



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A FAMÍLIA COMO PARTE INTEGRANTE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Helena Maria Ferreira Lobo

Leiria, março de 2023



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A FAMÍLIA COMO PARTE INTEGRANTE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

Helena Maria Ferreira Lobo, nº 5210040

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

Professor Orientador: Professor Doutor João Frade

Leiria, março de 2023

‡ Dedico este trabalho à memória do meu Pai, e à minha Mãe, que, além de me darem a vida, me transmitiram os valores para que essa não fosse vã: honestidade, dignidade, solidariedade e trabalho árduo.

AGRADECIMENTOS

Ninguém faz nada completamente sozinho, e eu não fujo à regra, por isso reservo este espaço para agradecer a quem, de alguma forma contribuiu para que este trabalho chegasse a bom porto:

Ao Professor Doutor João Frade, pela sua sábia orientação, mas também pela sua disponibilidade, compreensão e humanidade, sem as quais não teria tido incentivo para terminar esta tarefa;

À Enfermeira Cláudia Santos, a minha enfermeira orientadora no estágio, que fez dele não só um meio de enriquecimento académico e profissional, mas também um espaço de crescimento pessoal;

A toda a equipe da USCP Norte, por tão bem me terem acolhido;

Ao corpo docente e não docente do Instituto Politécnico de Leiria, por proporcionar as melhores condições possíveis para a minha aquisição de novos conhecimentos e competências;

Aos meus colegas de curso, pelo seu espírito de companheirismo e entreatajuda;

Às minhas colegas e amigas de longa data, Carina e Paula, por me acompanhar e empurrar neste caminho, e às novas amigas encontradas ao longo do mesmo, especialmente à Carla, pelo seu carinho;

Ao meu companheiro de vida, Sérgio, pela sua paciência e pelo tempo que deixámos de passar juntos;

À minha mãe, que me apoiou por todos os meios, e que sei que se orgulha de mim;

À minha filha Mariana, razão do meu viver, por acreditar na sua mãe, por me incentivar, e sem a qual não teria sequer iniciado este percurso, nesta fase da minha vida;

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

Enquadramento: A prática de enfermagem que integre a família como parte essencial no processo de cuidados tem tido uma crescente valorização, e é hoje reconhecida essencial para a qualidade dos cuidados; as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar.

Objetivos: Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados, e identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam as atitudes dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por enfermeiros a exercerem funções em contexto de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados. Foi aplicado um instrumento de recolha de dados constituído por um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, e a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE).

Resultados: Amostra constituída por 50 enfermeiros, dos quais 30 (60%) a exercerem funções nos CSP do ACES PL, e 20 (40%) enfermeiros a trabalhar em contexto de CSD, 92 % do sexo feminino, com média de idade de 42,78 anos, 68% licenciados, com um tempo médio de exercício profissional de 19,38 anos, e 50% com formação na área da enfermagem de saúde familiar. Os enfermeiros apresentam atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com score médio total da escala IFCE-AE de 78,38 pontos.

Conclusão: Os enfermeiros veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados: apresentam atitudes de suporte face à família, não existindo evidências estatísticas significativas entre as atitudes dos enfermeiros e as suas características sociodemográficas e profissionais.

Palavras-chave: Atitude; família; enfermagem familiar; cuidados de saúde primários; cuidados de saúde diferenciados.

ABSTRACT

Background: The practice of nursing that integrates the family as an essential part of the care process has been increasingly valued and is now recognized as essential for the quality of care; the attitudes that nurses adopt towards the family condition the care process.

Objectives: To know the attitudes of nurses in approaching the family, as an integral part of the care process, and to identify the sociodemographic and professional variables that influence the attitudes of nurses in the involvement and participation of the family in the care process.

Methodology: Quantitative, descriptive, analytical, correlational, and cross-sectional study, in a non-probabilistic sample for convenience, consisting of nurses working in the context of primary health care and differentiated health care. A data collection instrument was applied consisting of a questionnaire for sociodemographic and professional characterization, and the scale “Importance of Families in Nursing Care- Attitudes of Nurses” (FINC-NA).

Results: Sample made up of 50 nurses, of which 30 (60%) work in the CSP of ACES PL, and 20 (40%) nurses work in the context of CSD, 92% female, mean age 42, 78 years old, 68% graduated, with an average time of professional practice of 19.38 years, and 50% trained in the field of family health nursing. Nurses have supportive attitudes in approaching the family as an integral part of the care process, with a total mean score of the IFCE-AE scale of 78.38 points.

Conclusion: Nurses see and recognize the importance of the family as an integral part of the care process: they have supportive attitudes towards the family, with no significant statistical evidence between the attitudes of nurses and their sociodemographic and professional characteristics.

Keywords: Attitude; family; family nursing; primary health care; differentiated health care.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal litoral

ARS – Administração Regional de Saúde

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

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centros de Saúde

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

FACES - *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale*

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

GESTCARE – Plataforma Informática de Registo e Monitorização da RNCCI

ICN – *International Council of Nurses*

IDT - Índice de Dependência Total

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

IFPSF - Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

ICPC - *International Classificativo of Primary Care*

IDG – Índice de Desempenho Global

MCAF – Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF – Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MGF – medicina Geral e Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS -Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

REPE - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

SBC – Cuidar Baseado nas Forças

SCLÍNICO – Sistema de Informação Clínica

SiiMA – Sistema de Informação para Gestão do Circuito de Programas de Rastreio

SIJ – Saúde Infantojuvenil

SM – Saúde Materna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Estatistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Parti

ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS.....	XIII
ÍNDICE QUADROS	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
INTRODUÇÃO	16
1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	19
1.2. ESTRUTURA DO ACES PINHAL LITORAL.....	19
1.2. MONTE REDONDO.....	22
1.2.1. Caracterização territorial	22
1.2.2. Caracterização demográfica	23
1.2.3. Equipamentos	25
1.2.4. Economia.....	25
1.3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	26
1.3.1. Caracterização da UCSP Norte	26
1.3.2. Missão, visão e valores	27
1.3.3. Espaço físico e funcional	27
1.3.4. Recursos materiais	28
1.3.5. Recursos humanos.....	28
1.3.6. Acessibilidade e circuito dos utentes	29
1.3.7. Programas da carteira de serviços da UCSP - plano de ação	30
1.3.8. Consulta de enfermagem	31
1.3.9. Horário de funcionamento.....	37
1.3.10. Urgências/emergências e acidentes	37
1.3.11. Atendimento telefónico	38
1.3.12. Carteira adicional de serviço.....	38
1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP NORTE E DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA ORIENTADORA	38
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	42
2.1. FAMÍLIA.....	42
2.1.1. Conceito de família	42
2.1.2. Ciclo vital familiar	44
2.1.3. Estrutura e funções da família	46
2.2. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	49
2.2.1. Fundamentos teóricos e conceptuais para a enfermagem de família.....	50
2.2.1.1. Contributos das teorias das ciências sociais da família.....	51

2.2.1.2. Contributos das teorias de terapia familiar.....	57
2.2.1.3. Contributos dos modelos teóricos de enfermagem	59
2.2.2. Abordagem sistémica à família.....	71
2.2.3. Enfermeiro de Família.....	75
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	78
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	78
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal	79
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	79
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	80
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	80
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EN ENFERMAGEMCOMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	81
3.2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar do âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	84
3.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção.....	88
4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	89
4.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	90
4.2. METODOLOGIA	94
4.2.1. Objetivos do estudo.....	95
4.2.2. Questão de investigação	95
4.2.3. Tipo de estudo	97
4.2.4. População e amostra	98
4.2.5. Operacionalização das variáveis	100
4.2.5.1. Variáveis independentes	101
4.2.5.2. Variável dependente	102
4.2.6. Instrumento de recolha de dados	103
4.2.8. Procedimento de colheita de dados	108
4.2.9. Procedimentos éticos e morais	109
4.2.10. Procedimentos na análise dos dados	110
4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	112
4.3.1. Caraterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.....	113
4.3.1.1. Idade	113
4.3.1.2. Género	113

4.3.1.3. Estado civil	113
4.3.1.4. Grau académico	114
4.3.1.5. Título profissional	114
4.3.1.6. Área de especialização em enfermagem	114
4.3.1.7. Contexto de prestação de cuidados	115
4.3.1.8. Unidade funcional dos CSP.....	115
4.3.1.9. Tempo de exercício profissional.....	116
4.3.1.10. Formação em enfermagem de família	116
4.3.1.11. Contexto de formação em enfermagem de família	116
4.3.2. Atitudes dos enfermeiros face à família.....	117
4.3.3. Teste de hipóteses.....	117
4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	122
4.5. CONCLUSÃO	127
4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	130
5. CONCLUSÃO.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

ANEXOS

ANEXO I - DECLARAÇÃO SOBRE ACESSO AOS DADOS MIMUF

ANEXO II AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCSP NORTE PARA A UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO E PUBLICAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA); E DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)

ANEXO IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À DIREÇÃO EXECUTIVA E AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES PL, E RESPETIVO PARECER

ANEXO V - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

ANEXO VI - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

ANEXO VII - PARECERES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS SELECIONADAS: UCSP NORTE, USF STEPHENS, USF VITRIUS; UCSP ATLÂNTICA E UCC DA MARINHA GRANDE, PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

APÊNDICES

APÊNDICE I - PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, FUNDAMENTADO NO

APÊNDICE II - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DIRIGIDA À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCSP NORTE

APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DIRIGIDA À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCSP NORTE

APÊNDICE IV – FOLHETO: VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA

APÊNDICE V - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - População residente por sexo em 2011 e 2021.....	23
Tabela 2: Núcleos familiares por número de filhos	24
Tabela 3 - Nº de contactos de enfermagem realizados pela.....	34
Tabela 4 - Nº de utentes inscritos por programa de saúde,	35
Tabela 5: Indicadores para cálculo do IDG.....	36
Tabela 6: Grupos etários por sexo dos utentes inscritos na UCSP Norte	39
Tabela 7 - Nº de famílias do ficheiro.....	40
Tabela 8 - Grupos etários por sexo dos utentes do ficheiro da Enf ^a . Cláudia e nº de família.....	40
Tabela 9 - Nº de consultas segundo ICPC no 1º semestre de 2022 na UCSP Norte	41
Tabela 10 - Nº de consultas segundo o ICPC no 1º semestre de 2022 no ficheiro da Enfermeira Cláudia.....	41
Tabela 11 - Teste da Normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala IFCE AE n.....	111
Tabela 12 - Distribuição da amostra por idade.....	113
Tabela 13 - Distribuição da amostra por género.	113
Tabela 14 - Distribuição da amostra por estado civil.....	114
Tabela 15 - Distribuição da amostra por grau académico	114
Tabela 16 - Distribuição da amostra por título profissional	114
Tabela 17 – Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem.....	115
Tabela 18 - Distribuição da amostra pelo contexto de prestação de cuidados de enfermagem.....	115
Tabela 19 - Distribuição da amostra dos enfermeiros por unidade funcional dos CSP e dos enfermeiros de CSD.....	116
Tabela 20 - Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional.....	116
Tabela 21 - Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família.....	116
Tabela 22 - Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação	117
Tabela 23 - Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE	117
Tabela 24 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género.....	118
Tabela 25 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade	119
Tabela 26 - relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil	119
Tabela 27 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académico	120

Tabela 28 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o título profissional	120
Tabela 29 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.....	120
Tabela 30 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho	121
Tabela 31 - Relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções	121
Tabela 32 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e formação em enfermagem de família.....	122

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1: Horário de funcionamento	37
Quadro 2 - Principais características das teorias das Ciências Sociais	57
Quadro 3 - Principais Conceitos para a Enfermagem à Família.....	60
Quadro 4 - Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na área " Cuida da Família enquanto Unidade de Cuidados"	81
Quadro 5 - - Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na Área "Lidera e Colabora em Processos de Intervenção.....	84
Quadro 6 - Variáveis Independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	101
Quadro 7 - Operacionalização da variável dependente escala IFCE-AE.	102
Quadro 8 - Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do SNS focados nos Cuidados de Saúde Primários.....	21
Figura 2 - Delimitação territorial do ACES PL	22
Figura 3 - Organograma do ACES PL	22
Figura 4 - Vista aérea de Monte Redondo.....	22
Figura 5 - Enquadramento territorial da União	23
Figura 6 - População segundo o sexo e as faixas etárias	24
Figura 7 - Índice de envelhecimento em 2011 e 2021 em Portugal e na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira.....	24

Figura 8 - Sede de Monte Redondo e Polos de Monte Real/Carvide, Bajouca e Coimbrão.	27
Figura 9 - Logotipo da USCP Norte.....	27
Figura 10 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Norte	38
Figura 11 - Índice de dependência total por UF do ACES PL.....	39
Figura 12 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da Enfª Cláudia.....	40
Figura 13 - Fontes Conceptuais de teorias emergentes da Enfermagem de Família	51
Figura 14 - Modelo ABC – X de Stress Familiar	54
Figura 15 - Modelo ABCX Duplo de Stress Familiar	55
Figura 16 - Teoria das Transições de Médio Alcance	62
Figura 17 - Representação esquemática do MCAIF	65
Figura 18 - Representação esquemática do MCAF	66
Figura 19 - Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	68
Figura 20 - Elementos de uma Prática Baseada na Evidência	89
Figura 21 - Representação esquemática do MCAIF	7
Figura 22 - Representação esquemática do MCAF	8
Figura 23 – Genograma.....	12
Figura 24 - Ecomapa	14
Figura 25 - Escala de Graffar – SClínico.....	15
Figura 26 - Avaliação do edifício residencial – Sclínico	16
Figura 27 - Ciclo Vital de Duvall - SClínico	18
Figura 28- Matriz Operativa do MDAIF	28
Figura 29 - Processo Família – Sclínico.....	35
Figura 30 - Avaliação da Comunicação Familiar Sclínico	35

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP com Relatório Final”, integrada no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

A enfermagem de Saúde Familiar é uma realidade recente em Portugal, que procura ir ao encontro das necessidades familiares; assenta em modelos teóricos constitutivos de um saber distinto, que potencia uma prática da Enfermagem que responda às atuais realidades familiares (Figueiredo M. , 2009).

