às exigências funcionais do sistema familiar, num contexto de transformação que é influenciado pelas expectativas familiares e sociais face às normas e ao comportamento.

No que se refere aos papéis na família em estudo, é a C que desempenha o papel de provedor (fazendo as compras no supermercado) e os papéis de gestão financeira, cuidado doméstico e papel de parente são desempenhados, colaborativamente, pelo A e pela C. Existe consenso no desempenho destes papéis e ambos manifestam não haver conflito nem saturação do papel. No que se refere ao papel recreativo, este não é desempenhado por nenhum dos elementos da família, encontrando-se comprometido.

Wright e Leahey (2011) alertam para o impacto psicológico da prestação de cuidados a um idoso com Alzheimer ser, geralmente, a presença de ansiedade, depressão, culpa e ressentimento do cuidador. Este dado revela-se importante para a análise da família uma vez que, apesar de a B não ter diagnóstico de Alzheimer, estando apenas diagnosticada com Síndrome Demencial, o principal cuidador (A) apresenta desde junho deste ano, sintomas de depressão, sendo necessária a intenção do EEECESF, de modo a contrariar esta tendência.

A subcategoria influência e poder diz respeito aos métodos para influenciar os comportamentos de um indivíduo, considerando que poder é a capacidade de uma pessoa ou grupo para regular os critérios pelos quais uma situação é julgada e os respetivos recursos são distribuídos (Wright & Leahey, 2011).

Nesta família, o elemento com maior poder é o A, sendo que a B se sente satisfeita a esse respeito. Contam, ainda com o apoio da C, que tem também bastante influência nas tomadas de decisão da família, sendo essa influência consensual para todos.

A subcategoria crenças refere-se a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pela família e por cada um dos seus membros. As crenças e o comportamento estão intrinsecamente ligados, pelo que cada ação e cada escolha das famílias e dos indivíduos se desenvolve a partir das suas crenças (Wright & Leahey, 2011).

Na família em estudo as crenças religiosas estão muito presentes e têm uma grande influência na vida do casal sendo que, apesar de não frequentarem as atividades de culto, expressam a sua religiosidade diariamente nas orações que fazem de manhã e à noite. Esta é uma atividade que a B manifesta ter prazer em fazer, manifestando pena por às vezes não se lembrar totalmente das orações.

A subcategoria alianças e uniões remete-nos para a orientação, o equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre a família e o enfermeiro, sendo que na família em estudo as alianças existentes entre os membros são úteis para o seu funcionamento e, inclusivamente a aliança estabelecida com a sobrinha C, traz benefício ao funcionamento familiar.

Para complementar a avaliação familiar, ainda no âmbito do funcionamento expressivo, considera-se pertinente a aplicação da escala FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein, como instrumentos de avaliação familiar que facilitam a compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento familiar, respetivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.

No se refere à avaliação da família quanto à adaptabilidade e coesão familiar, recorreu-se à escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (1995, as cited in Figueiredo, 2012). O instrumento inclui 30 itens, cotados de 1(quase nunca) a 5 (quase sempre), dos quais 16 se enquadram na dimensão coesão familiar e 14 na dimensão da adaptabilidade. Esta escala foi apresentada à família durante uma das entrevistas realizadas, tendo sido respondida, maioritariamente por A, mas com a concordância de B, encontrando-se representada no quadro 1.

Quadro 1 – Aplicação da escala FACES II à Família

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase nunca (1)	De vez em quando (2)	Às vezes (3)	Muitas vezes (4)	Quase sempre (5)
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	X				
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				X	
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	X				

11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	X				
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		X			
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.		X			
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					X
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					X
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					X
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.					X

(Figueiredo, 2012)

Para avaliar a coesão somam-se os itens 3,9,15,19,25 e 29. Subtrai-se este resultado de 36. Somam-se os outros itens ímpares + item 30. Para avaliar a adaptabilidade somam-se os itens 24 e 28. Subtrai-se o resultado de 12. Somam-se os restantes itens pares, exceto o 30.

Os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80 e os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70. Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade (variam entre 1 e 8) e dividindo por 2, obtém-se o resultado final da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada, conforme se verifica no quadro 2.

Quadro 2 – Interpretação linear da escala FACES II aplicada à Família

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80 74		Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8
7	73 71	7		64 55	7		
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64		5	49		5	

	60			46			
4	59	Separada	4	45	Estruturada	4	Intermédia
	55			43			
3	54		3	42		3	
	51			40			
2	50	Desmembrada	2	39	Rígida	2	Extrema
	35			30			
1	34		1	29		1	
	15			15			

(Figueiredo, 2012)

Segundo a interpretação linear da escala FACES II, o resultado obtido ao nível da coesão foi de 79=8=família muito ligada e o resultado ao nível da adaptabilidade foi de 41=3=família estruturada. Somando coesão e adaptabilidade (8 + 3) e dividindo por dois, obteve-se um resultado final de 5,5, que corresponde a uma família moderadamente equilibrada.

No sentido de avaliar a perceção dos membros da família sobre a funcionalidade da mesma, recorreu-se à aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein. Este instrumento permite avaliar as relações familiares, dando a conhecer a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade da família, avaliando se a mesma constitui ou não um recurso para cada um. O referido instrumento consiste num questionário de 5 perguntas, considerando como principais funções da família a Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução/Decisão. Partindo da resposta a um conjunto de 5 questões, obtém-se uma pontuação compreendida entre 0 e 10, sendo que um resultado entre 7 e 10 corresponde a um nível altamente funcional, um resultado entre 4 e 6 refere-se a um nível moderadamente disfuncional e um resultado entre 0 e 3 representa um nível de disfunção acentuada. No quadro 3, apresenta-se a aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein à família, apresentando apenas uma grelha de resposta uma vez que, tal como no instrumento anterior, foi maioritariamente o A que respondeu, mas sempre com a concordância da B.

Quadro 3 – Aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein à Família

APGAR	Quase sempre (2)	Algumas vezes (1)	Quase nunca (0)
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 atividades 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:		8	

(Figueiredo, 2012)

Considerando o resultado obtido com a aplicação do APGAR Familiar (8 pontos) considera-se que a família em estudo tem a percepção de ser uma família altamente funcional.

No sentido de complementar a avaliação familiar, foi também aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à família que permite medir o impacto de eventos vitais, baseando-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas na vida, origina um desgaste que pode conduzir à perda de saúde. Este instrumento consiste numa lista de 43 acontecimentos vitais, aos quais é atribuída uma pontuação, sendo selecionados os eventos que ocorreram no último ano.

Para a interpretação do resultado considera-se que se o valor total encontrado for entre 150 e 200 existe uma menor probabilidade de incidência de doenças, se estiver compreendido entre 200 e 300 existe 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica, e se o valor encontrado for superior a 300 existe uma probabilidade de 80% de adoecer por algum destes tipos de doença. A aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe encontra-se representada no quadro 4.

Quadro 4 – Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família

Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	(53)
6	Acidente ou doença grave	(53)
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	(38)
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração do número de discussões com o cônjuge	(35)
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29

24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso profissional	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	(24)
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	(18)
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	(16)
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
Total		237

(Figueiredo, 2012)

Com a aplicação da referida escala, pode verificar-se que, no último ano a família teve que lidar com uma série de acontecimentos impactantes, como a morte de um familiar próximo (o primo e melhor amigo de A), o agravamento da síndrome demencial da B, a mudança da situação económica (pelo aumento das despesas com a SCMP), a alteração do número de discussões com o cônjuge (nos momentos de confusão e agitação psicomotora da B), a alteração dos hábitos pessoais (devido à dependência da B no autocuidado), a mudança de atividades sociais (uma vez que, sem o primo o A recusa-se a ir ao café) e ainda com a mudança nos hábitos de sono (passaram a dormir em camas separadas e, por vezes, a B tem períodos de agitação durante a noite). Obteve-se, deste modo, um total de 237 pontos, que representa uma probabilidade de 50% de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica.

De facto, o A começou a apresentar sintomatologia depressiva em junho do presente ano, para a qual poderão ter contribuído esta série de acontecimentos com os quais a família teve que lidar durante o último ano.

Deste modo, depois de concluída a avaliação minuciosa da família nas suas várias dimensões, o enfermeiro em conjunto com a família, estão na posse da informação pertinente para determinar se a intervenção é ou não necessária.

Nesta situação em concreto, decidiu-se com a família continuar o trabalho desenvolvido e avançar para a intervenção com a mesma, com base no Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) que é apresentado no próximo capítulo.

3 – MODELO CALGARY DE INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA (MCIF)

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) está associado ao MCAF, sendo o primeiro modelo de intervenção na família que surgiu no âmbito da enfermagem. O MCIF é um modelo que se baseia nos pontos fortes da família e que é orientado à resiliência da mesma, deixando de parte o foco das avaliações com base nos déficits ou disfunções (Wright & Leahey, 2011).

De facto, focar-se e trabalhar com as forças, ao invés dos problemas e déficits é uma ideia que tem vindo a ser desenvolvida em várias áreas, nomeadamente na enfermagem, trazendo esperança e sentimento de *empowerment* à vida das pessoas (Gottlieb, 2016).

O Cuidar Baseado nas Forças (SBC) representa uma nova forma de pensamento em enfermagem, que considera os aspetos positivos, o que é melhor, aquilo que funciona e as áreas que demonstram potencial. Esta perspetiva não significa ignorar os problemas, fingir que os déficits não existem, ou descurar as fraquezas. Ao invés disso, debruça-se sobre o uso das forças no sentido de contrabalançar, conter ou minimizar os pontos fracos e permitir que o que está bem funcione eficazmente (Gottlieb, 2016).

O MCIF consiste numa estrutura organizadora, no sentido de conceituar a interseção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro, sendo que o MCIF enfoca a promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento familiar eficaz ao nível dos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, tendo em conta que a alteração num domínio pode afetar ou outros (Wright & Leahey, 2011).

Wright e Leahey (2011) defendem que os enfermeiros apenas podem oferecer intervenções à família, ao invés de instruir, dirigir, exigir ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar. Se a família dará espaço ou não para a intervenção, dependerá da sua constituição genética, da história de interações entre os seus membros e da influência do relacionamento entre enfermeiro e família.

Em suma, o MCIF não consiste numa lista de intervenções de enfermagem ou de funcionamentos familiares, mas ajuda a determinar o domínio do funcionamento familiar que predominantemente necessita de mudança e a intervenção mais adequada para efetuar a mudança naquele domínio.

Uma das intervenções de enfermagem mais simples e poderosa para as famílias é o uso de perguntas de intervenção, tendo em conta que o conhecimento de quando, como e com que finalidade se propõem as perguntas, é mais importante que a simples escolha de um tipo de pergunta em relação à outra.

Segundo Tomm (1987,1988, as cited in Gottlieb 2016) as perguntas de intervenção podem ser lineares ou circulares, sendo que as lineares se destinam a informar o enfermeiro, enquanto as circulares se destinam a efetuar a mudança. As perguntas lineares são investigativas sendo, quase sempre, usadas para dar início à reunião por forma a obter informações sobre os problemas familiares, enquanto as perguntas circulares revelam a compreensão da família sobre os mesmos, visando facilitar a mudança comportamental.

A circularidade envolve o ciclo de perguntas e respostas entre a família e o enfermeiro durante a entrevista e as perguntas de intervenção podem ser um convite para que os membros da família encarem os seus problemas de outra forma, e em seguida, encontrem novas soluções (Wright & Leahey, 2011).

Durante as entrevistas semiestruturadas realizadas com a família recorreu-se, numa fase inicial, ao uso de perguntas lineares e seguidamente, com o desenrolar da entrevista e nas entrevistas subsequentes, maioritariamente ao uso de perguntas circulares, procurando a reflexão e hipotetização sobre novas formas de funcionamento familiar. Especificamente a respeito dos momentos de agitação e confusão da B e, respetiva reação do A, procurou-se explorar novas visões do problema, como por exemplo: “Como acha que a sua esposa se sente quando se exalta com ela, por estar agitada e confusa?” “E se experimentasse a não teimar com a sua esposa nesses momentos, tentando apenas tranquilizá-la dizendo que está aqui com ela e que está tudo bem? Como acha que ela reagiria? E o senhor, acha que se sentiria da mesma forma?”

As intervenções propostas no sentido promover mudanças ao nível dos diferentes domínios apresentam-se detalhadamente nos subcapítulos seguintes e foram elaboradas de acordo com o MCIF. No entanto, de modo a esquematizar o processo de enfermagem à família, foram identificados os pontos fortes e problemas mais relevantes para a mesma nas várias dimensões, encontrando-se o plano de cuidados com as intervenções implementadas com a família, representado no quadro 5.

Quadro 5 – Plano de cuidados de enfermagem à família segundo o MCIF

Dimensão	Pontos Fortes e Problemas Identificados	Intervenções propostas no sentido de gerar mudanças nos vários domínios
Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um vínculo muito forte e limites claros, permeáveis e flexíveis ao nível do subsistema conjugal (Estrutura interna) - Existência de um vínculo muito forte ao nível da estrutura externa com a sobrinha C - Precaução de segurança não demonstrada devido à existência de barreira arquitetónica (3 degraus) no acesso ao exterior da habitação - Forte presença da religião na família nuclear, rezando as orações que conhecem diariamente. No entanto a B nem sempre se lembra delas completamente 	<p>Domínio cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elogiar a competência e os pontos fortes da família no sentido de criar um contexto para a mudança, promovendo o seu empoderamento na descoberta das soluções para os seus problemas; - Elogiar o forte vínculo com a sobrinha, a vontade e disponibilidade da mesma em colaborar na prestação de cuidados e a vantagem em residir próximo do casal. <p>- Informar sobre o risco de acidente/queda associado à utilização de degraus por pessoas com mobilidade reduzida;</p> <p>- Ensinar a família sobre medidas de segurança;</p> <p>- Informar e motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, nomeadamente através da construção de rampa de acesso ao exterior da habitação.</p> <p>- Ensinar o prestador de cuidados a estimular a memória a curto prazo e a cognição;</p> <p>Domínio comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a expressão de crenças; - Propor ao casal que aproveite o ritual diário de oração para o fazer em conjunto e em voz alta, no sentido de a B relembrar as partes já esquecidas e assim conseguir rezá-las por completo.
De desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Declínio das capacidades motoras de A (associado à etapa de vida) e das capacidades cognitivas e motoras de B (associado à idade e agravado pelo processo de demência) - Satisfação conjugal não mantida, associada com a não satisfação com o padrão de comunicação do casal (nos períodos de agitação e confusão mental da B), apesar de apresentarem forte ligação e demonstrações espontâneas de carinho e afeto mútuos fora desses períodos 	<p>Domínio cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação; - Informar o A sobre o processo de desenvolvimento da demência no sentido de o capacitar para lidar com os períodos de confusão e agitação psicomotora da esposa. <p>Domínio afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar e normalizar as respostas emocionais do casal, face à dificuldade em lidar com os períodos de tensão provocados pelas crises associadas à síndrome demencial; - Incentivar a comunicação de emoções. <p>Domínio cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elogiar a forte ligação, cumplicidade e união entre os elementos do casal; - Ensinar o prestador de cuidados sobre comunicação durante os períodos de confusão e agitação psicomotora da B.
Funcional (Funcionamento Instrumental)	<ul style="list-style-type: none"> - Dependência da B no autocuidado, recorrendo ao marido, sobrinha e apoio domiciliário da SCMP para a prestação de cuidados - Papel de Prestador de cuidados não adequado, relacionado com o risco de saturação do papel por parte do A e da C - Ausência de atividades de autocuidado recreativas e de lazer pelos elementos da família nuclear e sobrinha C 	<p>Domínio comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os cuidadores (A e C) a apoiarem-se mutuamente na prestação de cuidados; - Incentivar o apoio/suporte da família; - Sugerir o envolvimento da D e da E na colaboração, quer nas tarefas domésticas quer na prestação de cuidados. <p>- Sugerir à C recorrer à disponibilidade e vontade da D e da E em colaborar durante o fim-de-semana de modo que, ela própria possa dispor de momentos para descansar e estar com a sua família nuclear, minimizando o risco de saturação do papel;</p> <p>- Encorajar a interação de papéis;</p> <p>- Sugerir atividades que o A poderia realizar nos dias em que a C estivesse de folga e assegurasse a prestação de cuidados, nomeadamente visitar os irmãos.</p>
Funcional (Funcionamento expressivo)	<p>Processo familiar disfuncional relacionado com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação emocional e comunicação circular não eficaz (nos períodos de agitação e confusão mental da B) 	<p>Domínio afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a partilha da experiência de cada um sobre o impacto da doença nas suas vidas e na dinâmica familiar, permitindo que todos compreendam a experiência de cada um e se compreendam e apoiem mutuamente - Encorajar a expressão de medos e preocupações <p>Domínio comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar o prestador de cuidados para o recurso a estratégias adaptativas de resolução de problemas (<i> coping </i>).

3.1 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO COGNITIVO

Geralmente as intervenções dirigidas ao domínio cognitivo do funcionamento familiar são aquelas que oferecem novas ideias, crenças, opiniões ou informações sobre um problema ou risco de saúde específico. Neste sentido, o objetivo é mudar o modo de ver da família e o que percebe como seus problemas de saúde, para que os membros possam descobrir novas soluções para esses mesmos problemas (Wright & Leahey, 2011).

Ao elogiar a competência e os pontos fortes da família, e oferecer uma nova opinião sobre si mesma, cria-se um contexto para a mudança, permitindo o empoderamento da família na descoberta das soluções para os seus problemas. Neste sentido, procurou-se elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros, realçando os aspetos que funcionam bem na família.

Realçou-se a forte ligação, cumplicidade e união entre os elementos do casal, a boa comunicação entre ambos e o hábito de pedir desculpa, quando percebem que “magoam” o outro. Realçou-se ainda o forte vínculo com a sobrinha, a vontade e disponibilidade da mesma em colaborar na prestação de cuidados e a vantagem em residir próximo do casal.

Devido à existência de barreira arquitetónica (3 degraus) no acesso ao exterior da habitação, ensinou-se a família sobre medidas de segurança e prevenção de acidentes. Neste sentido, informaram-se os cuidadores sobre o risco de acidente/queda associado à utilização de degraus por pessoas com mobilidade reduzida e explicaram-se estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas existentes, nomeadamente através da construção de rampa de acesso ao exterior.

Procurou-se, ainda, ensinar o prestador de cuidados sobre a adaptação à situação e sobre estratégias de comunicação durante os períodos tensão, bem como fornecer informações no sentido de o informar sobre o processo de desenvolvimento de demência e capacitá-lo para lidar com os períodos de confusão e agitação psicomotora da esposa.

Aquando da última entrevista com a família, realizada até ao momento, verificou-se esta intervenção já começou a produzir mudanças no comportamento de A, sendo que este já consegue encarar os momentos de agitação e desorientação da esposa com mais facilidade, não se exaltando nem teimando com ela, conseguindo controlar a sua tensão durante esses períodos.

3.2 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO AFETIVO

As intervenções com vista ao domínio afetivo do funcionamento familiar destinam-se a reduzir ou aumentar emoções intensas que podem estar a bloquear as tentativas da família em solucionar os problemas (Wright & Leahey, 2011).

Neste sentido, revelou-se pertinente validar e normalizar as respostas emocionais do casal, face à dificuldade em lidar com os períodos de tensão provocados pelas crises associadas à síndrome demencial, tranquilizando-os e dando-lhes a esperança de que, a seu tempo, se ajustarão e aprenderão novas formas de lidar com a situação. Verificou-se útil perceberem que a forma como têm encarado a situação é comum numa fase inicial deste tipo de doença e que dispõe de uma equipa de saúde familiar capaz e disponível para colaborar com a família na resolução dos problemas com os quais se vai deparando.

Foi, ainda, durante as entrevistas realizadas, incentivada a comunicação de emoções e a partilha da experiência de cada um sobre o impacto da doença nas suas vidas e na dinâmica familiar, permitindo que todos compreendam a experiência de cada um e se compreendam e apoiem mutuamente.

Durante estes momentos, foi muito interessante observar que quando o A partilhava como tem sido a sua experiência de viver e cuidar do cônjuge com demência, a B tinha imediatamente necessidade de intervir para o “defender” e legitimar o seu comportamento nos períodos de agitação da mesma referindo “Oh enfermeira, ele não podia ser melhor para mim...”. Do mesmo modo, quando a B falou da sua experiência e em como se sente triste por ter esta doença e estes períodos de comportamento que não consegue controlar, o marido também interveio prontamente em sua defesa, para que esta não estivesse triste.

Wright & Leahey (2011) defendem que os enfermeiros podem intensificar o funcionamento familiar no domínio afetivo incentivando e ajudando os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos, pelo que as referidas intervenções se revelaram uma mais-valia neste âmbito.

3.3 – INTERVENÇÕES PARA MUDAR O DOMÍNIO COMPORTAMENTAL

As intervenções dirigidas ao domínio comportamental ajudam os membros da família a interagir e comportar-se de modo diferente na relação mútua (Wright & Leahey, 2011).

Neste sentido, incentivaram-se os cuidadores (A e C) a apoiarem-se mutuamente na prestação de cuidados e incentivou-se o apoio e suporte da família. Deste modo, sugeriu-se o envolvimento da D e da E na colaboração, quer nas tarefas domésticas quer na prestação de cuidados.

Encorajou-se a interação de papéis, pelo que se sugeriu à C que aproveitasse a disponibilidade e vontade da D e da E em colaborar durante o fim-de-semana de modo que, ela própria pudesse dispor de momentos para descansar e estar com a sua família nuclear, minimizando o risco de saturação do papel. Durante a última entrevista realizada até ao momento, sugeriu-se, inclusivamente, à C que aproveitasse um dia de fim de semana para ir à praia com a filha (I), a neta (M) e a sobrinha (N) e aproveitasse para descomprimir e “recarregar baterias”, aceitando a colaboração da D e da E no cuidado aos tios durante esse dia. Esta ideia foi recebida com muito agrado, referindo que ia mesmo fazer isso e que lhes iria “fazer bem”.

Sugeriram-se, ainda, algumas atividades que o A poderia realizar nos dias em que a C estivesse de folga e assegurasse a prestação de cuidados. Neste sentido, procurou-se perceber se haveria vontade para o A visitar os irmãos e perguntou-se se ele gostaria de o fazer (ao qual respondeu que “até gostaria”). Auscultou-se, com a ajuda da C, se haveria a possibilidade de um dos seus filhos levar o tio a visitar os irmãos, ao que ela respondeu que sim. Contudo, depois de se avaliarem as hipóteses e verificar que seria possível planear uma visita aos irmãos, o A respondeu que não queria e que não era, ainda, capaz de deixar a esposa em casa e sair para os visitar. Perante esta situação, concluiu-se que, pelo menos para já, o A não está preparado para este tipo de atividade, não excluindo a hipótese de o fazer noutra altura.

No que se refere aos rituais da família, ambos elementos do casal têm o hábito de rezar de manhã e à noite. Contudo, a B refere com tristeza que, por vezes, já não se consegue lembrar das orações por completo e reza apenas o que se lembra. Neste sentido, e dado a confissão religiosa de ambos ser a mesma, foi encorajada a expressão de crenças e, em simultâneo, ensinou-se o prestador de cuidados a estimular a cognição e a memória a curto prazo. Deste modo, foi proposto que aproveitassem o momento da oração para o fazerem em conjunto e

em voz alta, para que a B pudesse acompanhar toda a oração e relembrar as partes já esquecidas. Esta foi uma proposta muito bem recebida pelo casal que, prontamente e apesar de não ser a altura do dia habitual para as orações, começaram a proferi-las em conjunto, demonstrando e reforçando, mais uma vez, a forte ligação entre ambos.

Fomby (2004, as cited in Wright & Leahey, 2011) evidencia a importância do uso de rituais familiares para a promoção da saúde, cujos benefícios se traduzem em coesão entre os membros da família, senso de orgulho familiar, continuidade, compreensão, proximidade e amor, pelo que a sua prática deve ser incentivada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o culminar deste trabalho, considera-se que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados, sendo que a sua elaboração se revelou uma mais-valia na estruturação e concretização do processo de enfermagem à família com base no Modelo Calgary, permitindo refletir sobre a importância do uso de modelos na prática de enfermagem especializada em enfermagem de saúde familiar.

Apesar deste trabalho escrito estar a terminar, o trabalho com a família em estudo vai continuar a ser desenvolvido enquanto se considerar necessário por parte do enfermeiro e/ou família, tendo consciência que, tal como referem Wright e Leahey (2011), à medida que os enfermeiros aprendem a participar ativamente e a fazer a avaliação minuciosa da família, identificando claramente os problemas e estabelecendo objetivos claros de tratamento, a conceituação, a escolha e a implementação de intervenções específicas para cada família, se tornam mais gratificantes e eficazes tendo sempre como objetivo final ajudar os membros da família a encontrar soluções e a reduzir ou aliviar os sofrimentos emocional, físico e espiritual.