A família constitui, desde sempre, uma célula fundamental da sociedade, e assume uma preponderância decisiva no desenvolvimento integral das pessoas, com repercussões no desenvolvimento harmonioso das comunidades em que se integram; é reconhecida como tal pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pela Constituição da República Portuguesa, sendo este juízo reforçado pelo plano “100 Compromissos para uma Política de Família”, aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros nº 50/2004 de 13 de abril. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências, é no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta, e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida e a sua saúde.

Observa-se, pois, que o contexto familiar tem a capacidade de se organizar perante as mais diversas situações de transição saúde/doença, como o nascimento de novos membros no seu seio ou, perante o envelhecimento e a perda de outros, sendo reconhecido como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, e, apresentando-se, assim, como um potencial de ajuda na prevenção da doença e na manutenção e recuperação da saúde dos seus elementos. Neste sentido, por vezes, a família também necessita de uma ajuda consistente, para que consiga manter o seu grau de estruturação perante realidades tão naturais, mas sempre difíceis, como a doença terminal e a morte (Abreu, 2010).

A Enfermagem, como profissão, teve origem nos cuidados de manutenção da vida associados à família, na qual as mulheres assumiam, de uma forma natural, o papel de cuidadoras dos membros da família. (Hanson, 2005)

No entanto, como resultado de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu maior relevância durante muitas situações de doença, excluindo as famílias dos cuidados prestados aos seus membros (Freitas, 2009).

No início do século XXI, com o programa Operacional da OMS “Saúde 21”, assumiram relevância conceitos como: capacidade de adaptação, flexibilidade, autonomia e criatividade, interligadas com a complexidade imposta pelas mudanças populacionais e padrões de morbidade. As novas tecnologias na área da saúde, a globalização da informação, e o incentivo à autorresponsabilização pela saúde e ao autocuidado, levam a uma reforma nas políticas de saúde, e à conseqüente mudança de paradigma na prestação de cuidados a nível internacional. Através deste programa operacional, a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem reassumiu-se, sendo colocados por isso novos desafios à Enfermagem, destacando-se o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar na concretização das 21 metas da “Saúde 21” (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Foi então, na Europa, a segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique (2000), que reforçou o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar, surgindo a figura do Enfermeiro de Família.

Portugal responde a estas preocupações internacionais e, em 2005 inicia uma reorganização dos cuidados de saúde com a reforma dos Cuidados de saúde Primários (CSP).

Esta reforma consistiu na reorganização dos Centros de saúde em Agrupamentos de Centros de saúde (ACES) que incluem, além dos órgãos específicos para a gestão e a decisão, várias estruturas funcionais, das quais se destacam as Unidades de Saúde Familiar (USF), que constituem a primeira linha de um sistema que se quer acessível, eficiente e equitativo, e o contexto ideal para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, 2005).

Surgem então os primeiros enfermeiros de família, integrados numa equipa multidisciplinar, seguindo um modelo de cuidados de proximidade, que direciona o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados. Neste trajeto, a Enfermagem de Saúde Familiar emergiu como um campo de atuação autónomo, mantendo o enquadramento em CSP, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Assim, a família passa a ser considerada como parte integrante e essencial no processo de cuidados; as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar (Oliveira P. , et al., 2011).

No processo de criação da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, foi definido o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Enfermagem de saúde Familiar, aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de

Enfermagem Comunitária e em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros. Foi publicado em Diário da República através do Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Este estágio, que se realizou na USCP Norte, permitiu mobilizar e aprofundar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, assim como providenciou o contexto para a realização de um trabalho de investigação, numa perspetiva de conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de enfermagem, e compreender a importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde para os utentes, as famílias e a comunidade.

A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentado na relação colaborativa e inter-relacional entre profissionais e famílias; a reestruturação dos cuidados de saúde, e mais particularmente dos CSP, alargou a prática de enfermagem focada na família. Por esses motivos, entendemos pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros quanto à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, tendo por objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem com as famílias, com a obtenção de ganhos em saúde para os utentes, para as famílias, e para as comunidades onde estas se integram; por isso foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, transversal, correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 50 enfermeiros, dos quais 30 a exercer funções em contexto de cuidados de saúde primários, e 20 em cuidados de saúde diferenciados (CSD), para o qual usámos um instrumento de recolha de dados inclui um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e a escala Importância das famílias nos cuidados de enfermagem Atitudes dos enfermeiros IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011).

Desenvolvemos o presente relatório em quatro capítulos: no primeiro, apresentamos a caracterização do contexto da prática clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, no segundo, apresentaremos a fundamentação teórica que suporta o desenvolvimento da temática em estudo; no terceiro capítulo, faremos uma análise reflexiva sobre as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar desenvolvidas durante o estágio; no quarto capítulo, será fundamentada a prática baseada na evidência, com a apresentação do estudo de investigação realizado e sua respetiva análise. Finalizamos o relatório com uma conclusão onde apresentamos um balanço do nosso percurso, as limitações e as sugestões para futuras investigações

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

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

O Estágio I teve a duração de 108 horas de presença em contexto clínico, iniciando-se a 13 de maio de 2022, com a integração na escola, e terminando a 24 de junho, com a apresentação do relatório

O estágio II teve início a 27 de junho e terminou 29 de julho de 2022, com a duração de 189 horas, entre as quais 94,5 horas presenciais, e as restantes 94,5 para realização de trabalhos.

O estágio III decorreu entre 06 de setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023, com a duração de 297,5 horas em contexto clínico, e 200 horas de relatório, em orientação tutorial, num total de 810 horas.

Todos os estágios se realizaram na UCSP Norte, pertencente ao ACES Pinhal Litoral (ACES PL), mais precisamente na sede da Unidade, em Monte Redondo. Para um melhor conhecimento do contexto da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, apresentamos uma breve caracterização da freguesia de Monte Redondo.

1.2. ESTRUTURA DO ACES PINHAL LITORAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, de acordo com o decreto-lei nº 56/79 de 15 de setembro, com o objetivo de garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde; o Estado passa a garantir a proteção à saúde e o acesso a cuidados, tanto de promoção da saúde e prevenção da doença, como nos cuidados curativos.

Nos anos 90, é criada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto), seguindo-se a aprovação do estatuto do SNS e a criação das Administrações Regionais da Saúde.

De acordo com Biscaia e Heleno (2017), em 2005, inicia-se a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que, em resumo, consistiu em:

- Constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Introdução de novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte e desativação das Sub-Regiões de Saúde.

O SNS compreende 5 regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo

e Algarve, sendo cada uma delas administradas a nível regional pelo conselho de administração das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), sob a superintendência e tutela do estado.

Em 2008, assiste-se a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. O objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Segundo o referido decreto-lei, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde (CS), e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais constam as USF, as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde, como se pode visualizar na figura. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

O CS é componente do ACES, e é constituído por um conjunto de unidades funcionais de cuidados de saúde primários, representados na figura 1.

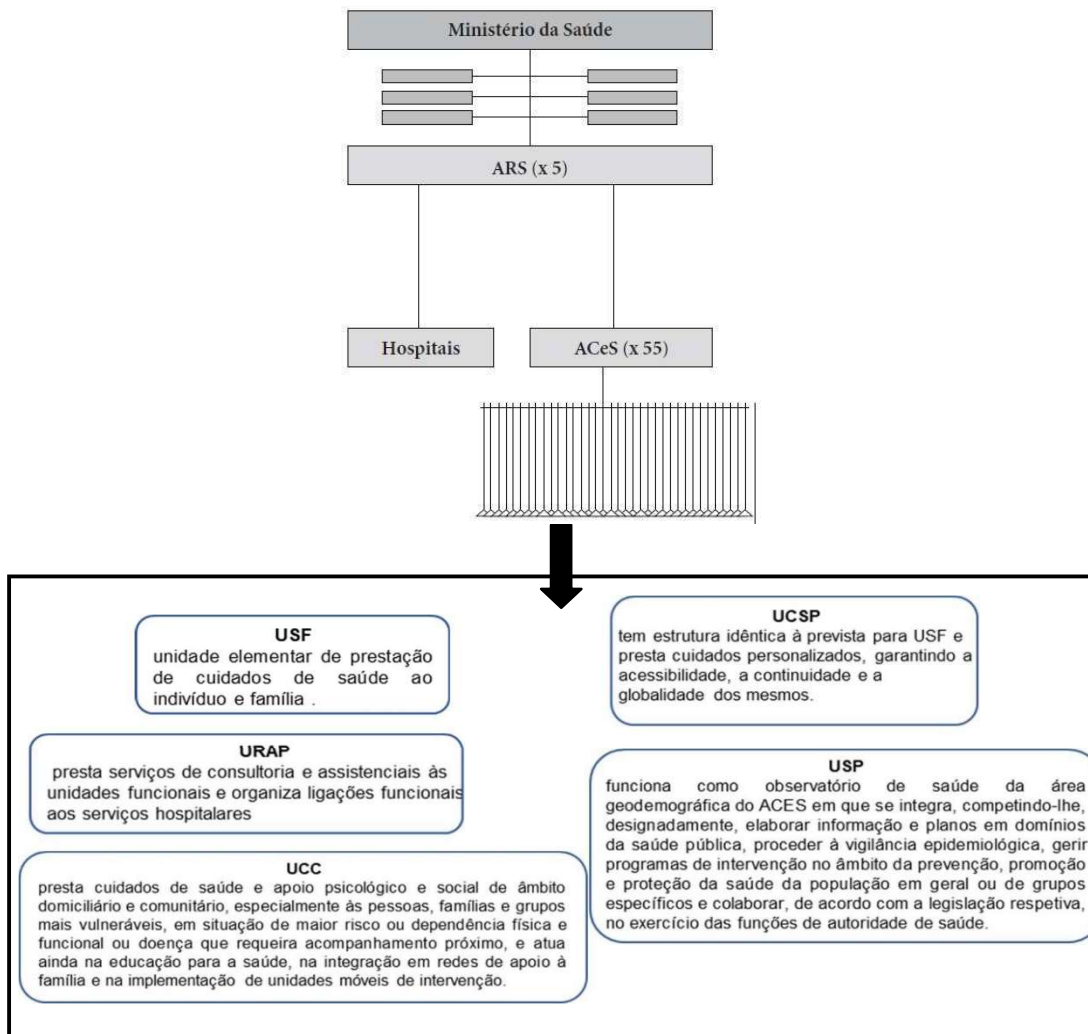


Figura 1 - Organograma do SNS focados nos Cuidados de Saúde Primários

Fonte - Adaptado de Biscaia e Heleno (2017)

O ACES PL pertence à ARS Centro, e engloba o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, onde está integrada a UCSP Norte. Tem uma população residente de 257.572 indivíduos, de acordo com os dados de 2016.