Considera-se, deste modo, que este trabalho com a família se revelou extremamente enriquecedor enquanto pessoa e, fundamentalmente, enquanto futura EEECESF, proporcionando a aquisição de competências específicas da prática especializada de enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. (1ª ed.). Quarteto.
- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. (1ª ed.). Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). Lusociência.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Silva, M., Sá, L. & Marques, G. (2019). Impacto do Transtorno Neurocognitivo na Família: Scoping Review. *Rev Paul Enferm [Internet]*. (30). 1-14. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2019v30a4>
- Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.) Editora Roca.

APÊNDICE II - *Powerpoint* da sessão realizada à equipa de enfermagem sobre a aplicação do
MDAIF na Enfermagem de Saúde Familiar



O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na Enfermagem de Saúde Familiar

PLANO DE SESSÃO

Data: 01 junho 2022

Tema: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

Preletor : Eunice Gil

Local: Sala de reuniões da USF Alviela – ACES Lezíria

Destinatários: Equipa de Enfermagem da USF Alviela

Duração: 25 min

Objetivo: Dar a conhecer o MDAIF, a sua aplicação na prática de enfermagem de saúde familiar e respetivo registo em Clínico.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização da importância do MDAIF para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	5 min
Desenvolvimento	Apresentação sucinta da aplicação do modelo e respetivo registo em Clínico	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	15 minutos
Conclusão	Síntese e esclarecimento de dúvidas	Expositivo interativo	Recursos materiais: • PowerPoint	5 min



Enfermeiro de Família

- ▶ O **Decreto-Lei n.º118/2014**, de 5 de Agosto, define o enfermeiro de família 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».
- ▶ O **enfermeiro de família**, na sua área de intervenção, **cuida da família como unidade de cuidados** e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis.

(Decreto-Lei n.º118/2014, 2014)



Regulamento de Competências Específicas do Enf. Especialista em Enf. Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

- ▶ **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.**

Promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

- ▶ **Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.**

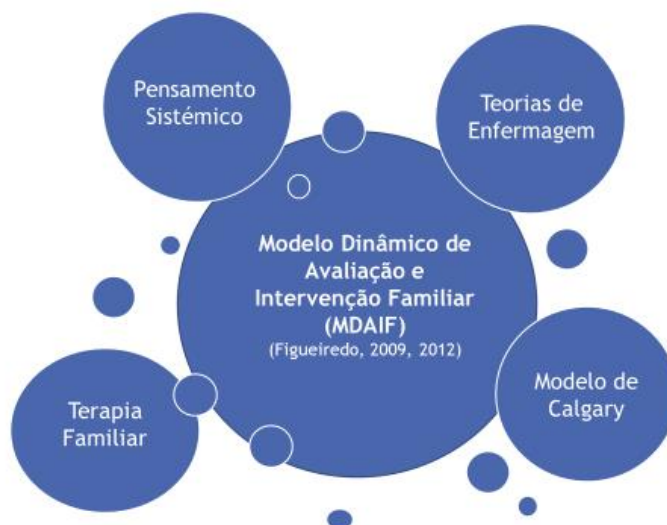
Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

(Regulamento n.º428/2018, 2018)

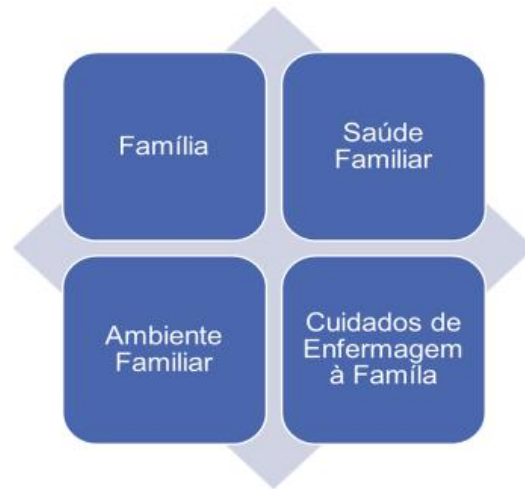


Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

(Figueiredo, 2012)



MDAIF - Conceitos:



MDAIF – Conceitos:

1. Família

- ▶ **Autodeterminação** e vínculos afetivos;
- ▶ Características de globalidade/totalidade, equifinalidade e auto-organização;
- ▶ **Sistema autopoietico co-evolutivo**;
- ▶ É todo e partes ao mesmo tempo (mais do que e diferente da soma das partes);
- ▶ Qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.



MDAIF – Conceitos:

2. Saúde Familiar

- ▶ Estado subjetivo, associado à **maximização do potencial de saúde da família**;
- ▶ **Ajustamento co-evolutivo** face às transições familiares;
- ▶ Engloba a saúde de cada membro e o funcionamento familiar, influenciando-se mutuamente.

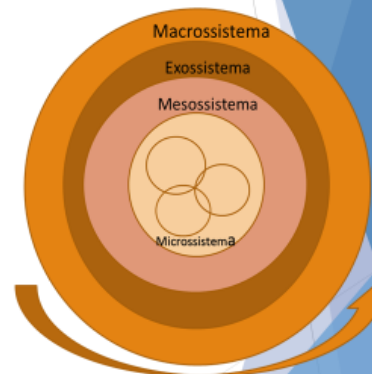


MDAIF – Conceitos:

3. Ambiente Familiar

Engloba diferentes níveis estruturais interdependentes:

- ▶ **Microssistema**: contexto imediato de interações entre os membros da família;
- ▶ **Mesosistema**: rede social da família (família de origem, vizinhos, grupos de amigos, trabalho e rede comunitária);
- ▶ **Exossistema**: interage com o Mesossistema e pode nele causar influência direta e no microssistema (instituições de saúde, profissionais e de educação);
- ▶ **Macrossistema**: nível mais amplo do sistema (cultura, sociedade);
- ▶ **Cronossistema**: presente em todos os níveis, relaciona-se com a dimensão temporal.



MDAIF – Conceitos:

4. Cuidados de Enfermagem à Família

- ▶ Processo de cuidados desenvolvido **colaborativamente com a família**;
- ▶ Pretendem **capacitar a família** a partir da maximização do seu **potencial de saúde**;
- ▶ Dirigidos ao **fortalecimento da família** face aos seus projetos de vida, mobilizando recursos internos e externos promotores de novas formas de interação que fortaleçam a saúde e autonomia da família.



- ▶ O **sistema familiar** é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam na família como um todo e nos seus membros individualmente;

Os cuidados de enfermagem:

- ▶ Enfatizam as interações entre os membros da família e entre esta e o ambiente, com enfoque nas competências co-construídas pelos processos vivenciados;
- ▶ Centram-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, numa abordagem colaborativa caracterizada pela co-evolução processual.



Para uma **avaliação** eficaz deve ser estimulada a participação da família, realçando-se a importância do conhecimento da percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família;

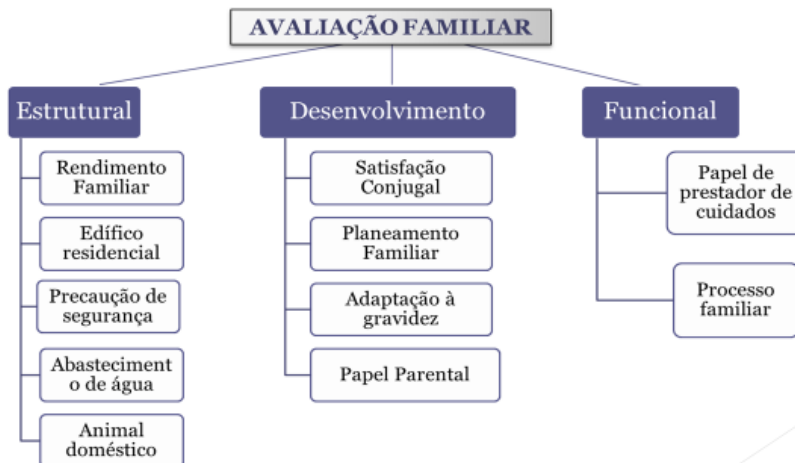
O enfermeiro promove o comprometimento da família com os **objetivos** estabelecidos com base no **processo de negociação**, incentivando os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudança;

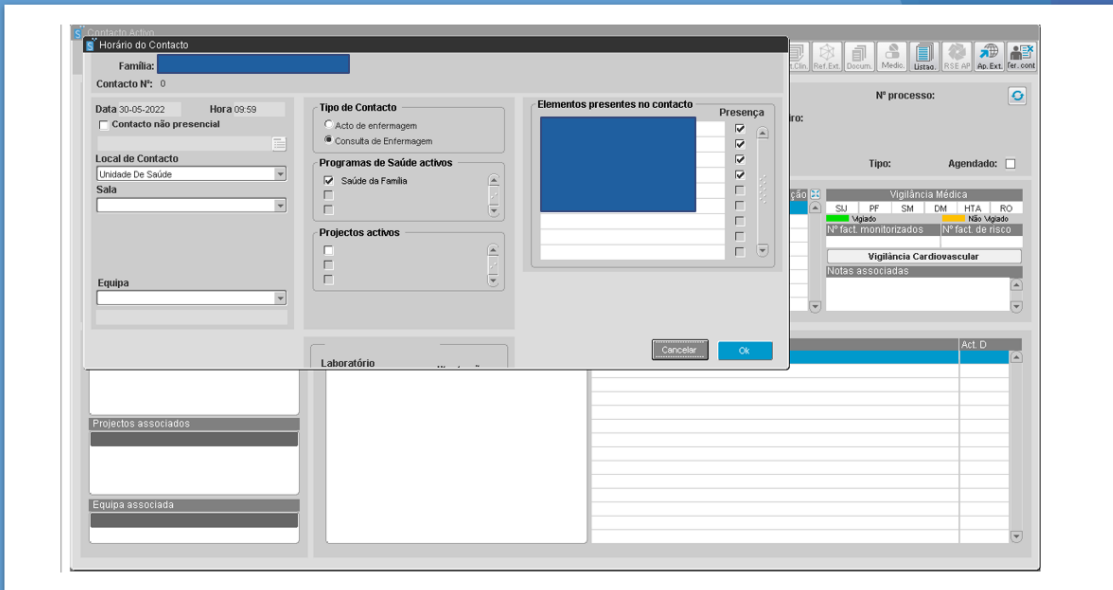
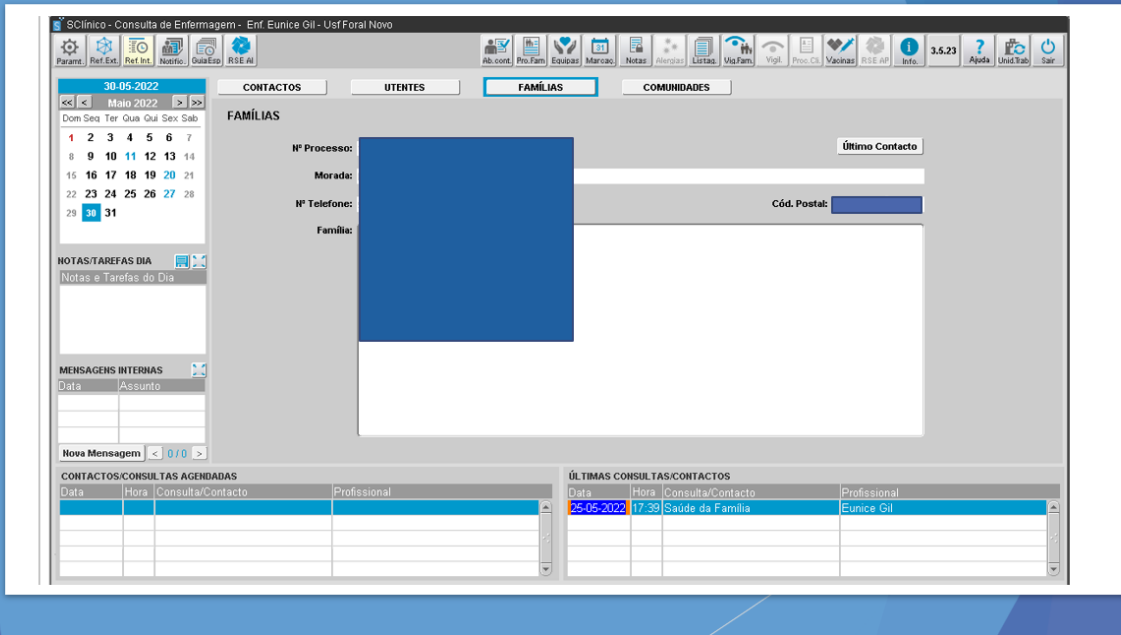
A **intervenção familiar** pressupõe neutralidade, circularidade e hipotetização como princípios fundamentais do processo de cuidados;

O **resultado** traduz-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental.



MDAIF - MATRIZ OPERATIVA:

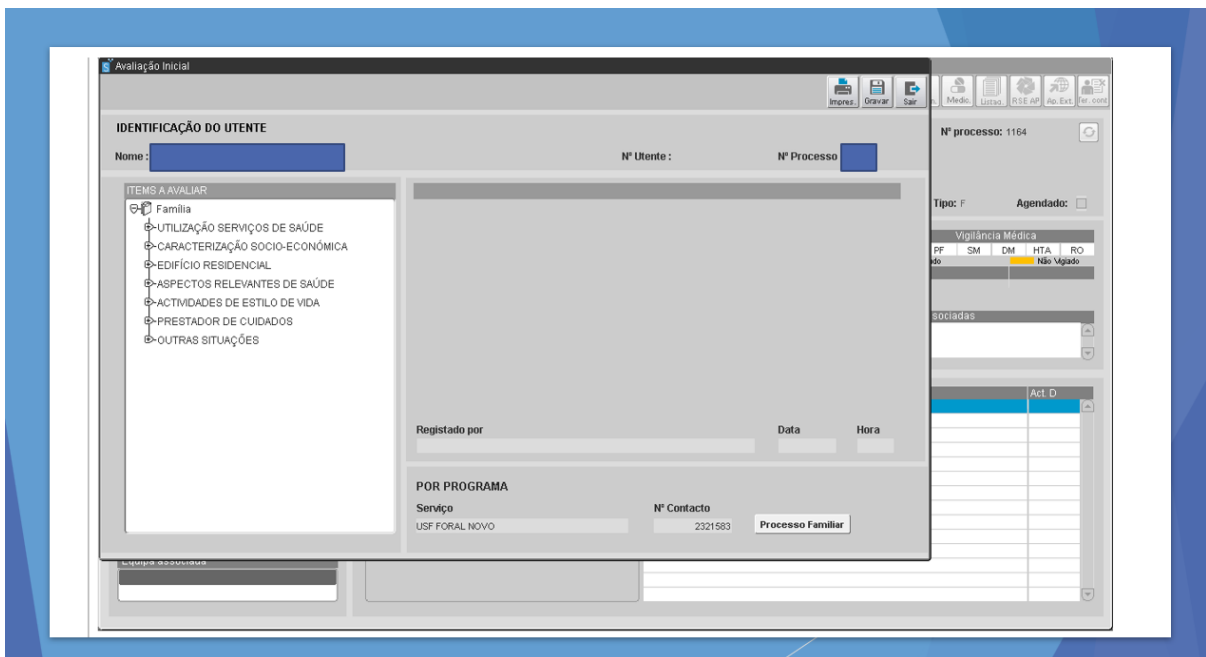
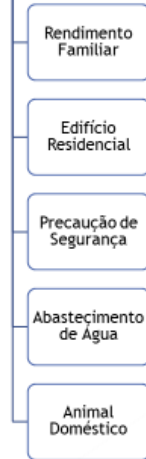




Dimensão Estrutural

- ▶ Composição Familiar
 - ▶ Genograma
- ▶ Tipo de família
- ▶ Família Extensa
- ▶ Sistemas mais amplos
 - ▶ Ecomapa
- ▶ Classe Social
 - ▶ Escala de Graffar adaptada
- ▶ Edifício residencial
- ▶ Sistema de abastecimento
- ▶ Ambiente biológico

Estrutural



Processo Familiar

Morada

Telefone

Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
		3	0	31
		10	3	15
		8	1	22
		8	3	11

Habitação

14-03-2022

Tipo de alojamento

- Alojamento móvel
- Apartamento
- Barraca/casebre
- Desconhecido
- Hotelpensão
- Instituição
- Morada
- Outro
- Quarto/parte de casa
- Sem alojamento

Regime de ocupação

- Arendada
- Cedida
- Desconhecido
- Outro
- Própria

Tipologia

- Desconhecido
- Não aplicável
- T0
- T1
- T2
- T3 ou mais

Estado geral de conservação

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Conforto

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Casa de banho

- Desconhecida
- Fora do alojamento
- Inexistente
- No alojamento

Acuminação

- Central
- Desconhecido
- Local
- Nenhum

Higiene

- Boa
- Desconhecida
- Má
- Razoável

Electricidade

- Desconhecido
- Não
- Sim

Água

- Desconhecido
- Não
- Sim

Distribuição

- Desconhecido
- Fontenário a - de 100m de casa
- Fontenário a + de 100m de casa
- Fora do alojamento
- No alojamento

Origem

- Desconhecida
- Particular
- Rede pública

Barreiras arquitetónicas

- Desconhecido
- Não
- Sim

No inferior

No exterior

Processo Familiar

Morada

Telefone

Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
		3	0	31
		10	3	15
		8	1	22
		8	3	11

Habitação

C. Duvall

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 escrivânios.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFR ADAPTADO)

GRANIS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 Itens	c/4 Itens	c/3 Itens	
1	- Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Mariscal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaço de máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ 9	4 ▲ 7	3	I CLASSE ALTA DATA: __/__/__
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior de duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ 13	8 ▲ 10	4 ▲ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA: __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 7) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ 17	11 ▲ 13	7 ▲ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 4) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militares de nível 1.	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ 21	14 ▲ 16	10 ▲ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ 25	17 ▲ 20	13 ▲ 15	V CLASSE BAIXA DATA: __/__/__

Processo Familiar

RUA: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
		3	0	31
		10	3	15
		8	1	22
		8	3	11

Habitação: Graffr, C. Duval, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

Unitária - Só 1 elemento
 Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
 Alargada - Avós, pais e filhos
 Reconstituída - Nova união após reformulação
 Nuclear - Casal com ou sem filhos
 Outras

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZANTE
 Nome: [] N° Utilizante: [] N° Processo: []

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(o) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe e(o) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(o) do pai para tomar conta (ne)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para tomar conta (ne)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar co
- 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: 30-05-2021 Fim: 30-05-2022 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo

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

Especificações

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo

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

Início Termo Especificações

Registo da escala: abastecimento de água

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZANTE
 Nome: [] Idade: [] N° Utilizante: [] N° Processo: []

abastecimento de água Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

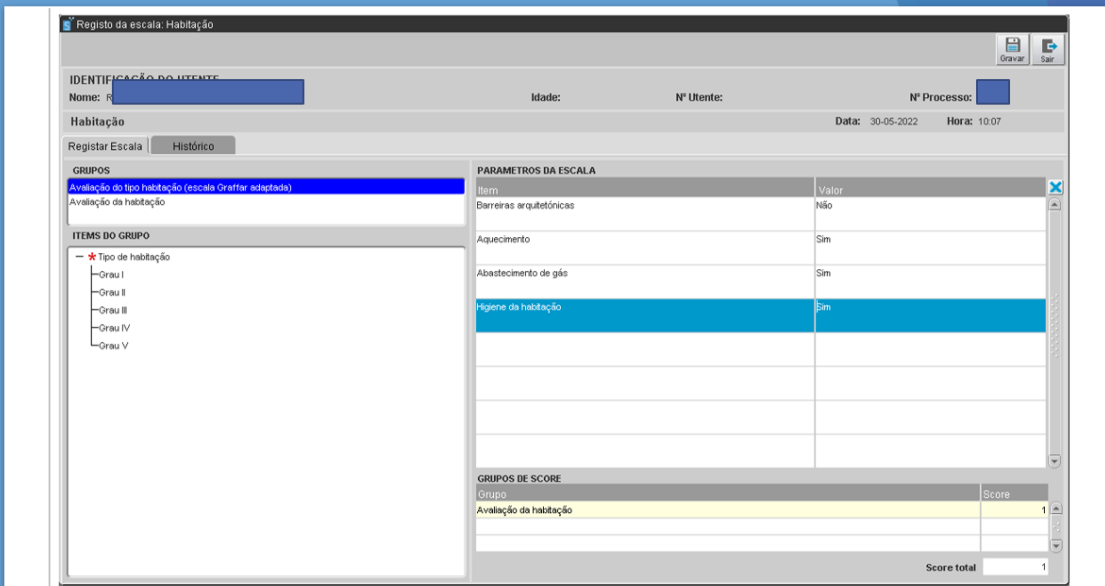
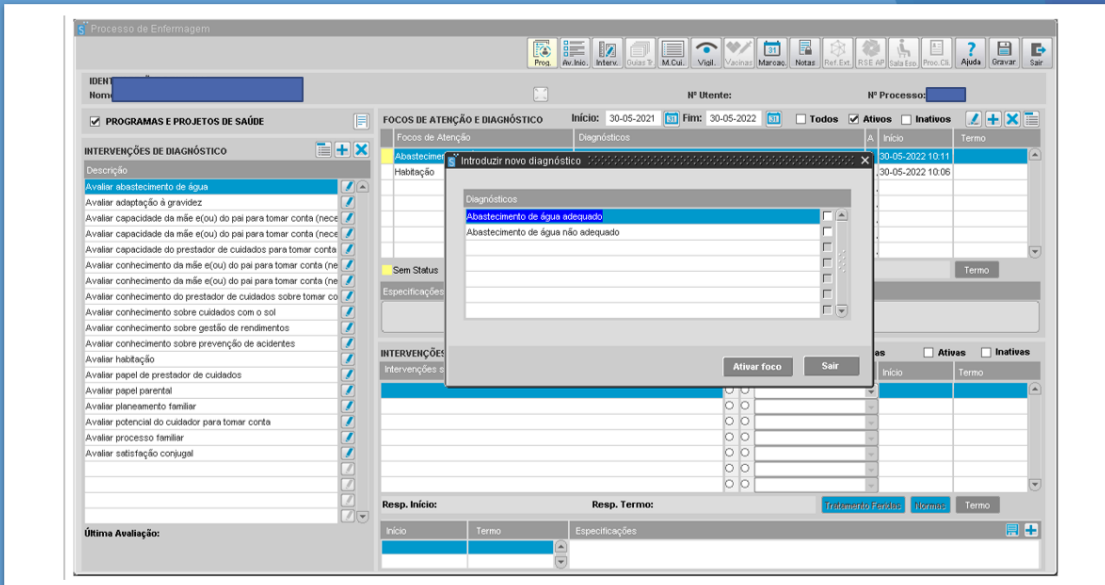
ITEMS DO GRUPO

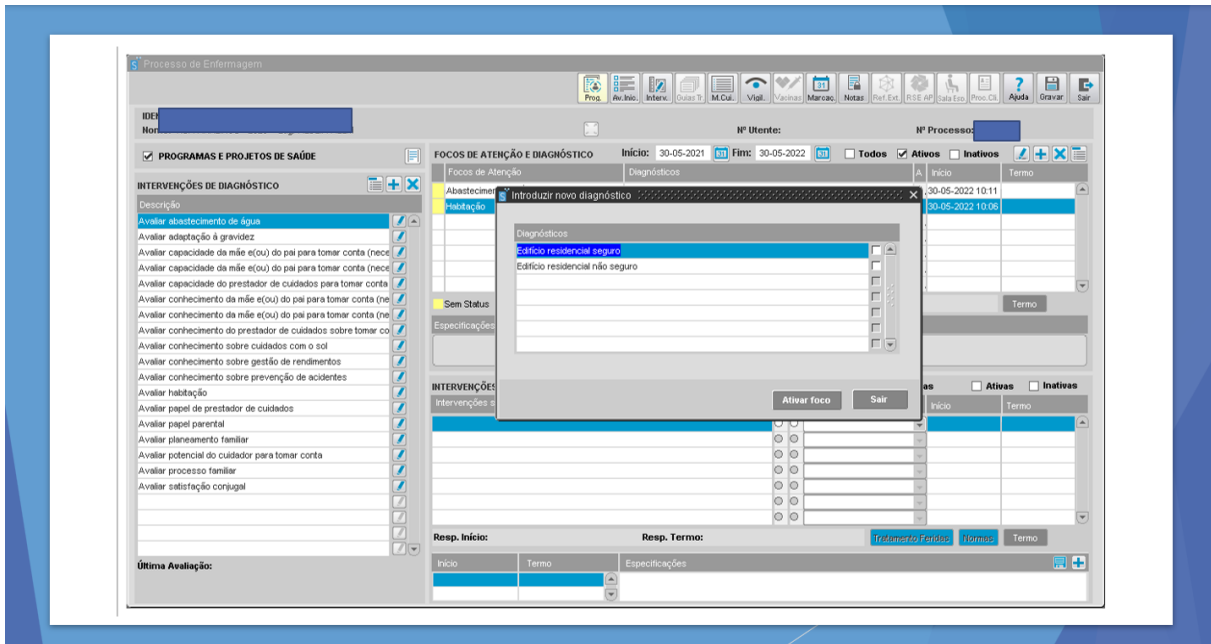
- * Tipo de abastecimento de água para consumo
 - Não tem
 - Rede privada
 - Rede mista
 - Rede pública
- * Controlo de qualidade de água na rede privada
 - Não
 - Sim
- Serviços de tratamento de resíduos
 - Não tem
 - Fossa séptica
 - Rede pública