A principal missão do ACES PL é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geodemográfica do Pinhal Litoral (Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro). Tem a sua sede na cidade de Leiria e integra os concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós, conforme ilustrado na figura 2:

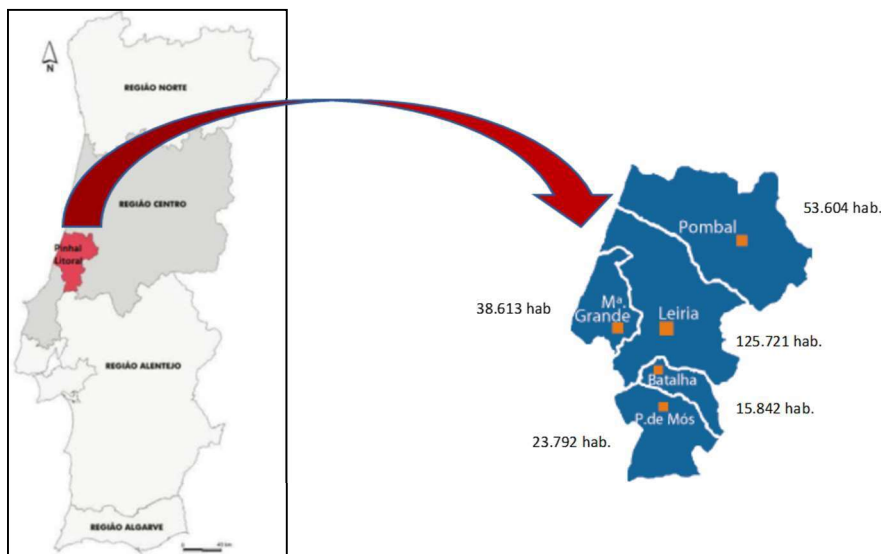


Figura 2 - Delimitação territorial do ACES PL

Inclui os Centros de Saúde da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal, Porto de Mós, e está descentralizado em várias unidades funcionais, com a estrutura formal reproduzida no organograma da figura 3:

Figura 3 - Organograma do ACES PL

1.2. MONTE REDONDO

1.2.1. Caracterização territorial



Figura 4 - Vista aérea de Monte Redondo

Monte Redondo é uma povoação portuguesa do município de Leiria, com 45,37 km² de área e 5 182 habitantes (2021), que se situa no extremo norte do distrito de Leiria, a 20 km a Norte de Leiria e a 30 km a Sul da Figueira da Foz, a cerca de 7 km da orla marítima; confina a norte com a freguesia da Guia, concelho de Pombal, a sul com a freguesia da Carreira, a este com as freguesias de Bajouca e Souto da Carpalhosa, e a Oeste com a freguesia de Coimbrão. Todas as freguesias acima referidas, exceto a Guia, pertencem ao concelho de Leiria. Desta freguesia fazem parte 24 lugares, Aroeira, Cabeço, Lagoa do Linho, Casinos, Braçal, Brenha, Casal Novo, Cavadas, Fonte Cova, Graveto, Grou, Lage, Lavegadas, Lezíria, Matos, Montijos,

Morganiças, Paço, Paúl, Pinheiro, Porto Longo, Ribeira da Bajouca, Santo Aleixo e Sismaria.
Densidade: 96,9 hab/km².

Foi elevado a vila em 9 de dezembro de 2004.

Foi sede de uma freguesia extinta em 2013, no âmbito de uma reforma administrativa nacional, para, em conjunto com Carreira, formar uma nova freguesia denominada União das Freguesias de Monte Redondo e Carreira, da qual é a sede (Figura 5).

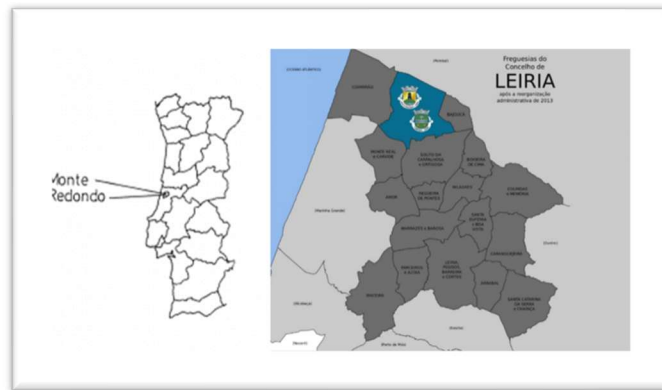


Figura 5 - Enquadramento territorial da União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira

1.2.2. Caracterização demográfica

De acordo com os resultados provisórios dos Censos 2021, reproduzidos na tabela 1, a União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira tem 5 182 habitantes dos quais 2 527 homens e 2 655 mulheres, podendo verificar-se uma diminuição de 6% da população relativamente a 2011.

Tabela 1 - População residente por sexo em 2011 e 2021

	2011			2021		
	HM	H	M	HM	H	M
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
União das freguesias de Monte Redondo e Carreira	5 564	2 741	2 823	5 182	2 527	2 655

Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2021

Relativamente à sua população, analisada quanto ao sexo e aos grupos etários, verifica-se um envelhecimento da mesma, conforme se pode verificar na figura 6, que se tem agravado comparativamente com os Censos 2011, seguindo a tendência nacional, de forma até mais acentuada (figuras 6 e 7).

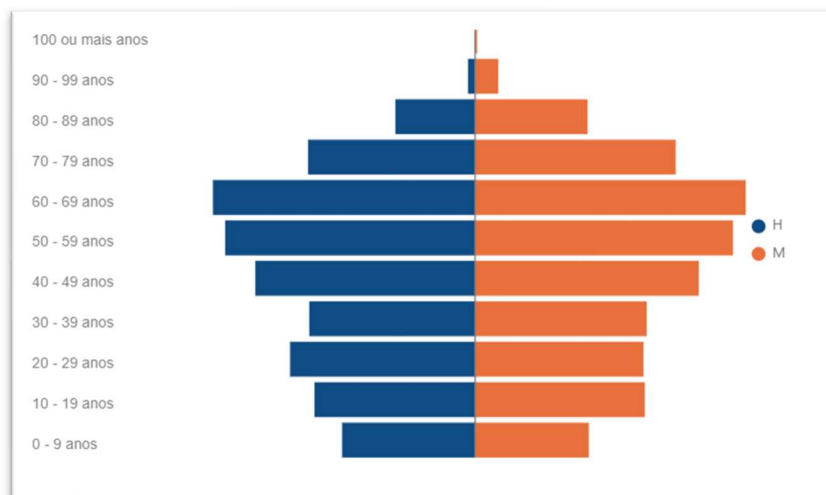


Figura 6 - População segundo o sexo e as faixas etárias
Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2021

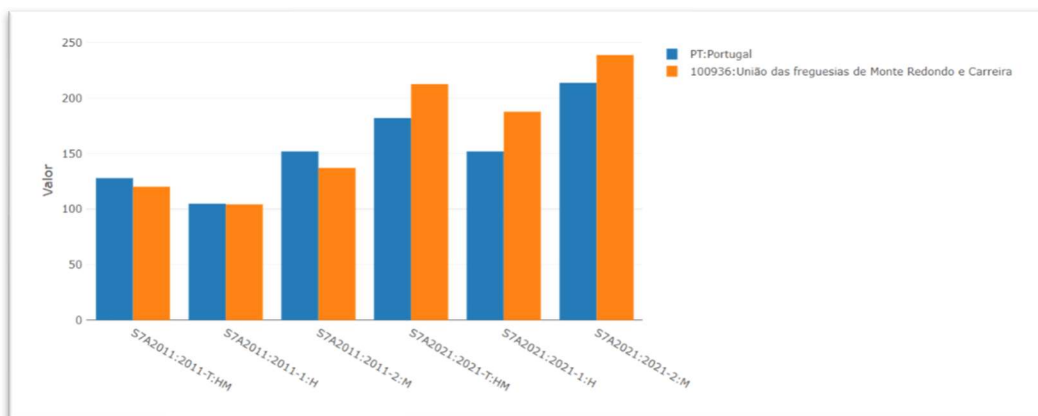


Figura 7 - Índice de envelhecimento em 2011 e 2021 em Portugal e na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira
Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2021

Na tabela 2, verificamos uma diminuição dos núcleos familiares de 1706 em 2011 para 1648, de acordo com os resultados dos censos 2021.

Tabela 2: Núcleos familiares por número de filhos

PERÍODO DE REFERÊNCIA DOS DADOS ▽	2011						2021					
	TOTAL	COM 0 FILHOS/ENTEADOS	COM 1 FILHO/ENTEADO	COM 2 FILHOS/ENTEADOS	COM 3 FILHOS/ENTEADOS	COM 4 OU MAIS FILHOS/ENTEADOS	TOTAL	COM 0 FILHOS/ENTEADOS	COM 1 FILHO/ENTEADO	COM 2 FILHOS/ENTEADOS	COM 3 FILHOS/ENTEADOS	COM 4 OU MAIS FILHOS/ENTEADO:
União das freguesias de Monte Redondo e Carreira	1706	570	579	462	79	16	1646	651	546	382	59	

Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2021

1.2.3. Equipamentos

No que diz respeito aos equipamentos disponíveis na área da educação e ensino, existem três escolas básicas (Lavegadas, Carreira e Sismaria), um jardim de infância na Carreira e um Centro escolar de Monte Redondo, que acolhe alunos do pré-escolar e do ensino básico.

Quanto aos equipamentos de saúde, existe uma USCP (USCP Norte) e uma farmácia. A USCP Norte pertence ao Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio que se situa na freguesia de Marrazes.

O hospital de referência é o Centro Hospital de Leiria.

Relativamente aos equipamentos desportivos, existem um Pavilhão Desportivo Municipal na Carreira, um Polidesportivo em Monte Redondo, um Polidesportivo no Casal Novo e um Polidesportivo na Sismaria.

Os equipamentos de cariz social são os seguintes: o Centro Social Nossa Senhora da Piedade (Monte Redondo), a Conferência S. Vicente de Paulo e a Censocar (Associação para o desenvolvimento da Freguesia da Carreira) que funciona na delegação da Junta da Carreira.

A nível cultural, existem o Museu do Casal de Monte Redondo e a Filarmónica "Nossa Senhora da Piedade".

Relativamente ao transportes e vias de comunicação, a localidade é servida pela Rodoviária do Tejo, diariamente, e pela Tribus (transporte a pedido das Freguesias do norte do Concelho de Leiria); existe uma praça de táxis em Monte Redondo e Carreira.

A nível dos transportes ferroviários, existe uma estação em Monte Redondo, onde é possível viajar em comboios regionais e inter-regionais da linha do Oeste.

A nível das vias rodoviárias, Monte Redondo é servida pela autoestrada do Litoral Centro (A 17), existindo aí um nó de acesso, e pela Estrada Nacional 109, que liga Leiria à Figueira da Foz.

1.2.4. Economia

Das atividades económicas exercidas nos primórdios destaca-se o setor primário, nomeadamente a agricultura, potenciada pelas condições naturais da região, onde predominam campos férteis banhados pelo rio Lis, exploração florestal (silvicultura), e as indústrias extrativas. A criação de gado e animais domésticos, bem como as atividades de tecelagem, ligadas à cultura do linho (como prova a existência do lugar Lagoa do Linho), cuja presença ficou assinalada na relação de fábricas e oficinas e com a existência de três teares

localizados na freguesia. Depois da Revolução Industrial o traçado das novas vias de circulação ferroviária, a abertura de estradas e o incremento de indústrias inicialmente relacionadas com a exploração do Pinhal de Leiria, deram novo impulso à expansão dos diversos setores e atividade, em particular ao comércio e mais tarde aos serviços, que têm vindo a contribuir para a ocupação dos habitantes e das suas atividades principais. No seu conjunto estas atividades vieram contribuir para a expansão dos diversos setores de atividade relacionados quer, com as antigas indústrias, quer com o surgimento de muitas outras, com o comércio e, mais tarde, com o incremento dos serviços públicos.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio foi realizado na sede da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), mais precisamente na sua sede, que se localiza em Monte Redondo.

1.3.1. Caracterização da UCSP Norte

A UCSP Norte iniciou a sua atividade em janeiro de 2016, e pertence ao Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio que, por sua vez, engloba, também:

- USF Santiago,
- USF Fonte do Rei,
- USF Martingil,
- UCSP Campos do Lis,
- UCC Dr. Arnaldo Sampaio (ACES Pinhal Litoral, 2018).