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total





Dimensão de Desenvolvimento

- ▶ Etapa do Ciclo Vital Familiar (Duvall, Relvas, etc.)
- ▶ **Satisfação Conjugal**
 - ▶ Relação Dinâmica
 - ▶ Comunicação
 - ▶ Interação Sexual
 - ▶ Função Sexual
- ▶ **Planeamento Familiar**
 - ▶ Fertilidade
 - ▶ Conhecimento sobre Vigilância Pré-concepcional
 - ▶ Uso de Contracetivo
 - ▶ Conhecimento sobre Reprodução
- ▶ **Adaptação à Gravidez**
 - ▶ Conhecimento
 - ▶ Comunicação
 - ▶ Comportamentos de Adesão
- ▶ **Papel Parental**
 - ▶ Conhecimento do papel
 - ▶ Comportamentos de Adesão
 - ▶ Adaptação da Família à Escola
 - ▶ Consenso/Conflito/Saturação do Papel



Processo Familiar

Telefona

Médico Família	Enfermeiro Família	N°	Ano Ant	Rest
		3	0	31
		10	3	15
		8	1	22
		8	3	11

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

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

Processo de Enfermagem

PROGRAMAS: Registro de Intervenções do Tipo VIOIAR

INTERVENÇÕES DE:

- Avaliar abastecim
- Avaliar adaptação à
- Avaliar capacidade c
- Avaliar capacidade c
- Avaliar conhecimento
- Avaliar conhecimento
- Avaliar conhecimento
- Avaliar conhecimento
- Avaliar conhecimento
- Avaliar conhecimento
- Avaliar habilitação
- Avaliar papel de pro
- Avaliar papel parent**
- Avaliar planeamento
- Avaliar potencial do
- Avaliar processo fat
- Avaliar satisfação c

Selecionar sinais: Avaliar papel parental

Avaliar papel parental - sinais selecionados

- Com compromisso do papel parental
- Sem compromisso do papel parental

Notas a anexar à vigilância

Data: 30-05-2022 Hora: 11:03

Última Avaliação: Sem avaliação.

Dimensão Funcional

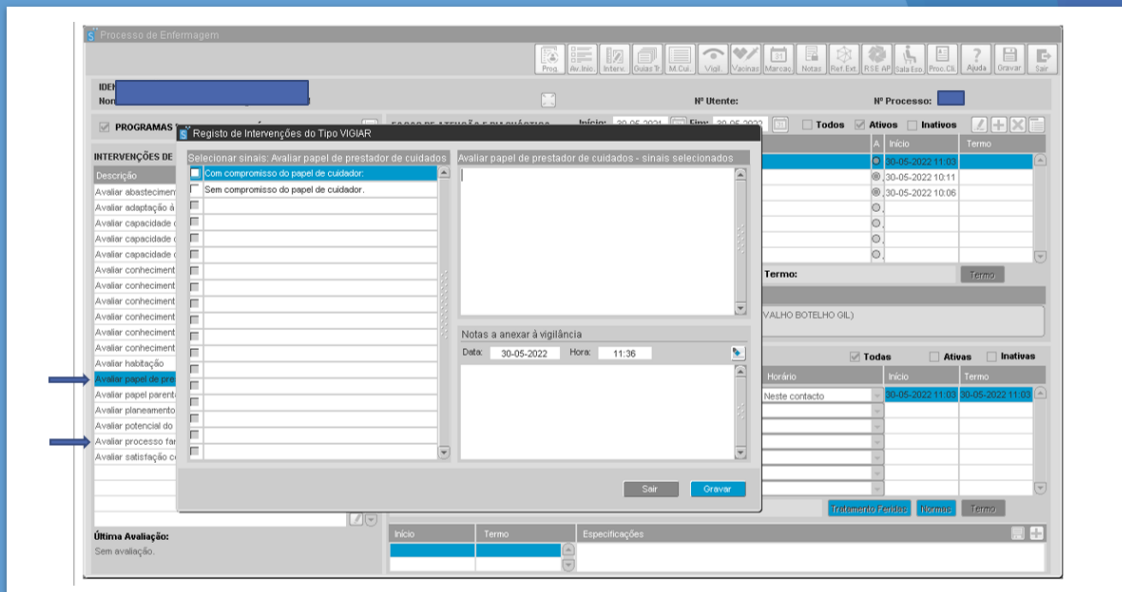
- ▶ **Papel de Prestador de Cuidados**
 - ▶ Conhecimento do Papel
 - ▶ Comportamentos de Adesão
 - ▶ Consenso/Conflitos/Saturação do Papel

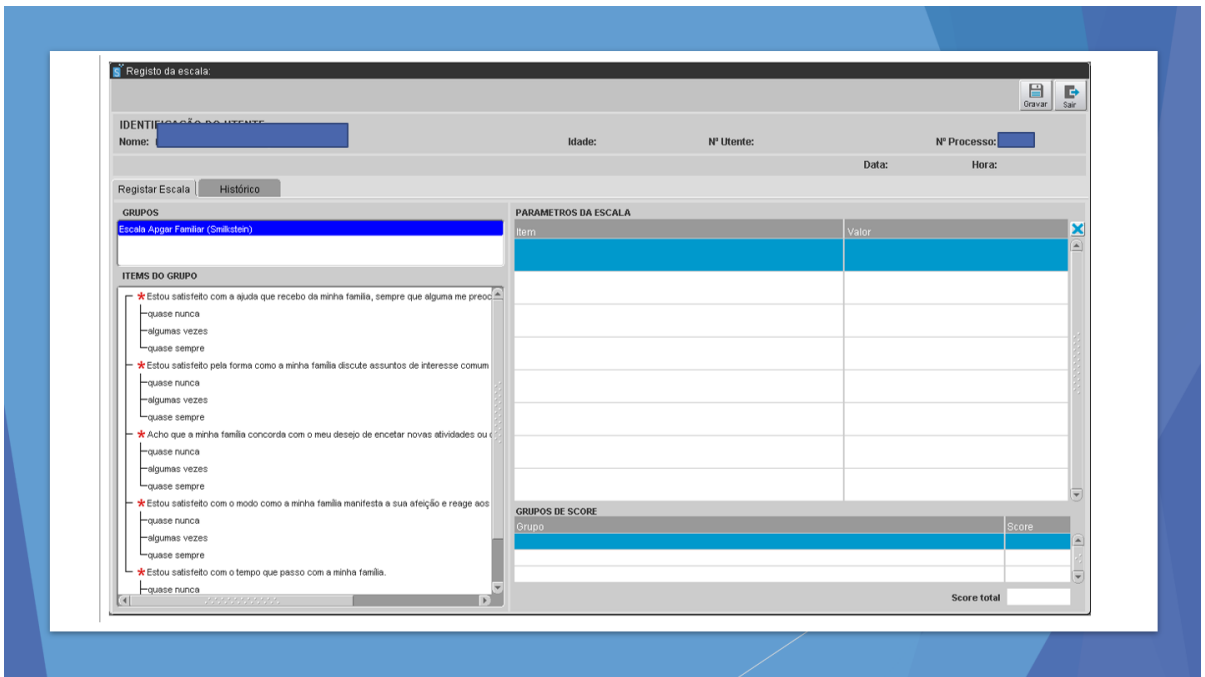
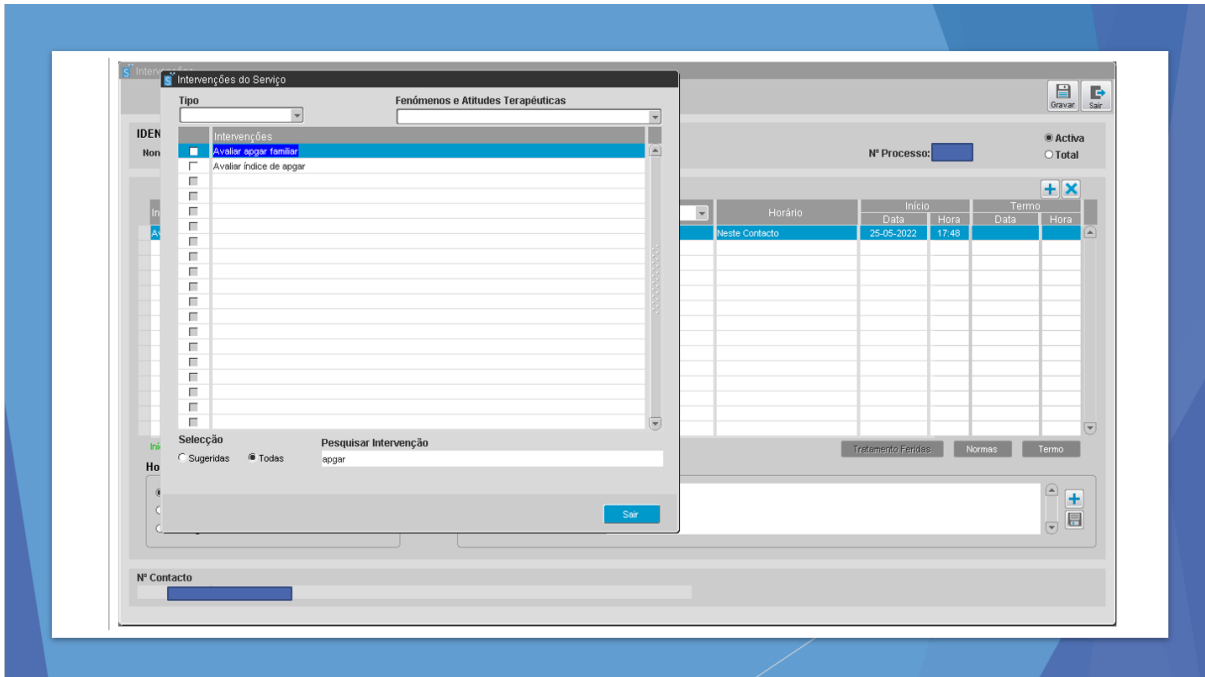
- ▶ **Processo Familiar** (Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe)
 - ▶ Comunicação Familiar
 - ▶ Coping Familiar
 - ▶ Interação de papéis familiares
 - ▶ Relação Dinâmica (Escala FACES II, APGAR Familiar de Smilkstein)
 - ▶ Crenças Familiares

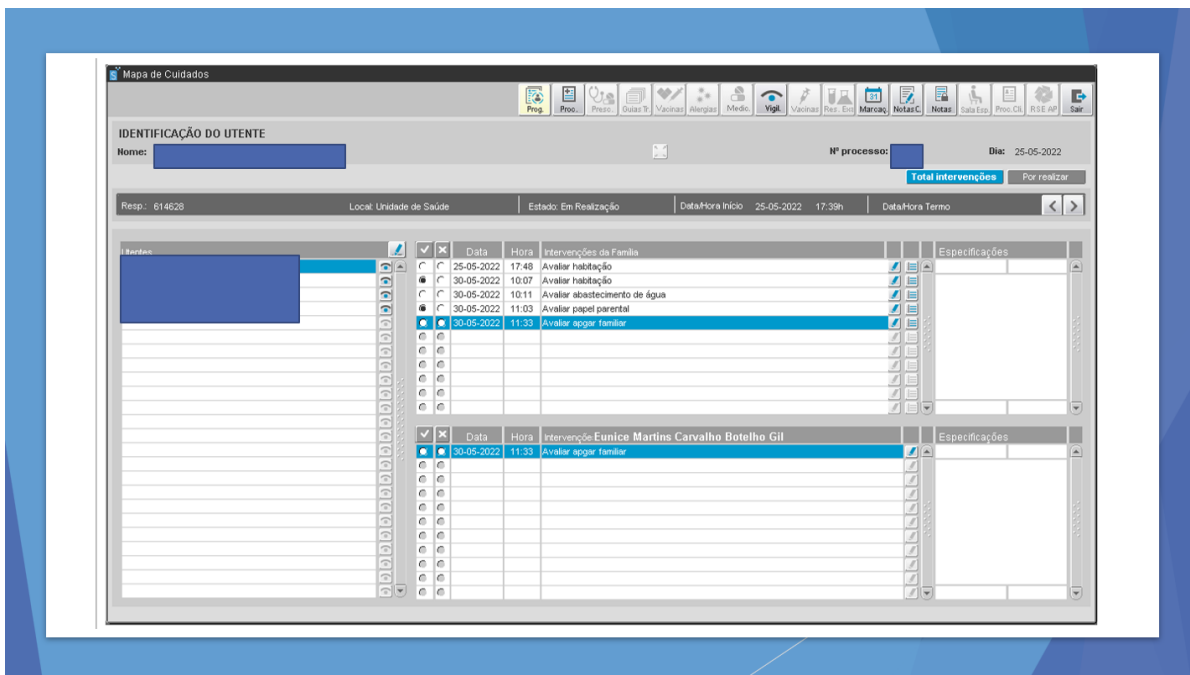
Funcional

Papel de Prestador de Cuidados

Processo Familiar







Referências Bibliográficas

- ▶ Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- ▶ Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I, n.º 149. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- ▶ Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

APÊNDICE III – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Diretor Executivo do
ACES Lezíria

Home Page do Microsoft Office x Correio - Eunice Martins Carval... x +

https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkADg1ODhOGMzLjJkZTctNGEyNS1hYjkwLTywODZIM2VlNzg1NAQAAXoVzcv3vAgrmBK905NPA%3D

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Outlook | Procurar | Chamada do Teams | Eunice Martins Ca... | E

Base Ver

Novo e-mail

Ver

Para: Hugo Miguel Garcia de Sousa | Diretor Executivo

seg, 26/09/2022 21:04

Parecer da comissão de ética... 451 KB

Formulário CE_UICISA_E_201... 472 KB

Projeto_CUIDARFAM 2022.pdf 582 KB

3 anexos (1 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Lezíria,
Enfermeiro Hugo Sousa

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil, Enfermeira a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria, encontrando-se a realizar Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final na USF Alviela (entre 6 de setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023), vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema "Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem".

O referido estudo tem como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade e surge no âmbito do Projeto: "CuidarFam" – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, com os seguintes objetivos:

- Conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

O presente estudo de investigação terá como população alvo os enfermeiros da USF Alviela e os enfermeiros da USF Foral Novo que concordem participar, assinando consentimento informado. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos com a aplicação dos questionários e assegurados os princípios éticos inerentes ao estudo, ao longo de todo o processo.

O projeto "CuidarFam" foi submetido a apreciação, tendo recebido parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

A possibilidade da realização do referido estudo foi validada com a enfermeira orientadora (enfermeira Joana Pereira) e com a enfermeira Ana Santos, sendo que a equipa da USF Alviela concorda com a realização do mesmo, se autorizado pelo Exmo. Sr. Diretor Executivo.

No sentido de aumentar a amostra, foi ainda sugerido pelo professor orientador que o estudo fosse também realizado aos enfermeiros da unidade onde trabalha (USF Foral Novo), pelo que estende o pedido de autorização para a aplicação também nessa unidade.

Em anexo envia o projeto com o questionário a aplicar, o pedido de apreciação à Comissão de Ética e o respetivo parecer positivo.

Agradece antecipadamente toda a atenção dispensada.

Pede deferimento,
Eunice Martins Carvalho Botelho Gil

Com os melhores cumprimentos,
Eunice Gil

Eunice Gil
USF Foral Novo | Enfermeira

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA LEZÍRIA | ARSLVT, L.P.
USF FORAL NOVO

Rua da Saúde, n.º 129
2025-037, ALCANDE PORTUGAL

TEL: +351 243 409110

eunice.gil@arslvt.mln.saude.pt

OneDrive - Pessoal Atualizado

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

arslvt

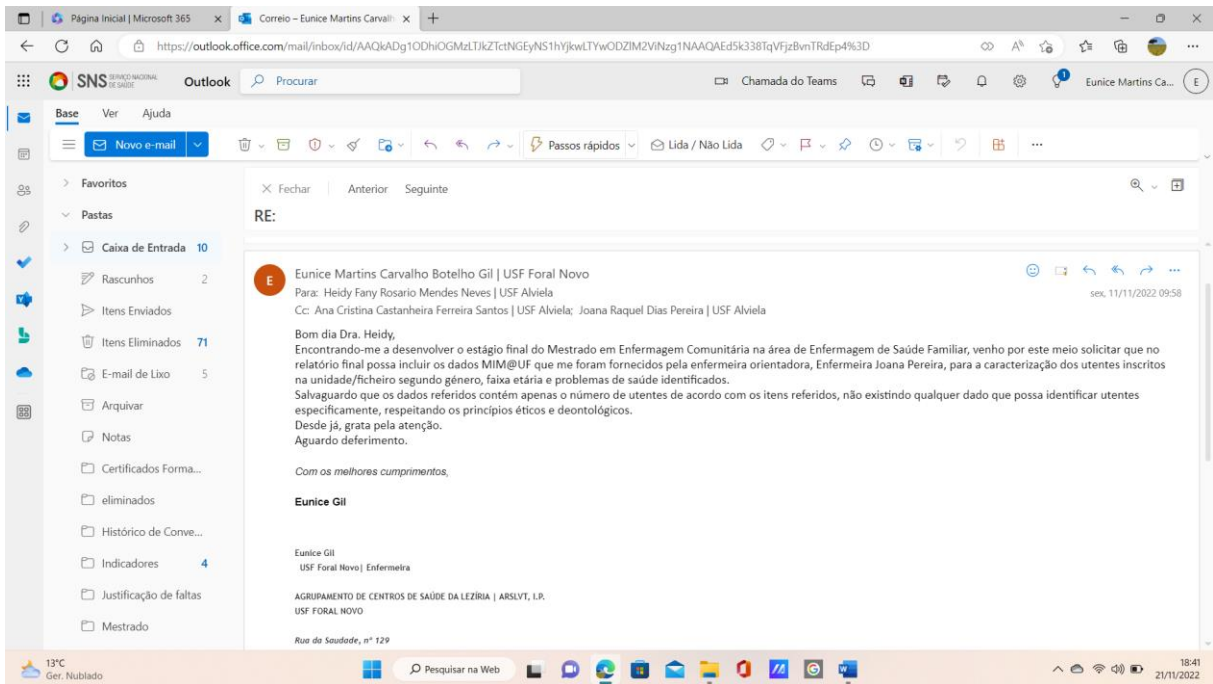
DISTÂNCIA

MÁSCARA

MÃOS

CUIDAR DE SI É CUIDAR DE TODOS.

APÊNDICE IV – PEDIDO PARA A APRESENTAÇÃO DE DADOS MIM@UF NO RELATÓRIO



APÊNDICE V – Declaração de Consentimento

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Sr.(a)

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil, enfermeira e estudante do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, estando a desenvolver um estudo intitulado “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”, no âmbito do projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, sob orientação do professor Doutor João Frade, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação a desenvolver, tendo como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados. Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes distintas: a primeira parte contempla oito questões, onde se pretende colher dados de caracterização da amostra e das variáveis independentes, relevantes para o estudo; a segunda parte é constituída pela escala IFCE-AE: “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa por Barbiéri et al (2009).

A sua participação é absolutamente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem ter de apresentar justificação e sem que tal facto tenha consequências para si.

É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e confidencialidade, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste estudo. Os questionários, após serem preenchidos, serão lançados numa base de dados, codificados de forma que não seja possível identificar os participantes, sendo destruídos imediatamente após a sua introdução na referida base de dados.

Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais, pelo que a sua resposta pessoal e sincera é muito importante.

Ao responder às questões, está a consentir a sua participação, garantindo que compreendeu tudo o que lhe foi explicado anteriormente.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil
ebotelhoail@gmail.com, tel.: 936957566



Assinado por: Eunice Martins
Carvalho Botelho Gil
Identificação: B112199156
Data: 2022-11-27 às 22:15:13

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui convidado(a) a participar no estudo intitulado “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”, no âmbito do projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, tendo como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações relativas ao estudo, condições, vantagens e riscos em participar no mesmo.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo e os métodos a utilizar.

Particparei, através da resposta a um questionário com o objetivo de caracterizar as atitudes dos enfermeiros, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Tenho conhecimento de que os dados obtidos, e por mim respondidos, serão usados exclusivamente para a realização deste estudo e que os questionários, após o preenchimento, serão lançados numa base de dados, codificados de forma que não seja possível identificar os participantes, sendo destruídos imediatamente após a sua introdução na referida base de dados.

Foi-me garantido que a minha participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e confidencialidade.

Reconheço que não terei qualquer encargo económico, não receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido estudo.

Declaro, ainda, que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Fui informado(a) do nome e contacto da investigadora.

Para o efeito declaro que aceito / não aceito (**riscar o que não interessa**) colaborar nesta investigação

Data: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____



APÊNDICE VI - Instrumento de Colheita de Dados

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Qual a sua idade? _____ (anos)

2. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 Solteiro(a)
 União de fato/ Casada
 Separada/Divorciada
 Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento
 Outro: _____

4. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista

- 4.1- Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 Enfermagem de Saúde Comunitária
 Enfermagem de Saúde Pública
 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Enfermagem de Reabilitação
 Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-cirúrgica

5. Qual o seu número de anos de exercício profissional? _____ (anos)

6. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem?
Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 Cuidados de Saúde Diferenciados
 Cuidados de Saúde Primários
 Lares

() Outro: _____

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

() **Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

() Contexto Académico () Formação Contínua () Outro: _____

() **Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

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

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

Muito obrigada pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

APÊNDICE VII – Registo em SClínico do Processo de Enfermagem à Família II

Habituação: Graffar, C.Duval, Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: 21-07-2022, 11-04-2018

Tipo de alojamento	Regime de ocupação	Estado geral de conservação	Casa de banho	Higiene	Água	Distribuição
Alojamento móvel	Arrendada	Bom	Desconhecida	Bom	Desconhecido	Desconhecido
Apartamento	Cedida	Desconhecido	Fora do alojamento	Desconhecida	Não	Fontenário a - de 100m de casa
Barraca/casebre	Desconhecido	Mau	Inexistente	Má	Sim	Fontenário a + de 100m de casa
Desconhecido	Outro	Razoável	No alojamento	Razoável		Fora do alojamento
Hotel/pensão	Própria					No alojamento
Instituição						
Moradia	Tipologia	Conforto	Aquecimento	Electricidade	Origem	
Outro	Desconhecido	Bom	Central	Desconhecido	Desconhecida	
Quarto/parte de casa	Não aplicável	Desconhecido	Desconhecido	Não	Particular	
Sem alojamento	T0	Mau	Local	Sim	Rede pública	
	T1	Razoável	Nenhum			
Salubridade da zona residencial	T2	Mobiliário e equipamento básico		Barreiras arquitectónicas		
Desconhecida	T3 ou mais	Desconhecido		Desconhecido	No interior	
Insalubre		Insuficiente		Não	No exterior	
Salubre		Suficiente		Sim		

Habituação: Graffar, C.Duval, Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

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

Classe Social MÉDIA

Habituação: Graffar, C.Duval, Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

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

Habituação: Graffar, C.Duval, Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

Unitária - Só 1 elemento
 Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
 Alargada - Avós, pais e filhos
 Reconstituída - Nova união após reformulação
 Nuclear - Casal com ou sem filhos
 Outras

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 21-07-2021 Fim: 21-07-2022 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	●	21-07-2022 12:37	

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- 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
- Avaliar coping

Última Avaliação: Sem avaliação.