Uma UCSP, de acordo com o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (Ministério da Saúde, 2008), sobre o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACES do SNS, tem estrutura idêntica à prevista para as USF, e presta cuidados de saúde personalizados ao indivíduo ou familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo a sua equipa composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF; desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Relativamente à área de influência, a UCSP Norte abrange as seguintes freguesias: União de freguesias de Monte Redondo e Carreira, união de freguesias de Monte Real e Carvide, Bajouca e Coimbra.

Esta unidade tem sede em Monte Redondo, no Concelho de Leiria, e apresenta três polos localizados em Monte Real/Carvide, Bajouca e Coimbra, cujas fotografias reproduzimos na figura 8:



Figura 8 - Sede de Monte Redondo e Polos de Monte Real/Carvide, Bajouca e Coimbrão.

A UF é representada pelo seguinte logotipo, ilustrado pela figura 9



Figura 9 - Logotipo da USCP Norte

1.3.2. Missão, visão e valores

A UCSP Norte tem como missão assegurar os cuidados de saúde primários com segurança, eficiência, humanização e qualidade à sua população.

A visão da unidade consiste prestar cuidados de saúde adequados às características da população, promovendo a proximidade ao utente e às famílias, baseados no trabalho em equipa.

Quanto aos seus valores, são os seguintes:

- Acessibilidade e adequação da oferta de serviços às necessidades da população.
- Respeito pelo utente e pelos diversos profissionais da equipa.
- Qualidade em todas as vertentes do atendimento administrativo, de enfermagem e médico.
- Trabalho em equipa e entreajuda (BI-CSP, 2022).

1.3.3. Espaço físico e funcional

A sede da UCSP Norte, situada em Monte Redondo, é um edifício de dois pisos, entre os quais é possível circular através de escadas ou de um elevador, embora este se encontre avariado, neste momento.

No rés-do-chão, existem: a secretaria, uma sala de espera, quatro gabinetes de enfermagem, quatro gabinetes médicos, um armazém para o material; três casas de banho (feminino, masculino e para pessoa portadora de deficiência).

No primeiro andar, encontram-se uma sala de reuniões, um gabinete de planeamento familiar, uma sala de enfermagem, uma copa, e quatro casas de banho (feminino e masculino).

Existe um parque de estacionamento para os funcionários e outro para os utentes.

1.3.4. Recursos materiais

Todos os gabinetes possuem computador, mas não existe impressora em todos, havendo uma que trabalha em rede, na secretaria, que todos podem usar.

Os gabinetes médicos estão equipados com o material necessário para a prática de medicina geral e familiar, com uma marquesa polivalente.

Os gabinetes de Enfermagem estão equipados de forma adequada para a prestação de cuidados nos diferentes programas de saúde.

No primeiro andar, o gabinete de Planeamento Familiar está equipado com o material necessário para a respetiva consulta, incluindo uma marquesa ginecológica.

A secretaria tem dois balcões de atendimento, com duas assistentes técnicas, e uma zona de retaguarda.

Existem dois frigoríficos científicos para o acondicionamento das vacinas: um num gabinete de enfermagem, e outro, para stock de toda a unidade, na sala de armazenamento do material.

Relativamente aos recursos informáticos, são usados, para os registos de enfermagem o SClinico, o SiiMA Rastreios, para os registos das citologias, e a GESTCARE, para o que diz respeito à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

1.3.5. Recursos humanos

A equipa multiprofissional da UCSP Norte é constituída por 9 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), três dos quais que acabaram recentemente a especialidade, e que não estão ainda colocados por concurso como especialistas, não tendo, por isso nenhum ficheiro oficialmente atribuído (embora cada um cuide de um ficheiro), nove enfermeiras, duas das quais com especialidade em Enfermagem Comunitária, nove assistentes técnicas, e uma assistente operacional, que trabalha apenas na sede.

Na sede, onde se realiza este ensino clínico, trabalham quatro enfermeiros, quatro médicos, três assistentes técnicos e a assistente operacional atrás referida.

Neste momento, a unidade encontra-se sem coordenador, integrando o Conselho Técnico a Enfermeira Alexandra Remígio e a Assistente Técnica Ana Paula Pereira.

Os profissionais de saúde estão organizados por equipas constituídas por um médico e um enfermeiro, sendo cada uma delas responsáveis por um ficheiro de utentes. As assistentes técnicas trabalham com todas as equipas.

1.3.6. Acessibilidade e circuito dos utentes

Á acessibilidade aos cuidados de saúde tem-se assumido como um conceito muito complexo, encerrando várias vertentes, e que pode ser definida como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Segundo a Declaração de Alma-Ata (1978), todos deveriam possuir iguais oportunidades de acesso e utilização dos cuidados de saúde, independentemente do seu sexo, idade, profissão e estrato social, pelo que se afigurou como essencial promover uma plataforma igualitária na distribuição dos cuidados de saúde primários.

A OMS aconselha, desde inícios dos anos oitenta do século XX, que a acessibilidade aos cuidados de saúde seja medida em termos físicos (distância, tempo de percurso), económicos (custo da viagem, preço dos serviços) ou socioculturais (diferenças de classes sociais, barreiras linguísticas).

A acessibilidade das populações aos cuidados de saúde depende então de múltiplos fatores: físicos, estruturais e funcionais, económicos e culturais.

O edifício da USCP Norte é de fácil acesso, até para pessoas com mobilidade reduzida; a maior parte dos cuidados de saúde são prestados no rés-do chão, e tem um elevador para aceder ao primeiro piso.

A sede situa-se numa vila com uma rede de transportes razoáveis, que inclui autocarros e comboios, sendo, por vezes, e sobretudo, para a população idosa e mais isolada, necessário o recurso à utilização de táxi.

Relativamente ao circuito do utente, ou seja, o conjunto de procedimentos que este deve realizar para ter acesso aos cuidados de saúde, não existe nenhum fluxograma afixado no serviço.

Existem dois tipos de consultas: as programadas e as não programadas.

As consultas programadas são todos os contactos presenciais do utente com o médico e /ou o enfermeiro, sendo maioritariamente as de vigilância dos grupos vulneráveis ou de risco, de seguimento de doença aguda, ou de qualquer necessidade de cuidados médicos ou de

enfermagem (incluem consultas de Hipertensão Arterial, Diabetes, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e hipocoagulados.

As consultas não programadas, no próprio dia, são realizadas preferencialmente pelo médico de família, de acordo com o seu horário, e nas consultas de intersubstituição (vulgo consulta aberta) para as situações de doença aguda ou de ausência do médico de família.

Para aceder a ambos os tipos de consulta, os utentes devem efetuar o agendamento, quer presencialmente, quer por via telefónica, ligando para o 244 685 692; o atendimento e gestão das chamadas são realizadas pelas assistentes técnicas. Os profissionais de saúde, também podem ser contactados através dos seus mails institucionais, prática que se tornou mais frequente com a evolução da pandemia.

Os horários dos profissionais de saúde incluem períodos pré-definidos para a realização de consultas programadas, no horário de funcionamento da unidade, de acordo com as necessidades identificadas para cada ficheiro; este tipo de consulta é destinado à vigilância, promoção da saúde e prevenção de doença ao longo do ciclo vital, englobando as consultas de: Hipertensão Arterial, Diabetes, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e consulta para hipocoagulados. O agendamento desta consulta também pode ser realizado pelos profissionais de saúde.

Está prevista a intersubstituição dos médicos e enfermeiros pela equipa, na ausência dos profissionais.

O utente deverá comparecer no dia indicado, 30 minutos antes da hora marcada, para confirmar a sua presença junto da assistente técnica, aguardando depois disso na sala de espera, até ser chamado pelo profissional de saúde.

A visitação domiciliária, que médica quer de enfermagem, pode ser solicitada pelo utente, familiar ou cuidador, e a sua marcação depende de alguns critérios que serão desenvolvidos num capítulo posterior.

Fora do horário de funcionamento da unidade, em caso de doença aguda, os utentes deverão recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria, e aos sábados, domingos e feriados, à consulta aberta que funciona no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, das 9h00 às 13h00.

1.3.7. Programas da carteira de serviços da UCSP - plano de ação

De acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, O plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma

personalizada, e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais.

Neste momento, a unidade não tem plano de ação, pelo que assume a carteira básica de serviços prevista no n.º 9 do artigo 6.º do mesmo Decreto-Lei, para todas as USF, e que define o seguinte núcleo base de serviços clínicos:

- 1) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
 - 1.1) Geral;
 - 1.2) Saúde da mulher;
 - 1.3) Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;
 - 1.4) Saúde do adulto e do idoso;
- 2) Cuidados em situação de doença aguda;
- 3) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
- 4) Cuidados no domicílio;
- 5) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

1.3.8. Consulta de enfermagem

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são as seguintes:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Friedman (1998) considera 4 níveis na prática em enfermagem de saúde familiar:

- Nível I: família como contexto, indivíduo como cliente, em que o foco dos cuidados é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual.
- Nível II: família como soma das suas partes; o foco são cada um e todos os

diferentes elementos da família

- Nível III: subsistema familiar como cliente; o foco são os subsistemas familiares trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos.
- Nível IV: família como cliente; o alvo dos cuidados é a família como sistema interativo, e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento, e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

A Ordem dos Enfermeiros determina que a missão dos enfermeiros de família, no acompanhamento das famílias, é constituída pelos seguintes pontos:

- A prestação de cuidados à família enquanto unidade, de forma a promover a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- a prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital, ao nível da prevenção primária secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- a identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;
- ser parceiro na gestão, na promoção manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia;
- ser o elo de ligação entre a família os outros profissionais, e os recursos da comunidade garantindo a e equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família (OE, 2018).

Da observação no local de estágio, concluímos que a metodologia de trabalho na UCSP Norte é por Enfermeiro de Família, mas que a prática ainda se situa no primeiro nível definido por Friedman, ou seja, o foco dos cuidados é predominantemente o indivíduo, sendo a família considerada um contexto e um recurso.

Como referido anteriormente, a metodologia de trabalho na unidade é por enfermeiro de família, ou seja, cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados aos utentes/famílias de um ficheiro, que corresponde ao ficheiro gerido pelo médico de família com quem faz equipa; a referência ao médico e enfermeiro de família é feita no SClínico, onde é possível fazer a respetiva parametrização.

Esta metodologia de trabalho permite aos enfermeiros de família ter um conhecimento profundo das suas famílias, promove a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital, considerando a família como um todo.

Por isso, os enfermeiros exercem a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em colaboração com os restantes membros da equipa multidisciplinar, evoluindo para a prática de enfermagem de família, devendo nomeadamente:

- Prestar cuidados no âmbito dos vários programas de saúde definidos pela Direção Geral de Saúde, para a vigilância, a promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Hipertensão Arterial e Diabetes;
- Identificar as necessidades de saúde individuais e familiares, orientando os utentes de acordo com essas;
- Avaliar, planear e executar tratamento dos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem.
- Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que responsabilize o utente, a família e a comunidade, nos cuidados de enfermagem, promovendo o ensino e o autocuidado;
- Divulgar o Plano Nacional de Vacinação, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar os utentes da UCSP Norte;
- Prestar cuidados de saúde no domicílio segundo os critérios definidos pela UCSP;
- Organizar e/ou colaborar nas ações de educação para a saúde dirigidas ao indivíduo e às famílias, em especial aos grupos de risco.
- Colaborar na consulta de intersubstituição;
- Prestar cuidados em situação de doença aguda;
- Efetuar registos objetivos, claros e concisos nos suportes informáticos adequados, nomeadamente o SClinico, e de acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE);
- Gerir os materiais de consumo clínico e medicamentos;
- Colaborar na preparação e participar nas reuniões clínicas e de serviço;

- Participar nos processos de planeamento, organização e gestão da UCSP;
- Colaborar nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;
- Colaborar na elaboração de informações úteis para os utentes;
- Monitorizar e tratar dados estatísticos para avaliação da UCSP;
- Promover a articulação com outras Unidades Funcionais do ACES.

Analisando os dados na plataforma MIM@MUF, referentes ao primeiro semestre de 2022, verificam-se que os contactos mais frequentes realizados pela Enfermeira orientadora foram no âmbito dos seguintes programas e por ordem decrescentes: Tratamento de feridas/Úlceras (457), Saúde do Adulto (216), Saúde Infantil (187), Saúde do Idoso (178), Hipertensão (160), Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (104), Diabetes (85), Saúde Materna (72), cuidados no domicílio (42) e rastreio do cancro do colo do útero), conforme consta na tabela 3.