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativos Inativos

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Avaliar processo familiar	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:37	21-07-2022 12:37
Incentivar o apoio / suporte da família	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Incentivar o envolvimento da família	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Negociar o processo familiar	●	●			
Orientar para a terapia familiar	●	●			
Otimizar comunicação	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:40	

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Fezidos Ver Registo Termos

Início	Termo	Especificações

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água**
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- 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
- Avaliar coping

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	●	21-07-2022 12:44	
Rendimentos	Conhecimento sobre gestão de rendimentos	●	21-07-2022 12:44	
Habitação	Conhecimento sobre habitação	●	21-07-2022 12:43	
Satisfação Conjugal	Sem satisfação conjugal comprometida	●	21-07-2022 12:42	
Papel Parental	Sem papel parental comprometido	●	21-07-2022 12:41	
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	●	21-07-2022 12:37	

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativos Inativos

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Avaliar processo familiar	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:37	21-07-2022 12:37
Incentivar o apoio / suporte da família	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Incentivar o envolvimento da família	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:39	
Negociar o processo familiar	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:45	
Orientar para a terapia familiar	●	●			
Otimizar comunicação	●	●	Neste contacto	21-07-2022 12:40	

Total in

Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Hora Início 21-07-2022 12:32h Data/Hora Term

	✓	✗	Data	Hora	Intervenções da Família		
	●	○	21-07-2022	12:36	Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	●	
	●	○	21-07-2022	12:37	Avaliar coping	●	
	●	○	21-07-2022	12:37	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	●	
	●	○	21-07-2022	12:37	Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	●	
	●	○	21-07-2022	12:37	Avaliar processo familiar	●	
	●	○	21-07-2022	12:46	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	●	
	●	○	21-07-2022	12:46	Incentivar o apoio / suporte da família	●	
	●	○	21-07-2022	12:46	Incentivar o envolvimento da família	●	
	●	○	21-07-2022	12:46	Otimizar processo familiar	●	
	●	○	21-07-2022	12:46	Otimizar comunicação	●	
	●	○	21-07-2022	12:41	Avaliar papel parental	●	

ANEXOS

ANEXO I – Projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

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

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

| Submetido para parecer e autorização das Instituições Parceiras

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM’

Domínio Científico: Ciências da Saúde

Descritores (MeSH)

Transição

Família

Cuidar

Enfermagem

Data do início do projeto: Janeiro de 2018

Data prevista do término: Final de 2026

Previsão de Instituições Envolvidas:

Escola Superior de Enfermagem do Porto (colaboraremos com eles no estudo de âmbito nacional através da nossa aplicação).

Escola Superior de Saúde de Leiria

ENQUADRAMENTO

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

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

O projeto está estruturado em seis fases:

Fase I: Revisão Sistemática da Literatura: A Revisão sistemática da literatura representa a utilização de método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários. Trata-se de um estudo secundário, observacional e retrospectivo.

Sob o ponto de vista metodológico, a presente fase consiste numa revisão da literatura, em que se procurará compilar estudos de forma sistemática, através da análise de trabalhos presentes nas bases de dados *SciELO*[®], e em todas as bases de dados que integram a *EBSCOhost*[®] (Medline, Cinhal, Cocharane, Health Technology Assessments, Mediclatina Psychology and Behavioral Sciences Collection) e a *Web of Science*[®] nos idiomas português, inglês e espanhol. Será ainda realizada pesquisa no *Google Scholar*[®], bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal[®] (RCAAP[®]). Através da questão de pesquisa elaborada com descritores por *PICO* foi definida que a população em estudo (*P*) são os enfermeiros, as intervenções (*I*) são os cuidados/intervenções de enfermagem, (*C*) a comparação dos resultados obtidos nos

diferentes estudos e os resultados esperados (O), as atitudes favorecedoras dos processos de transição por parte dos enfermeiros face às famílias.

A pesquisa será feita tendo por base os descritores definidos (MeSH ou caso não seja possível, utilizar palavras chave) e os artigos a selecionar têm por base os seguintes critérios de inclusão: artigos datados de um período pós-2005 (ou seja, com menos de dez anos); artigos cujo título contenha uma ou mais palavras dos nossos descritores em português, inglês ou espanhol; artigos que embora não incluindo as palavras anteriormente referidas, após a leitura do seu resumo/*abstract* apresentem potencial relevância para o trabalho em questão. Proceder-se-á leitura e avaliação crítica do estado da arte no domínio em estudo.

Para a realização desta fase deverá utilizar-se como referencial teórico o Modelo das Transições de Afaf Meleis (2000), o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e a taxonomia CIPE® (versão 2.0).

Fase II: (Re)validação do instrumento e sua aplicação: No presente projeto recorreremos a um instrumento de colheita de dados, composto por duas partes distintas (Anexo I). A primeira parte é relativa a dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte aplicaremos a *Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros* (Barbiéri, MC et al., 2009)¹.

Esta escala é uma adaptação da *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003. Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright e Leahey, 2009), e os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu

¹ Barbiéri, MC et al., (2009). *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Barbiéri, MC et al., 2009).

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Barbiéri, MC et al., 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou 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. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família.

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizada por Barbiéri, MC. et al., (2009). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduzem-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
Família: fardo	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em stresse.</p>

A consistência interna no estudo realizado por Barbiéri, MC et al., (2009), para validar a Escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach de cada uma das dimensões bem como da escala total. A consistência interna da escala total foi de $\alpha=0,87$, valor muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Barbiéri, MC et al., 2009).

O projeto aqui apresentado servirá de base à possibilidade de diferentes estudos, sejam estes de cariz descritivo ou de cariz correlacional. O mesmo será aplicado a enfermeiros portugueses e que aceitem participar voluntariamente na investigação, independentemente do seu contexto laboral.

Serão tidos em consideração todos os procedimentos éticos inerentes à realização e condução de uma investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes (Anexo I)

Fase III: Avaliação dos resultados, sua análise e discussão.

Fase IV: Elaboração do relatório final.

GOALS

1. Conhecer as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
2. Analisar as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
3. Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros/estudantes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base os objetivos definidos, temos as seguintes questões de investigação:

- Quais são as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados?
- Qual são as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados?
- Qual é a relação existente as atitudes dos enfermeiros/estudantes na abordagem à família e algumas características sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

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

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

POPULAÇÃO ALVO

O estudo será aplicado a enfermeiros independentemente do seu contexto laboral. Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população. Como critérios de inclusão definimos:

- Enfermeiros portugueses/Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou a desenvolverem a sua prestação de cuidados/ensino clínico em Portugal;
- Enfermeiros/Estudantes que concordem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

ENTIDADE PROMOTORA

O Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria é uma unidade de investigação multidisciplinar orientada para a investigação em Saúde. Na prossecução da sua ação, beneficia de uma grande diversidade de especializações e colaboração de investigadores de outras Instituições e Unidades de Investigação. Os objetivos do ciTechCare são:

- Promover, coordenar e apoiar projetos de investigação nas áreas definidas pelo conselho científico da unidade;
- Cooperar com outros grupos de investigação, instituições de prestação de cuidados de saúde, de ensino ou outras instituições;
- Promover o desenvolvimento da investigação científica e sua articulação com as dinâmicas de formação graduada e pós-graduada;
- Elaborar estudos e trabalhos orientados para as necessidades da comunidade;
- Difundir o conhecimento científico e tecnológico

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Coordenadores do Projeto de Investigação

- João Frade, PhD, MPH, RN, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

cITechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde- Protocolo de Investigação

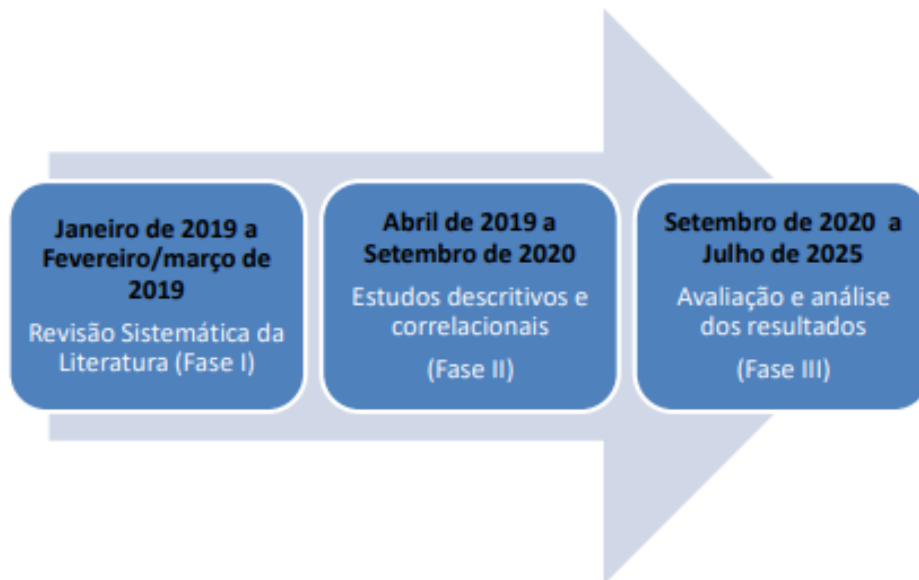
Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

- Carolina Miguel Graça Henriques, Pós-Doc, PhD, MsC, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, carolina.henriques@ipleiria.pt.

Equipa de Investigação

- Estudantes de enfermagem da formação pré (licenciatura) e pós graduada (mestrados).
- Outros docentes que venham a colaborar no projeto

CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

- Comunicação dos resultados, podendo estas utilizar os resultados do estudo para os fins que se entenderem convenientes;
- Comunicação dos resultados em congressos nacionais e internacionais;
- Publicação de artigos em revistas revisadas por pares;

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

Anexos

Informação sobre a Investigação

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

Professora Doutora João Frade, RN, M.P.H., Ph.D. ciTechCare —)

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

Declaração de Consentimento

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

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

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nº/Código _____

QUESTIONÁRIO

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

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

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

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

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

Estudantes

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

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

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

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Qual a sua idade? _____ (anos)

2. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Solteira
- União de fato/ Casada
- Separada/Divorciada
- Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: _____

4. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

5. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Anos: _____

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

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

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

8. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
 - Contexto Académico Formação Contínua Outro: _____
- Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				
6. No primeiro contacto com os membros da Família, convidos 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				

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

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

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

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

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

ANEXO II – Pedido à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto:CuidarFAM

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s):

João Manuel Graça Frade¹

Carolina Miguel Henriques^{1,2}

Outros docentes que venham a trabalhar no projeto.

Filiação Institucional:

1 - Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde e Centre for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), 2411-901 Leiria, Portugal.

2 - Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E); Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: João Manuel Graça Frade

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

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria

um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

Objetivos do Estudo:

Avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem;
Identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.

Data prevista de início dos trabalhos: março 2019
trabalhos: final de 2026

Data prevista de fim dos

Data prevista de início da colheita de dados: Março 2019

Data prevista de fim da colheita de dados: Março de 2026

Metodologia

Tipo de Estudo: Estudo transversal descrito-correlacional de cariz quantitativo.

População e Amostra/Informantes: Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses.

Crítérios de Inclusão/Exclusão: Estudantes de enfermagem a estudar em Instituições de Ensino Superior Portuguesas e Enfermeiros a trabalhar nas diferentes unidades de prestação de cuidados de enfermagem de Portugal.

Locais onde Decorre a Investigação: Escola superiores de enfermagem e escolas superiores de saúde e hospitais, centros de saúde e/ou outras Instituições prestadoras de cuidados de enfermagem portuguesas. As instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar um pedido de autorização formal, uma vez obtida essa autorização, é pedida às instituições a colaboração na divulgação dentro da instituição de um link ao qual os participantes devem aceder para colaborarem neste estudo.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Qual a sua idade? _____ (anos)

2. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Solteira
- União de fato/ Casada
- Separada/Divorciada
- Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: _____

4. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

5. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Anos: _____

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

8. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
 - Contexto Académico Formação Continua Outro: _____
- Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

1- Discordo completamente

2- Discordo

3- Concordo

4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

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

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

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

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas .

Garantia de Confidencialidade:

Serão mantidas as regras de confidencialidade e anonimato. As informações obtidas serão combinadas, em códigos, com as de outros participantes. O resultado final do estudo e/ou artigos publicados apresentarão as conclusões sob a forma de números relativos a grupos de participantes.

Nunca serão publicados dados que permitam a identificação de qualquer participante. Os participantes são completamente livres de recusar participar e estaremos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento): Tratando-se de um questionário online, disponibilizado através da divulgação de um link de acesso individual e voluntário, a questão da autonomia e voluntariedade dos participantes está assegurada. Contudo, na introdução ao questionário, será explicado que a participação é voluntária e a decisão de participar ou não, não terá qualquer impacto nos serviços ou benefícios prestados pela Instituição de Ensino Superior.

Previamente ao preenchimento do instrumento, os participantes terão que aceder e validar o termo de consentimento informado.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo: Os indivíduos que acederem participar no estudo tem apenas de disponibilizar cerca de 10 minutos para o preenchimento do instrumento de colheita de dados online.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo:

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação: Não existem.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- Informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e

aceita participar voluntariamente no estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Como a obtenção dos dados é feita através de um link que dá acesso ao autopreenchimento do instrumento de colheita de dados, será colocado um pequeno texto preliminar ao preenchimento do questionário, onde consta a seguinte informação:

A equipa de investigação composta por João Frade e Carolina Henriques e outros docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e estudantes de licenciatura e mestrado da área de enfermagem da mesma escola, está a desenvolver um estudo no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresenta-se como um profissional com competências específicas inserido numa equipa multidisciplinar desenvolvendo um trabalho de parceria que capacita as famílias para a resolução de crises acidentais que ocorrem durante o ciclo vital, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

A sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos, na segunda parte a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. São garantidas as regras do anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento do presente estudo. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar os investigadores do projeto através de: joao.frade@ipleiria.pt; carolina.henriques@ipleiria.pt

Ao aceder ao este link e com o preenchimento do questionário e respetiva submissão on-line está a autorizar a utilização dos dados que forneceu no preenchimento do questionário para efeitos de investigação científica, muito obrigado pela colaboração.