Tabela 3 - Nº de contactos de enfermagem realizados pela Enfermeira Orientadora no 1º Semestre de 2022

Programa de Saúde - Enfermagem	Métrica	Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde
Tratamento Feridas / Úlceras		457
Saúde do Adulto		216
Saúde Infantil		187
Saúde Idoso		178
Grupo de Risco: Hipertensão		160
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar		104
Grupo de Risco: Diabetes		85
Saúde Materna		72
Domicílio		42
Rastreio do cancro do colo do útero		42
Hipocoagulados		28
Dependentes		24
Saúde Juvenil		20
Puerpério		14
Saúde Mental e Psiquiatria		11
Grupo de risco - Cardiovascular		7
Intervenções Breves em fumadores		2
COVID-19 (Temporário)		2
Total		1.651

Fonte: MIM@MUF- primeiro semestre de 2022

Segundo a mesma fonte, apresentamos na tabela 4, o número de inscritos nos vários programas de saúde, assim como o número e percentagem de vigiados e não vigiados para cada um. Verifica-se que a taxa mais baixa de não vigiados é de 70,4% no programa de Planeamento Familiar

Tabela 4 - Nº de utentes inscritos por programa de saúde, vigiados e não vigiados

Programas de Saúde	Total	Vigiado		Não vigiado	
		N	%	N	%
Rastreio Oncológico	642	542	84,4	100	15,6
HTA	492	369	75	123	25
PF	345	243	70,4	102	29,6
SI	278	259	93,2	19	6,8
Diabetes	141	108	76,6	33	23,4
SM	12	12	100	0	0

Fonte: MIM@MUF- primeiro semestre de 2022

De acordo com os dados fornecidos pelo BI-CSP para abril de 2022, que se encontram no anexo 1, verifica-se que a unidade tem um Índice de Desempenho Global (IDG) de 34,40, sendo baseado o seu cálculo em 111 indicadores.

No que diz respeito a alguns indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, ilustrados na tabela 5, verifica-se que a maior parte tem o score 0, nomeadamente na área da gestão da doença, o que se pode justificar com um intervalo de tempo em que o ficheiro ficou sem médico de família; no entanto verifica se o score de 2 para os indicadores relacionados com a vacinação, e mais concretamente no cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, atividade autónoma dos enfermeiros, tanto na área da saúde do idoso, como na do adulto e na saúde infanto-juvenil.

Tabela 5: Indicadores para cálculo do IDG

Designação Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	abr/21	score
5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	65,00	70,00	88,00	92,00	63,32227	0,000
20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	45,00	67,00	100,00	100,00	24,96697	0,000
30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	45,00	55,00	100,00	100,00	71,16751	2,000
93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	98,11321	2,000
94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	100,0000	2,000
95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	98,73418	2,000
98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	93,00	100,00	100,00	94,91243	2,000
99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	65,00	76,00	100,00	100,00	64,48428	0,000
261 - Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	70,00	87,00	100,00	100,00	60,38648	0,000
262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	38,00	58,00	100,00	100,00	31,66362	0,000
294-Taxa domicílios enfer. p/10 (Continuação) 00inscritos idosos	300,00	570,00	1500,00	1500,00	193,58449	0,000
295 - Propor. puérperas. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	51,00	77,00	100,00	100,00	52,77778	0,137
331 - Índice de utilização anual de consultas enfermagem	0,65	0,76	2,00	2,00	0,55041	0,000
345 - Proporção cons enfermagem realizadas no dia do agendamento	18,00	23,00	40,00	45,00	20,02157	0,000

Fonte: BI-CSP- abril de 2022

No que diz respeito à consulta de enfermagem no domicílio, esta possibilita, para além de uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde- doença no âmbito familiar e ambiental, sendo um meio privilegiado para a identificação das dinâmicas relacionais dentro da unidade

familiar, como os seus membros se relacionam entre si e a comunidade, e como podem contribuir para o processo de cuidado e/ou recuperação de um dos seus elementos.

Da análise anterior, verificou-se que a população inscrita na UCSP Norte é envelhecida, e tem um índice de dependência alto; é, por isso, importante criar um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável através do reforço dos cuidados prestados no domicílio.

Ao longo do estágio, foi possível acompanhar várias consultas no domicílio; estas são realizadas por solicitação do utente, familiar ou cuidador, dependendo do grau de dependência do utente, que é inscrito presencialmente ou por telefone.

Neste momento, estas são realizadas com um fim maioritariamente curativo.

O meio de transporte utilizado para a realização da consulta de enfermagem no domicílio é o táxi.

São critérios para a realização de consultas no domicílio: ser utente da UCSP Norte ou coabitante de utente da UCSP e estar em situação de dependência física ou funcional, de forma temporária ou definitiva, que esteja acamado ou que tenha uma grava redução da sua mobilidade. Excluem-se os utentes residentes em lares, casas de repouso, IPSS ou residentes fora da área de influência da unidade.

1.3.9. Horário de funcionamento

No quadro 1 é apresentado o horário de funcionamento da sede e de cada um dos polos da USCP Norte.

Quadro 1: Horário de funcionamento

LOCAL	HORÁRIO
UCSP Norte- sede	De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00 Sábados, domingos e feriados: Encerrado
UCSP Norte - Polo Monte Real / Carvide	De 2ª a 5ª feira: 08:00 às 13:00 14:00 às 16:00 6ªF: 08:00 às 12:00 Sábados, domingos e feriados: Encerrado
UCSP Norte - Polo Bajouca	De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 13:00 14:00 às 16:00 Sábados, domingos e feriados: Encerrado
UCSP Norte - Polo Coimbra	De 2ª a 6ª feira: 09:00 às 13:00 14:00 às 17:00 Sábados, domingos e feriados: Encerrado

1.3.10. Urgências/emergências e acidentes

As situações clínicas urgentes e emergentes não são atendidas na USCP Norte, devendo o utente dirigir-se ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria.

Em caso de acidentes, os utentes são inscritos e observados pelos profissionais de saúde, que consoante a sua avaliação, dão a resposta mais adequada, encaminhando se necessário.

1.3.11. Atendimento telefónico

O atendimento e gestão de chamadas é assegurado pela assistente técnica, que encaminha para a enfermeira de família do utente; caso esta esteja ausente, a chamada é reencaminhada para outra enfermeira, numa perspetiva de intersubstituição; número da unidade é o 244 685 692, e pode ser contactado nos dias úteis, excluindo feriados.

Também é possível o contacto via email, quer para o da unidade ((ucsp.norte@arscentro.min-saude.pt), quer para a respetiva enfermeira, sempre que o utente necessite.

1.3.12. Carteira adicional de serviço

Neste momento, a USCP Norte não contratualizou nenhuma carteira adicional de serviços; está planeado há algum tempo uma Consulta de Pé Diabético no Pólo de Monte Real / Carvide, mas que ainda não se concretizou, por falta do material necessário para a sua realização.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP NORTE E DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA ORIENTADORA

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) relativamente aos dados de abril de 2022, estão inscritos na USCP Norte 13679 utentes, correspondente a cerca de 6930 famílias. Destes, 9 317, ou seja 68,11% têm médico de família, 4 362, ou seja 31,89% não têm médico de família, entre os quais 30 utentes, por opção. No entanto, segundo informações colhidas no serviço, três ficheiros estão assegurados por três médicos que ainda não estão a trabalhar como especialistas em MGF, embora não lhes esteja oficialmente atribuído, ou seja, na realidade, apenas 367 utentes não têm médico de família.

Apresenta-se, na figura 10, a pirâmide etária dos utentes da unidade, que revela uma população envelhecida, com baixa taxa de natalidade e elevada esperança média de vida de vida; a percentagem de homens é de 49%, conseqüentemente a percentagem de mulheres é ligeiramente superior: 51%.

O ficheiro gerido pela enfermeira orientadora, Enfermeira Cláudia Santos, é constituído por 1535 utentes, correspondente a 595 famílias, de acordo com os dados colhidos na plataforma MIM@MUF, de abril de 2022, conforme apresentado nas tabelas 7 e 8:

Tabela 8 - Grupos etários por sexo dos utentes do ficheiro da Enfª. Cláudia e nº de família

Grupo Etário 8	Métrica	Nº Utentes Inscritos		
	Sexo	Homem	Mulher	Total
Total		737	798	1.535
>= 0 e < 7 Anos		31	36	67
>=7 e < 65 Anos		523	549	1.072
>= 65 e < 74 Anos		98	115	213
>= 75 Anos		85	98	183

Fonte: MIM@MUF- abril 2022

Tabela 7 - Nº de famílias do ficheiro

S		Total	
Frequentador			
Nº de Famílias	Nº Utentes Família	Nº de Famílias	Nº Utentes Família
595	1.536	595	1.536

Fonte: MIM@MUF- abril 2022

De acordo com a pirâmide etária reproduzida na figura 12, verifica-se que o ficheiro em estudo tem globalmente as características dos inscritos na UCSP Norte, sendo igualmente uma população envelhecida, com 48% de homens e 52% de mulheres.

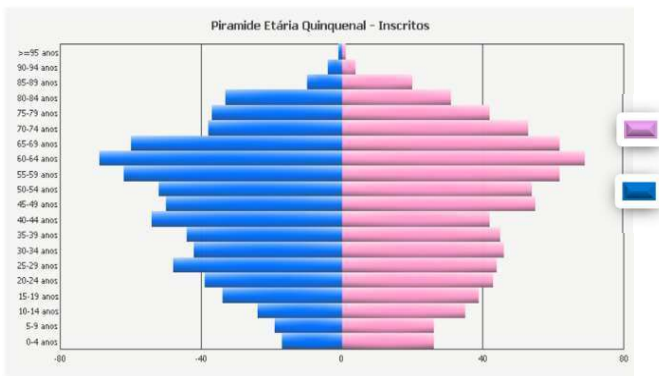


Figura 12 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da Enfª Cláudia

Fonte: MIM@MUF- abril 2022

De acordo com os dados colhidos na plataforma Módulo de informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@MUF), relativamente ao motivo que levou os utentes da UCSP Norte à consulta no primeiro semestre de 2022, verificamos na tabela 9, que traduz a quantidade de consultas de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC), que após a procura para medicina preventiva/acompanhamento geral, as patologias mais frequentes são a hipertensão (sem e com complicações), diabetes, alteração do metabolismo dos lípidos, contraceção e gravidez.

Tabela 9 - Nº de consultas segundo ICPC no 1º semestre de 2022 na UCSP Norte

Área ICPC	ICPC	QUANTIDADE CONSULTAS
Geral e inespecífico	Medicina preventiva / acompanhamento geral	3177
Aparelho circulatório	Hipertensão s/ complicações	1507
	Hipertensão c/ complicações	337
Endócrino, metabólico e nutricional	Diabetes insulino-dependente	29
	Diabetes não-insulino-dependente	948
	Alterações do metabolismo dos lípidos	413
Gravidez e planeamento familiar	Contraceção, outros	239
	Gravidez	271
	Gravidez de alto risco	16

Fonte: MIM@MUF- primeiro semestre 2022

Relativamente ao ficheiro da Enfermeira orientadora, verificamos na tabela 10, que o motivo predominante foi a hipertensão sem complicações, seguido da medicina preventiva /acompanhamento geral.

Tabela 10 - Nº de consultas segundo o ICPC no 1º semestre de 2022 no ficheiro da Enfermeira Cláudia

Área ICPC	ICPC	QUANTIDADE CONSULTAS
Geral e inespecífico	Medicina preventiva / acompanhamento geral	263
Aparelho circulatório	Hipertensão s/ complicações	281
	Hipertensão c/ complicações	47
Endócrino, metabólico e nutricional	Diabetes insulino-dependente	3
	Diabetes não-insulino-dependente	108
	Alterações do metabolismo dos lípidos	113
Gravidez e planeamento familiar	Contraceção, outros	25
	Gravidez	33
	Gravidez de alto risco	6

Fonte: MIM@MUF- abril 2022

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Achámos oportuno, baseados nos conteúdos teóricos lecionados anteriormente, e em alguma pesquisa bibliográfica, fazer um pequeno enquadramento dos conceitos que sustentam a prática especializada da Enfermagem de Saúde Familiar.

2.1. FAMÍLIA

2.1.1. Conceito de família

Não existe uma definição universal de família. Este tem vindo a evoluir ao longo do tempo e com o contexto cultural e sociodemográfico.

Do estudo das várias ciências que se debruçaram sobre a família (psicologia, sociologia, economia...) resultaram vários conceitos da mesma.

Hanson (2005) refere que, até à década de 70 do século XX, as definições de família eram muito circunscritas a pessoas que coabitavam, ou estavam ligadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção, relacionando-se uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, e criando uma cultura comum. A mesma autora diz também que essas definições variam de acordo com a respetiva área científica: a biológica, que integra as redes biológicas entre as pessoas; a sociológica, que envolve os grupos de pessoas que vivem juntas, e a psicológica, cuja definição engloba grupos de pessoas com fortes laços emocionais.

Só a partir da década de 80 do século passado começam a surgir definições mais alargadas: o departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde do Oregon afirma que família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária, envolvendo compromisso, tomada conjunta de decisões, e partilha de objetivos (Hanson, 2005).

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta uma definição de família que se foca no seu eixo relacional, conceitualizando-a como um grupo de elementos cujas relações se baseiam na confiança e suporte mútuos, assim como num destino comum; assim a OMS salienta a necessidade de não se limitar a considerar os laços biológicos ou legais quando se trabalha com famílias.

Alguns autores consideram os diferentes tipos de família como entidades dinâmicas, que têm a sua própria identidade, constituídas por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetividade ou interesse, e que convivem por um determinado espaço de tempo, durante o qual constroem uma história de vida que é única e irreplicável (Relvas & Alarcão, 2002).

De acordo com Dias (2011), qualquer que seja o modelo de família, ela é sempre um conjunto de pessoas que forma uma unidade social, um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior. Dessa forma, entende-se que a família constitui um sistema dinâmico, que contém outros subsistemas em relação, e desempenha funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora.

De acordo com Martins, Fernandes, & Gonçalves (2012), é na família que as pessoas desenvolvem um sentido de si e de grupo, através da unidade cultural familiar; sendo ela a unidade básica que proporciona suporte material e psicológico, a família ocupa então um lugar indispensável na vida dos seus elementos nos momentos de crise.

Wright e Leahey (2012) apresentam uma definição em que família é quem os seus membros dizem que são, valorizando a relação e organização dos mesmos.

Para o *International Council of Nurses* (ICN) a família é entendida como um grupo, unidade funcional ou todo coletivo, formado por pessoas vinculadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo o todo considerado um sistema maior que a soma das partes (ICN, 2015).

Relvas (2000) afirma que "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (p.14), ou seja, cada família possui a sua identidade, os seus valores, cultura, etnia, composição, objetivos, e a forma como se posicionam é única.

Devido à evolução de fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos que contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura e dinâmica familiar, assistiu-se as transformações nas famílias a nível da organização, das suas funções, nas relações, na complexidade e globalidade ao longo do desenvolvimento familiar, refletindo a evolução da época social (Dias, M. O., 2011); surgiram então novos tipos de família:

- Família nuclear, constituída por dois adultos de sexo diferente e os respetivos filhos biológicos ou adotados; não sendo já para muitos o modelo, este tipo de família continua a ser o mais presente;
- Família monoparental, composta pela mãe ou pelo pai e os filhos; é uma família que resulta de divórcio, viuvez, ou da própria opção dos progenitores, da adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, ou do recurso a técnicas de reprodução. O aumento dos divórcios fez aumentar o número deste tipo de famílias (Dias, M. O., 2011);
- Família alargada: grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo: avós tios, primos (ICN, 2015).

Além destas configurações existem ainda, entre outras:

- Família reconstituída, constituída por laços conjugais após o divórcio ou separações, sendo frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes;
- Família adotiva: família que adotou uma ou mais crianças não consanguíneas, com ou sem coabitação de filhos biológicos;
- Família Homossexual: constituída por cônjuges do mesmo sexo, com ou sem filhos;
- Família Comunitária: grupos de pessoas que coabitam, com objetivo de vida em comum, congregações, irmandades, etc.

2.1.2. Ciclo vital familiar

O ciclo vital da família diz respeito a uma sequência previsível de transformações na organização familiar em função de tarefas bem definidas, que caracterizam as suas etapas.

Duvall nos anos cinquenta apresentou a primeira classificação de estádios do ciclo vital familiar, onde foi introduzida a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar considerando a presença de crianças e a idade e evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação

Duvall e Miller (1985) descrevem dois tipos de mudanças características do desenvolvimento familiar: a que diz respeito às posições familiares e conteúdo dos papéis, e a outra referente aos padrões de interação da família.

Inicialmente Duvall e Miller (1985) definiram quatro etapas do ciclo vital familiar, mas aumentaram-nas para oito, definindo um conjunto de tarefas que deverão ser cumpridas para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento.

Segundo Duvall, as etapas do ciclo vital familiar podem ser definidas pela combinação dos seguintes fatores:

- O número de pessoas na família;
- A idade do filho mais velho do casal;
- A posição escolar do filho mais velho;
- As funções e o estatuto das famílias antes das crianças nascerem e após estas saírem de casa.

Este modelo tem em conta as mudanças na categoria etária do filho mais velho enquanto marcador do início de uma nova fase, uma vez que as mudanças das experiências do filho

mais velho afetam os restantes membros da família (Duvall & Kerckhoff, 1958); os oito estádios desse modelo são as seguintes:

1- **Fase de estabelecimento** (recém-casados sem filhos); as principais tarefas deste estágio são o estabelecimento de uma relação conjugal, a preparação para a gravidez e maternidade, e a adaptação à família alargada do outro cônjuge;

2 - **Início da parentalidade** (família com uma criança com um máximo de 3 anos); esta fase exige o ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente;

3- **Família com crianças em idade pré-escolar** (filho mais velho tem de 3 a 6 anos de idade); neste estágio, as tarefas visam a adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento, assim como lidar com o desgaste energético e com a diminuição de intimidade provocada pelo desempenho do papel de pais.

4- **Família com crianças em idade escolar** (filho mais velho tem entre 6 e 12 anos); a família deve assumir responsabilidades com crianças em meio escolar, relacionando-se com outras famílias na mesma fase.

5- **Família com filhos adolescentes** (filho mais velho tem entre 13 e 20 anos); as tarefas nesta fase consistem em facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade, sendo esta tarefa partilhada com a comunidade; deve também haver o estabelecimento de interesses pós-parentais:

6- **Família como centro de lançamento** (período desde a saída de casa do filho mais velho, até à saída do mais novo); deve ser permitida a separação e a saída dos filhos para o exterior, com rituais e assistência adequada. Outra tarefa desta fase é a manutenção de uma base de suporte familiar;

7- **Família na meia-idade** (período de “ninho vazio”); as principais tarefas são a reconstrução do casal, e a redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas;

8- **Família em envelhecimento** (período desde a reforma do(s) assalariado(s) da família até à morte de um/ambos os cônjuges) (Duvall & Kerckhoff, 1958); nesta fase, deve haver o ajustamento à reforma, assim como a aprendizagem que visa saber lidar com as perdas e a viver sozinho; é também uma fase de adaptação ao envelhecimento. (Relvas, 1996).

Estas fases são períodos durante o qual existe um equilíbrio e há consenso sobre funções, regras e tarefas de cada elemento, podendo ainda assim, haver necessidade de alteração às vivências, competências e exigências na mesma fase, ou na mudança para outra fase,

dependendo da situação ou do contexto, e assim sendo, a família tem de se reajustar e reorganizar os seus papéis e funções (Hill, 1986)

Relvas (1996) define o ciclo vital da família como sendo a sequência previsível de transformações na organização familiar. Segundo a mesma autora, conceptualização do ciclo vital da família e das suas etapas tem tido como referência a família tradicional, composta por pai, mãe e filhos e a idade da evolução do filho mais velho.

Relvas (1996) considera o ciclo vital da família composto por cinco fases:

1. **Formação do casal:** é o início da família, num contexto físico, psicológico e social.
2. **Família com filhos pequenos:** esta etapa inicia-se quando nasce o primeiro filho, e a díade existente até então transforma-se em tríade;
3. **Família com filhos na escola:** é uma etapa de abertura do sistema familiar ao mundo que a rodeia; a família sente-se observada, em relação ao desempenho do seu filho na escola e em relação às competências da criança para viver e conviver com os outros;
4. **Família com filhos adolescentes:** nesta fase há uma necessidade de definir um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social.

2.1.3. Estrutura e funções da família

Segundo Minuchin (1979, citado por Alarcão 2002, p.54), a estrutura familiar pode ser definida como se tratando de uma “rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem”.

Todas as famílias se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e papéis de cada um dos seus membros, de acordo com as expectativas sociais. Cada família tem peculiaridades que a caracterizam como única e diferenciam das demais quanto à identidade, unicidade, estrutura e características dos seus membros e formas como exercem as funções e papéis familiares, pelo que “(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal” (Relvas, 2000).

Nogueira (2003) salienta que as famílias podem ter estruturas diferentes e funções diferentes, de acordo com os países e culturas onde se inserem, sendo esta variedade de estruturas familiares é consequência de opções individuais e de valores sociais.

As estruturas e funções familiares mudam e adaptam-se constantemente às tendências sociais e ao ambiente exterior; no entanto, independentemente destas mudanças, a unidade familiar sobrevive em cada um de nós como uma unidade social importante em quase todas as sociedades (Nogueira, 2003).

Ao longo do seu ciclo vital, segundo Relvas (2000), as duas funções principais da família são:

- Uma função interna, de satisfação dos vários elementos da família relativamente aos cuidados básicos, educação e proteção, de definição de espaços autónomos e individuação dos vários elementos, de criação de um sentimento de pertença familiar e de transmissão da cultura familiar;

- Uma função externa, de transmissão da cultura dominante e das regras do contexto externo onde ela se insere, e de promoção da articulação da cultura familiar com a do meio social onde esta se insere (Relvas, 1996).

Minuchin (1990) refere que as funções familiares, resultantes da organização do sistema familiar, são as que a família desenvolve no sentido de sobreviver como sistema social, e simultaneamente, contribuir para a sociedade.

Hanson (2005), na sua análise das funções familiares, considera um nível microsistémico da unidade familiar, e outro mais abrangente, perspetivando o impacto da família como instituição social. Ao primeiro nível a autora designa a família como sistema social, enquanto no segundo integra as funções da família na sociedade.

Figueiredo (2012) apresenta como principais, para além das funções reprodutora e económicas, as funções afetivas, de socialização e de cuidados de saúde.

As funções afetivas da família são aquelas que visam a satisfação das necessidades emocionais dos seus membros, num contexto de amor, apoio e relações íntimas, permitindo a estabilidade emocional e o suporte aos elementos da família relativamente a pressões externas.

A função de socialização e da família permite a interiorização de normas sociais pelos seus membros, integrando-as e adaptando-as no sentido de serem capazes de desempenhar funções na mesma; sendo por isso uma função fundamental, não só para a integração dos membros na sociedade, mas também porque garante a continuidade dos sistemas sociais. (Figueiredo, 2012). Assim, segundo Figueiredo (2012), a família é um espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, que assegura a continuidade da cultura, através de um cenário quotidiano, com significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afetos e inter-relações entre os seus membros.

Relativamente à função da família nos cuidados de saúde, a mesma autora acredita que é no contexto familiar que são tomadas as decisões sobre as práticas de saúde, sendo que a família também se apresenta como provedora das mesmas.

Neste sentido, Gutierrez & Minayo (2010) referem que é na e pela família que se desenvolvem os cuidados essenciais à saúde, que vão desde as interações afetivas, necessárias ao pleno

desenvolvimento da saúde mental e da personalidade dos seus membros, passando pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar, e atingindo o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços de saúde, tal como medicação, dietas e cuidados preventivos.

A função da família relativamente aos cuidados de saúde engloba três vertentes fundamentais:

- É o local onde os indivíduos aprendem os comportamentos de saúde e que influencia o desenvolvimento de atitudes e comportamentos face aos seus processos de saúde. De facto, é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde dos indivíduos, onde a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar;
- É o espaço de proteção ou, pelo contrário, precipitador de doença; pois a família pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento ou antes reforçar o seu papel de doente e dependente (Friedman, 1998);
- É o contexto onde estes recebem cuidados de saúde. Segundo Friedman (1998), esta torna-se uma dimensão essencial da família uma vez que o seu funcionamento saudável influencia positivamente a saúde de cada um dos membros, incluindo a promoção de valores e crenças relacionadas com o amor, sexualidade, solidariedade e valor da vida (Figueiredo, 2009).