A equipa de Investigação.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:

O(s) Proponente (s):

Assinado por : **JOÃO MANUEL GRAÇA FRADE**
Num. de Identificação: BI110676432
Data: 2021.10.01 08:59:39+01'00'

(Assinatura)



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ANEXO III - Parecer Favorável da Comissão de Ética UICISA:E da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade¹, Carolina Miguel Henriques² outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

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

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O relator:



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

**ANEXO IV – Parecer Favorável do Diretor Executivo do ACES Lezíria para a realização do
estudo**

DECLARAÇÃO

Hugo Miguel Garcia de Sousa, Diretor Executivo do ACES Lezíria, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP), declaro que autorizo a realização do estudo de investigação intitulado "CuidarFam" a aplicar no ACES Lezíria – USF Alviela e USF Foral Novo

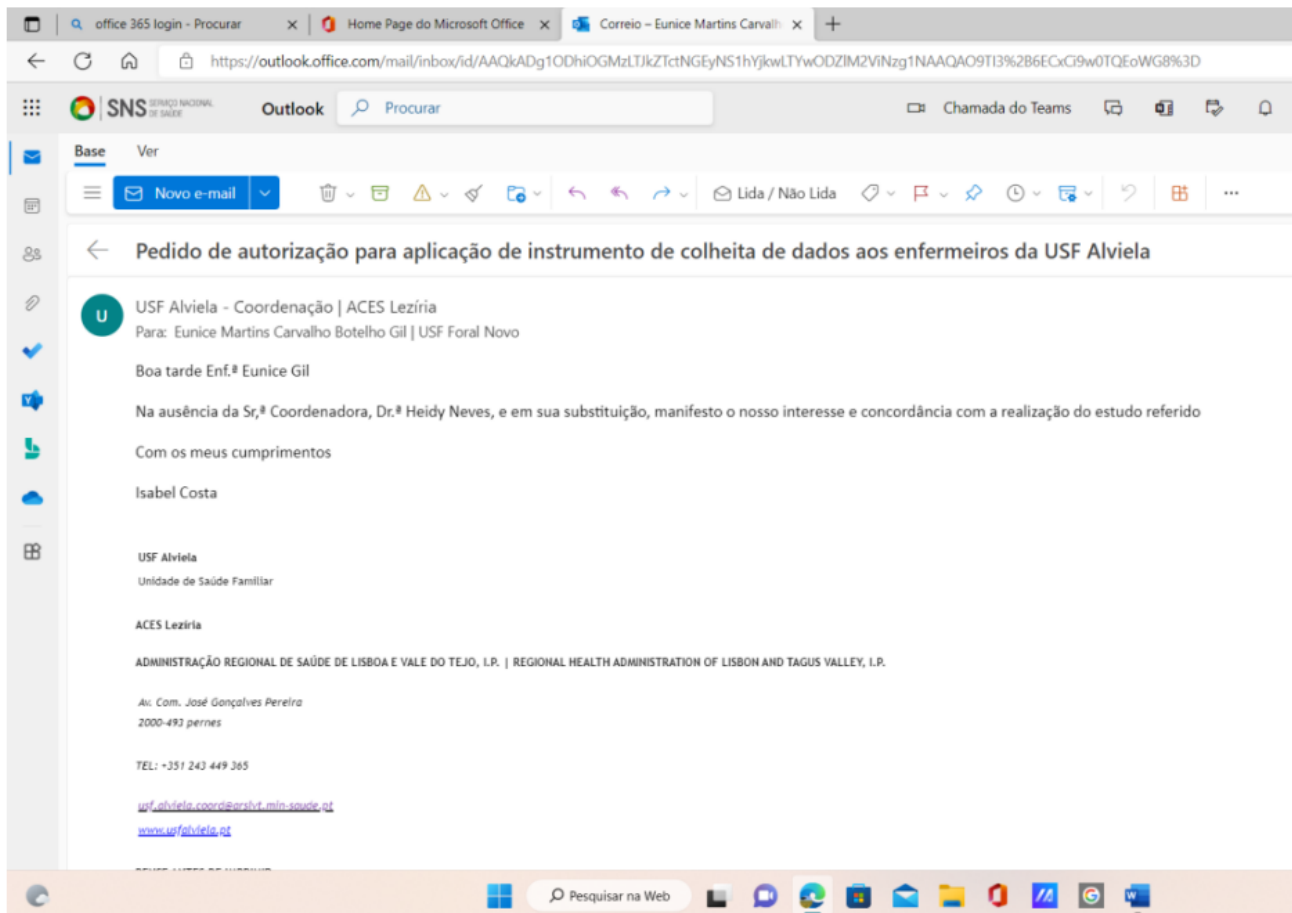
Mais informo que o ACES Lezíria, apresenta todos os recursos humanos e logísticos essenciais à realização do referido estudo, em condições éticas adequadas.

Por ser verdade e ter sido pedido, passo a presente declaração que dato e assino sendo autenticada com o carimbo em uso nesta instituição.

Santarém, 17 de outubro de 2022


Hugo de Sousa
Diretor Executivo

**ANEXO V – Parecer Favorável da Sra. Coordenadora da USF Alviela para a realização do
estudo**



ANEXO VI – Parecer Favorável para a realização do estudo, do Sr. Coordenador da USF Foral
Novo

The screenshot shows an Outlook email window. The title bar includes 'SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE', 'Outlook', and a search bar. The email subject is 'Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados aos enfermeiros da USF Foral Novo'. The sender is 'Joao Antonio Violante Grilate | USF Foral Novo'. The recipients are 'Eunice Martins Carvalho Botelho Gil | USF Foral Novo' and 'Fernanda Maria Lucas Gomes Franco Lopes | USF Foral Novo'. The email body contains the following text: 'Exma Senhora Enfermeira Eunice Gil', 'Para os devidos efeitos somos a autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados não havendo nada a opor da parte da nossa unidade.', 'Com os melhores cumprimentos', 'João Grilate', and 'Coordenador USF Foral Novo'. Below the text are three buttons: 'Assim farei.', 'Perfeito!', and 'Excelente.'. There is also a feedback prompt: 'As sugestões acima foram úteis? Sim Não'. At the bottom of the email, there is a reply from 'Eunice Martins Carvalho Botelho Gil | USF Foral Novo' with the subject 'Re: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados aos enfermeiros da USF Foral Novo'. The Windows taskbar at the bottom shows the date '18/10/2022' and time '19:20'.

ANEXO VII – Parecer Favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Eunice Botelho

eunice.gil@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		7535/CES/2022	

Assunto: CuidarFamTM – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem: Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 16.12.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

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

Parecer 108/CES/INV/2022

• **Título do projeto**

“CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem:
“Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem”

• **Investigador e instituição de afiliação**

João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria; CV:
<https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria; CV:
<https://orcid.org/0000-0002-0904-8057>

Co-autor(es) /afiliação institucional:

Eunice Martins Carvalho Botelho Gil - Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Foral Novo - ACES Lezíria.

• **Promotor / parceiros**

Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria

• **Contacto do investigador principal**

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

João Manuel Graça Frade

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

NA

• **Local do estudo**

ACES Lezíria - USF Alviela e USF Foral Novo

Fundamentação

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

A reestruturação dos cuidados de saúde, a diminuição do tempo de internamento e o incentivo para cuidados ambulatoriais alargaram a necessidade de uma prática de enfermagem centrada na família, exigindo a inclusão da mesma no plano de cuidados (Barbieri-Figueiredo et al. 2012).

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a saúde dos seus membros prevê que os cuidados de saúde serão tão mais eficazes quanto maior o foco no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados. Deste modo, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidados (Oliveira et al., 2011).

A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para os autores, na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

Numa conjuntura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos.

A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias/comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da enfermagem, procurando a deteção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução. Os achados resultantes da implementação deste projeto poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no que se refere às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.

Objetivos

- Conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados

População, materiais e métodos

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

estudo de cariz quantitativo, transversal, descritivo e correlacional,

- **População (se aplicável)**

Enfermeiros

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

amostra constituída por enfermeiros que exercem a sua prática no ACES Lezíria, particularmente na USF Alviela e na USF Foral Novo.

Critérios de Inclusão: Omisso

Critérios de exclusão: Omisso

Modalidade de Recrutamento: Omisso

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

Constantes no questionário

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

questionário de caracterização sociodemográfica

Escala "A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros" (IFCE-AE) – (Barbiéri, MC. *et al.*, 2009)

- **Plano de Análise Estatística**

Omisso

Cronograma

Recolha de dados planeada para novembro e dezembro 2022

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

Omisso

2.2.7. Aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

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

Menores que mínimos

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

Questionário anónimo

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

Omisso

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

Omisso

As formas previstas de divulgação dos resultados

Comunicação dos resultados, podendo estas utilizar os resultados do estudo para os fins que se entenderem convenientes;

- Comunicação dos resultados em congressos nacionais e internacionais;

- Publicação de artigos em revistas revisadas por pares

Conflitos de interesse existentes

Omisso

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

Omisso

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **	
Título do projeto;	S
Promotor;	NA
Local onde se realiza o estudo	N
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	S
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	S
Porque está a ser convidado/a a participar	S
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	S
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	S
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-	S

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

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

CV dos Investigadores: Presentes

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: Omisso

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Pareceres favoráveis das Coordenadoras da USF Alviela e USF Floral Novo, Dra Isabel Costa (em substituição da Dra Heidy Neves) e Dr João Grilate

Declaração do Diretor Executivo do ACES :Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES lezíria, Dr Hugo de Sousa

Previsão de custos financeiros para os ACES: Não

Compromisso de entrega de relatório final: Não

Parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) ao Projeto: 'CuidarFam'

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

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

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

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

Apreciação:

Trata-se de um estudo de cariz quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com os objetivos de conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados. Este é um estudo que faz parte integrante do estudo "CuidarFam" – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, o qual obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

O estudo tem relevância social, estando delineado por forma a vir a obter-se dados com interesse para a prática clínica das unidades onde se vai desenvolver e posteriormente integrando uma população maior, eventualmente poder vir a obter-se dados generalizáveis.

Da análise da documentação enviada subsistem algumas dúvidas para as quais se solicitam esclarecimentos / informação:

- da definição da amostra não fica claro qual o tamanho da amostra, critérios de inclusão / exclusão e tipo de amostragem, assim como a modalidade de recrutamento / acesso aos eventuais participantes;
- qual o plano de análise estatística;
- atendendo a que qualquer estudo de investigação envolve utilização de inúmeros recursos, nomeadamente uma quantidade considerável de horas por parte dos investigadores, seria recomendável a realização dos cálculos desses custos, tornando visível o investimento realizado neste projeto;
- apesar do questionário ser anónimo e se garantir a confidencialidade dos dados, atendendo a que este estudo se vai desenrolar apenas em 2 USF, as variáveis constantes no instrumento de colheita de dados podem permitir a identificação de alguns dos enfermeiros. Ora, importa refletir sobre a forma como vão ser tratados / apresentados os dados por forma a manter o prometido;
- garantia de segurança no armazenamento dos dados e destino a dar aos documentos do estudo e destruição dos mesmos;
- eventuais conflitos de interesse;
- do consentimento informado, importa que no documento esteja prevista a assinatura de quem solicita o consentimento, assim como o documento deve estar previsto em duplicado (um exemplar para o participante).

Propõe-se o envio das objeções aos investigadores.

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

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

04/11/2022

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Apreciação final:

Trata-se de um estudo de cariz quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com os objetivos de conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados. Este é um estudo que faz parte integrante do estudo "CuidarFam" – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, o qual obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

O estudo tem relevância social, estando delineado de forma a vir a obter-se dados com interesse para a prática clínica das unidades onde se vai desenvolver e posteriormente integrando uma população maior, eventualmente poder vir a obter-se dados generalizáveis.

Numa primeira análise da documentação enviada foram colocadas questões relativamente à definição da amostra, plano de análise estatística, garantia de confidencialidade e segurança no armazenamento dos dados e consentimento informado.

Em resposta posterior todas as questões ficaram devidamente esclarecidas, ficando patente o respeito pelos princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população pelo que se entende emitir parecer favorável ao seu desenvolvimento.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

16.12.2022

ANEXO VIII – Autorização da Sra. Coordenadora da USF Alviela para apresentação de dados
MIM@UF no relatório