A forma como a família desempenha as suas responsabilidades nos cuidados de saúde, assim como as suas competências para cuidar, são influenciadas por fatores como a sua estrutura, a repartição do trabalho, o estatuto socio-económico e a etnia. As tarefas realizadas pela família no que diz respeito à saúde são as seguintes:

- assegurar alimento, abrigo e vestuário adequados;
- manter um ambiente físico e psicossocial favorável à saúde;
- assegurar recursos de higiene pessoal;
- educar para a saúde;
- tomar decisões em situações de saúde e de doença;
- reconhecer rupturas de saúde;
- recorrer aos cuidados de saúde em situação de doença;
- prestar primeiros socorros;
- supervisionar medicação e prestar cuidados de saúde a curto e longo prazo, assim como cuidados de reabilitação ;

- participar na melhoria dos cuidados de saúde da comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999).

Reconhecendo que a família também é responsável pela saúde dos seus membros é imprescindível que se reconheça a necessidade de ouvir as suas dúvidas, ter consideração pelas suas opiniões e, sobretudo, incentivar a sua participação em todo o processo de cuidar. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, em qualquer contexto da sua prática, considerem a família como um alvo dos seus cuidados, e não apenas como um agente prestador de cuidados para os seus membros (Figueiredo M. , 2009).

À luz da evidência teórica, segundo Hanson et al (2005) e Wright e Leahey (2009) existem, entre várias explicações para que o interesse tenha o foco na família, as seguintes:

- 1) a promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade;
- 2) a saúde e a doença são assuntos da família;
- 3) a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significativo no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros;
- 4) a família como um todo tem impacto no modo como os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo;
- 5) a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo.

Assim, a consciência de uma prática baseada na evidência aponta-nos para práticas responsáveis e efetivas as que envolvem as famílias nos cuidados, ou por outras palavras a prática de enfermagem de família.

2.2. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A saúde familiar, segundo Hanson (2005) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.

O mesmo autor define enfermagem de saúde familiar, como: “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p.8).

Apesar de Florence Nightingale já ter mostrado preocupação em integrar a família como foco dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009), a inclusão da família tem o seu enquadramento internacional na “Saúde 21”, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na região europeia (Organização Mundial de Saúde, 2002). Reconhecendo que a família é uma unidade chave na melhoria da saúde na região europeia, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes, ou não, a estilos de vida saudáveis, vem justificar o desenvolvimento do conceito de enfermeiro de família (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

2.2.1. Fundamentos teóricos e conceptuais para a enfermagem de família

Segundo Figueiredo (2012), a enfermagem de família é um campo disciplinar com um corpo de conhecimento específico, que se tem desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo.

Não há uma única teoria ou estrutura conceptual que descreva adequadamente as relações da família ou que dê aos enfermeiros uma base de conhecimentos e compreensão suficientemente abrangente para orientar a avaliação e as intervenções junto das famílias (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

De acordo com Hanson (2005) a enfermagem de família, surge da convergência dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar, e de teorias de ciências sociais da família, conforme representado na figura 13.

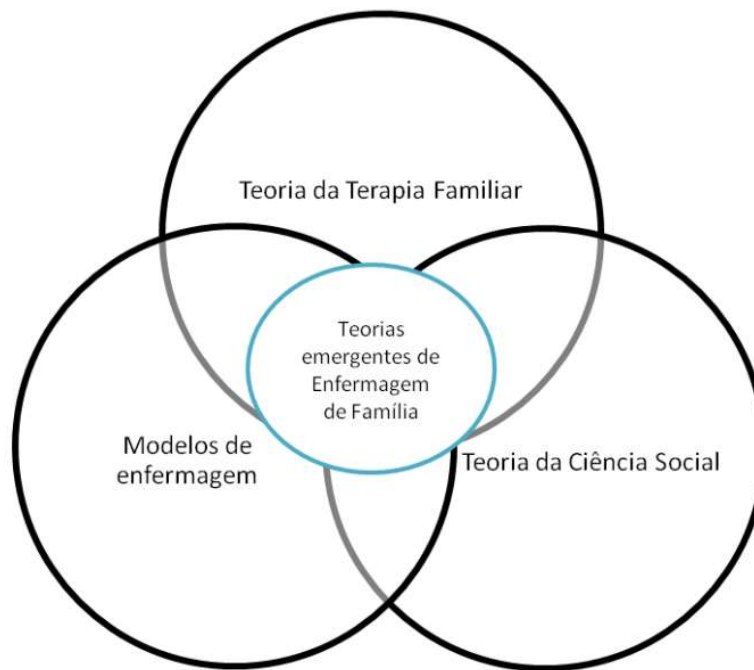


Figura 13 - Fontes Conceptuais de teorias emergentes da Enfermagem de Família
Fonte: Adaptado de Hanson (2005)

2.2.1.1. Contributos das teorias das ciências sociais da família

As teorias das ciências sociais da família são as e que mais informações fornecem sobre os fenómenos familiares, como a função familiar, o intercâmbio entre ambiente e família, interações e dinâmicas dentro da família, mudanças na família ao longo do tempo e a reação da família à saúde e à doença (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

Para Hanson e Kaakinen (2010), as principais teorias das ciências sociais da família que permitam uma melhor compreensão das famílias, e a prática da enfermagem junto dessas, são a teoria dos sistemas, a teoria estrutural-funcional, a teoria interativa, a teoria do desenvolvimento, a teoria do stress, e a teoria da mudança, que passamos a descrever sumariamente:

. A **Teoria Geral dos Sistemas** foi desenvolvida pelo biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, a partir de 1936; este concebia que as leis aplicadas aos organismos biológicos poderiam ser ampliadas a outras áreas do conhecimento. Para o autor, um sistema representa um conjunto complexo de elementos em interação, que formam um todo unitário e organizado. A Teoria dos Sistemas contribuiu significativamente para a elaboração de conceitos que fundamentam a conceção de família como um sistema. Entre esses conceitos, destacam-se: a equifinidade, a globalidade, a homeostase, a morfogênese, a noção de causalidade circular e o princípio da não – somatividade.

De acordo com o princípio da globalidade, todos os sistemas estão organizados como um todo coeso, sendo que mudanças em cada uma das partes promovem mudanças no todo.

O princípio da equifinalidade determina que o equilíbrio de um sistema aberto é delimitado pelos parâmetros do sistema, ou seja, “diferentes condições iniciais geram igualdade de resultados e diferentes resultados podem ser gerados por diferentes condições iniciais” (Gomes, Bolze, Bueno, & Crepaldi, 2014).

A homeostase é considerada um processo de autorregulação que protege o sistema de possíveis desvios e mudanças, com o objetivo de manter a sua estabilidade; no contexto familiar, esse princípio apresenta-se como uma tendência para manter um padrão de relacionamento que impede a sua transformação (Gomes, Bolze, Bueno, & Crepaldi, 2014).

A morfogénese, inversamente, refere-se à capacidade de autotransformação do sistema, de maneira criativa; pensando no sistema familiar, presume-se a existência de um potencial para a mudança, de ordem estrutural e funcional, sendo que o funcionamento familiar pode adquirir novas configurações, qualitativamente diferentes da anterior (Alarcão, 2000).

O conceito de causalidade circular pressupõe que cada efeito no sistema pode retroativamente alterar a causa que o determinou, ou seja, na realidade não existem causas e efeitos, e sim um sistema de influências recíprocas. No sistema familiar, esse princípio é representado pelo facto de que cada membro influencia os outros, e ao mesmo tempo é influenciado por eles.

O princípio da não – somatividade, por sua vez, diz respeito à totalidade do sistema: o comportamento considerado como um todo é mais complexo do que a soma dos comportamentos de cada uma das partes.

A Teoria Geral dos Sistemas também usa o conceito de retroalimentação ou feedback que emergiu na cibernética, o qual garante a circulação de informações entre elementos do sistema. A retroalimentação pode ser negativa, o que acontece quando esse mantém a homeostase, ou positiva, que ocorre quando o sistema responde pela mudança sistémica

Portanto, segundo o pensamento subjacente da Teoria Geral dos Sistemas, é fundamental que o foco dos estudos e intervenções com famílias incidam nas relações e nos padrões de funcionamento do grupo familiar, sem, no entanto, que o sujeito perca a sua individualidade (Gomes et. al., 2014).

. Na teoria **estrutural-funcional**, considera-se a família como um sistema social aberto, sendo analisada a interação entre a família e o seu ambiente externo, no seu macrosistema (Friedman, 1998). É uma abordagem abrangente que vê as famílias dentro de um contexto

mais vasto da comunidade. O principal objetivo é considerar a família dentro da estrutura global da sociedade, e ver de que forma os padrões familiares se adaptam às instituições (Hanson & Kaakinen, 2005). Hanson (2005) reconhece a família como um sistema social, partindo do pressuposto de que os membros da família se comportam de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, que são aprendidos principalmente através da socialização.

A teoria estruturo-funcional tem uma abordagem mais estática da família do que as outras teorias, cuja abordagem se fundamenta mais nas alterações de cada família ao longo do tempo.

A teoria interativa ou da interação simbólica vê a família como unidade compostas por personalidades em interação, explorando as comunicações entre os seus membros e evidenciando a importância dos seus papéis, das suas tomadas de decisão e resolução de problemas; em suma, analisa a dinâmica interna da família. Esta teoria é bastante útil para a enfermagem de família, uma vez que se centra nos processos internos de interação dentro das famílias. No entanto, a sua vulnerabilidade reside no facto de não ter em consideração o ambiente, história, cultura ou estatuto socioeconómico da família (Hanson S. , 2005).

A Teoria do Desenvolvimento Familiar surgiu no final da década de 1940, coincidindo com o desenvolvimento da área de ciência da família. O foco principal da teoria está nas mudanças sofridas pela família nos diferentes estádios e ciclos de vida familiar, mudanças que podem ser caracterizadas por períodos de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação e, também, por momentos de desequilíbrio. O carácter desenvolvimentista desta abordagem reside principalmente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital, conceito-chave desta abordagem. As tarefas representam uma sequência previsível de transformações, diferenciando fases e etapas, assemelhando-se a uma “carreira familiar” (Relvas, 2006). Esta teoria permite aos enfermeiros avaliar o estágio de desenvolvimento da família, as tarefas associadas e problemas que poderão coexistir, apresentando como desvantagem ter sido desenvolvida quando a família tradicional nuclear era norma (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010). Segundo Friedman (1998), a introdução de novas estruturas familiares, onde o conceito de carreira familiar associada à família nuclear intacta é obviamente limitado na sua aplicabilidade, tendo introduzido as famílias de divorciados, de padrastos, uniões de facto.

As **teorias de stress familiar** , segundo Rocha (2009) que assentam na perspetiva dos sistemas sociais têm a sua origem no Modelo ABC-X proposto por Hill (citado por Boss, 2002, McCubbin & Patterson, 1983, McKenry & Price, 2005, Serra, 2002), representado na figura

14, sendo A, o acontecimento gerador de stress ou stressor; B, os recursos ou forças de que a família dispõe para lidar com o referido acontecimento; e C, o significado que a família, individual e coletivamente, atribui ao stressor; produzem X, stress ou crise). De acordo com esta abordagem, para além do fator X sofrer a influência de diferentes moderadores, o stress e a crise resultam mais da resposta da família perturbada ao acontecimento, do que do próprio stressor (Boss, 2002; McKenry & Price, 2005). De outro modo, se o acontecimento é significativo, se a família dispõe de poucos recursos e se percebe a situação como ameaçadora, o resultado será a crise.

Rocha (2009) refere que, baseados na convicção da necessidade de um modelo mais dinâmico, explicativo dos esforços continuados que as famílias e seus membros realizam para se adaptarem às situações de crise, McCubbin e Patterson, em 1983, desenvolveram o Modelo ABCX-Duplo (Figura 15), pela introdução de quatro novas variáveis pós-crise e de uma abordagem que contempla a influência da comunidade (ecossistema), na tentativa de dar explicação a: (Aa), stressores e mudanças adicionais que podem influenciar a capacidade da família para se adaptar; (Bb), os fatores psicológicos e sociais críticos a que as famílias recorrem na gestão das situações de crise; (Cc), os processos em que as famílias se envolvem para atingir resoluções satisfatórias; e (Xx), resultados, mais ou menos bem sucedidos, dos esforços da família.

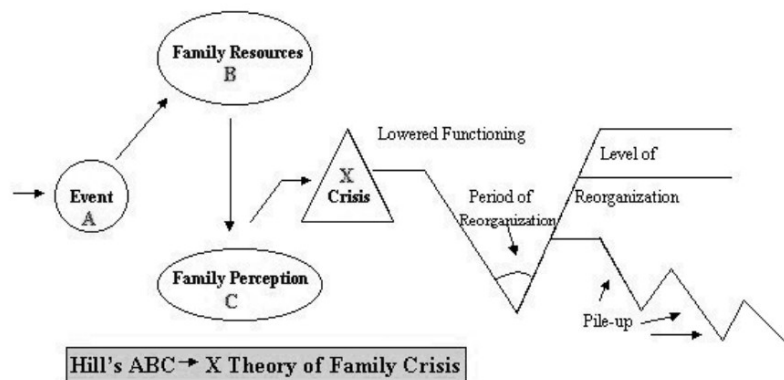


Figura 14 - Modelo ABC – X de Stress Familiar
Fonte: Rocha, 2009

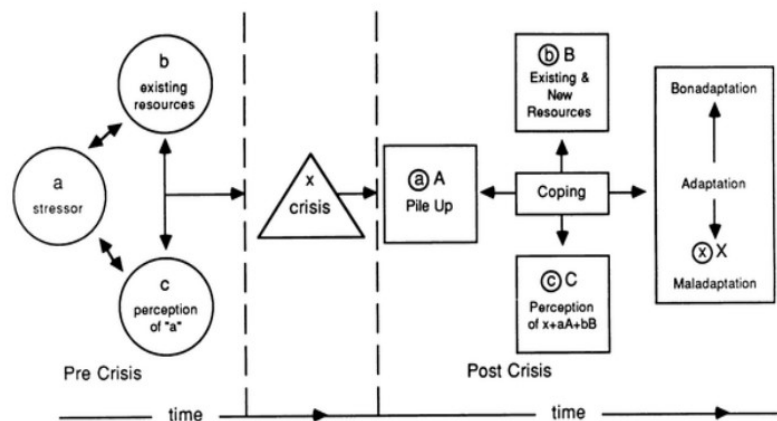


Figura 15 - Modelo ABCX Duplo de Stress Familiar
Fonte: Rocha, 2009

O processo culmina, então, com a fase de adaptação familiar, que resulta da percepção que a família desenvolve da necessidade de reestruturação, no sentido de alcançar estabilidade funcional e de aumentar a satisfação familiar (Rocha, 2009). Para isso são-lhe “exigidas” modificações na estrutura e no funcionamento vigentes (Minuchin & Fishman, 1990), que passam pela alteração de papéis, regras, objetivos, padrões de interação e/ou “jogos” familiares. Para que o novo estado de equilíbrio se torne consistente, emerge a necessidade dos membros da família se unirem numa unidade de trabalho coesa e de contribuírem para a aceitação conjunta das mudanças instituídas. Este processo de reestruturação e consolidação desenvolve-se ao longo de todo o ciclo de vida, sempre que as famílias se veem confrontadas com a necessidade de mudar. Em suma, o stress familiar surge da avaliação que o indivíduo e a família fazem das estratégias/recursos de que dispõem para fazer face a novas exigências. Quando essa avaliação é negativa, e os recursos se revelam insuficientes, verifica-se uma alteração no seu padrão de equilíbrio a qual, se continuada, conduzirá a uma situação de crise (Rocha, 2009).

Esta teoria revela-se muito relevante para a enfermagem de família, uma vez que evidencia que a percepção do agente stressor é mais relevante do que a realidade objetiva, permitindo identificar os recursos e os pontos fortes das famílias, de modo a fortalecer o coping de fatores de stress (Hanson, 2005).

A **Teoria da Mudança** tem um contributo importante para a Enfermagem em Saúde Familiar, uma vez que os enfermeiros se deparam com o desafio do relacionamento paradoxal entre estabilidade e mudança (Wright & Leahey, 2012). Wright e Leahey (2012) referem que Maturana (1978) explica a repetição entre mudança e estabilidade da seguinte maneira: a mudança é uma alteração na estrutura da família que surge como compensação das perturbações, e que tem como objetivo manter a estrutura e a estabilidade, sendo a própria

mudança vivida como uma perturbação no sistema, de forma a originar uma mudança posterior e estabilidade.

As mesmas autoras referem que Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) foram os primeiros a afirmar que a estabilidade e a mudança, apesar das suas naturezas opostas devem ser consideradas em conjunto, apontando para dois tipos de mudanças:

- A mudança de primeira ordem, que é uma mudança em quantidade e não em qualidade, em que o sistema permanece imutável, enquanto os seus membros se submetem a algum tipo de mudança. Essa mudança envolve o uso repetido de estratégias de resolução de problemas;
- A mudança de segunda ordem é a que altera o próprio sistema, devendo existir mudanças reais nas regras que regem o sistema, ou seja, há uma transformação na própria estrutura do sistema (Wright & Leahey, 2012).

Segundo Wright e Leahey (2012), a mudança numa família podem abranger os domínio cognitivo,afetivo ou comportamental, mas a ocorrência em qualquer um terá impacto nos outros; as autoras referem ainda que uma mudança importante no sistema familiar pode ser precipitada pr grandes eventos da vida (doneças graves, desemprego, divórcio, morte de um membro da família, vícios, catástrofes naturais, etc) ou pela intervenção de profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Wright e Leahey (2012) apresentam nove conceitos relativos à mudança que devem orientar as intervenções de enfermagem nas famílias:

- 1- A mudança é dependente da perceção do problema;
- 2- A mudança é determinada pela estrutura;
- 3- A mudança é dependente do contexto;
- 4- A mudança é dependente de objetivos de tratamento desenvolvido em conjunto;
- 5- Só a compreensão não acarreta mudança;
- 6- A mudança não se dá necessariamente da mesma maneira em todos os membros da família;
- 7- Facilitar a mudança é responsabilidade da enfermeira;
- 8- A mudança surge por meio de um “ajuste” ou entrosamento entre as propostas terapêuticas (intervenções) da enfermeira e as estruturas biopsicossociais-espirituais dos membros da família.
- 9- A mudança pode ter inúmeras causas (Wright & Leahey, 2012).

Em síntese apresentamos no quadro... as características gerais das teorias das ciências sociais atrás referidas:

Quadro 2 - Principais características das teorias das Ciências Sociais

Teorias das Ciências Sociais Familiares Principais autores	Resumo
Teoria dos Sistemas Von Bertalanffy (1950, 1968)	O foco está nas interações circulares entre os membros dos sistemas familiares, que resultam em resultados funcionais ou disfuncionais Teoria do Stress Familiar Hill (1949, 1965) McCubbin e McCubbin (1993) McCubbin e Patterson (1983) O foco está na análise
Teoria Funcional Estrutural Artinian (1994) Friedman, Bowden e Jones (2003), Nye & Berardo (1981)	O foco está nas famílias como instituição e como elas funcionam para manter a família e rede social.
Teoria da Interação Simbólica Hill e Hansen (1960) Nye (1976) Rose (1962) Turner (1970)	O foco está nas interações dentro das famílias e na comunicação simbólica.
Teoria do Desenvolvimento e Teoria do Ciclo de Vida Familiar Carter e McGoldrick (2005) Duvall (1977) Duvall e Miller (1985)	O foco está no ciclo de vida das famílias e representando estágios normativos de desenvolvimento familiar
Teoria da Mudança Maturana (1978) Maturana e Varela (1992) Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) Wright e Leahey (2013) Wright e Watson (1988)	O foco está em como as famílias permanecem estáveis ou mudam quando há mudança dentro da estrutura familiar ou através de influências externas

Fonte: Adaptado de Kaakinen, Coehlo, Tabacco e Hanson (2015)

2.2.1.2. Contributos das teorias de terapia familiar

Ao contrário das teorias das ciências sociais da família, os modelos da terapia familiar são orientados para a prática clínica, com enfoque para a patologia familiar (Hanson & Kaakinen, 2005), e segundo Hanson (2005) são as que mais contribuíram para o desenvolvimento das práticas clínicas da Enfermagem de Saúde Familiar.

A terapia familiar surgiu a partir do início de 1960 como um método distinto da psicoterapia, e visava o tratamento de famílias e indivíduos com problemas; assim, as teorias da terapia familiar são modelos práticos descritivos e prescritivos, orientados para a patologia, para a compreensão da disfunção e intervenção na mesma. Estes modelos têm por base teorias da psicologia e sociologia, nomeadamente a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e comunicação, que permitem abordagens diferentes aos fenómenos da família (Hanson, 2005).

A terapia familiar estrutural foi desenvolvida por Minuchin e seus associados (Hanson & Kaakinen, 2005) e é a abordagem mais influente para a terapia familiar em todo o mundo (Nichols & Schwartz, 2007). A família é vista como um sistema social cultural aberto, continuamente confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro, como de fora da família (Kaakinen & Hanson, 2010).

Três conceitos são os componentes essenciais da teoria familiar estrutural: estrutura, subsistemas e fronteiras (Nichols & Schwartz, 2007): estrutura familiar refere-se ao padrão organizado em que os membros da família interagem; as famílias diferenciam-se em subsistemas baseados em geração, género e interesses comuns, sendo que cada membro da família desempenha muitos papéis em vários subsistemas; os indivíduos, subsistemas e a família inteira são demarcados por fronteiras ou limites interpessoais, barreiras invisíveis que regulam o contato com os outros. As fronteiras variam de rígidas a difusas; limites rígidos são excessivamente restritivos e permitem pouco contacto com subsistemas externos, resultando em desligamento. Indivíduos ou subsistemas desligados são independentes, mas isolados, o que, por um lado estimula a autonomia, mas por outro lado, limita a afeição e a ajuda. Famílias desligadas precisam chegar a um estresse extremo antes de mobilizarem ajuda mútua. Os subsistemas emaranhados fornecem um sentimento amplo de apoio mútuo, mas à custa da independência e da autonomia (Nichols & Schwartz, 2007). Salvador Minuchin afirmou que as pessoas são basicamente competentes, mas que essa competência é reprimida pela estrutura família; nesta perspetiva, o terapeuta une-se à família, com o objetivo de mudar a organização familiar para que as experiências dos membros da família se modifiquem. Esta abordagem, focada no presente, é orientada para a ação e centrada no problema (Fernandes, 2014).

A primeira geração de terapia familiar, influenciada pela teoria dos sistemas, denominada de **teoria da terapia familiar dos sistemas**, foi inicialmente proposta por Bowen (1978), a partir do seu estudo clínico sobre esquizofrenia, e desenvolvida por Freeman (1992) (Hanson & Kaakinen, 2005). Bowen observava as famílias como sistemas naturais abertos, cujos limites eram alterados com entradas e saídas de novos elementos ao longo do tempo; dessa forma as famílias são compreendidas a partir de uma perspetiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas, e repetitivas (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011). Bowen introduziu o conceito de diferenciação do “self”, que trata da habilidade das pessoas de autorregular as suas emoções, ou seja, de aumentar sua individuação sem deixar de pertencer ao sistema familiar. É um processo contínuo e dinâmico que ocorre ao longo de todo o desenvolvimento. Bowen realçava a importância do passado no presente, ajudando a família a construir um genograma multigeracional (Hanson & Kaakinen, 2005).

A **Teoria da Terapia Familiar Interativa** ou **Teoria da Comunicação** foi um modelo desenvolvido por Carl Whitaker, Jay Haley, Virginia Satir, entre outros, baseado no interacionismo simbólico, salientando o processo comunicativo e interativo que ocorre entre a família individual e membros e subsistemas dentro da família (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011).

Segundo Relvas (1996), consiste mais num modelo do que numa teoria, uma vez que orienta para um conjunto de práticas. Na terapia destaca-se o valor da comunicação e a componente estratégica (é o terapeuta que define objetivos claros para a solução do problema), para além da posição do terapeuta enquanto agente de mudança.

Nessa teoria “a ênfase é colocada no aqui e agora e não no passado. A pergunta-chave é “o que está a ser processado” e não o “porquê”. Esta abordagem baseia-se nas regras fundamentais da comunicação (Hanson & Kaakinen, 2005, p. 53).

A Teoria da Comunicação Humana afirma que a comunicação tem efeito no comportamento dando origem a implicações nas relações interpessoais. Bateson e Watzlawick preconizaram que a teoria também abarca os cinco axiomas que são:

- 1) É impossível não comunicar;
- 2) Toda comunicação tem aspeto de relato (conteúdo) e de ordem (relação);
- 3) A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes (cada comportamento é causa e efeito do outro);
- 4) Os seres humanos comunicam de maneira digital (comunicação verbal) e analógica (comunicação não verbal);
- 5) Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, e estão baseadas na igualdade ou na diferença (Alarcão, 2000).

2.2.1.3. Contributos dos modelos teóricos de enfermagem

Segundo Figueiredo (2012), os modelos conceptuais subjacentes à prática de enfermagem promovem várias perspetivas para a prática de enfermagem, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Podem também servir de ligação entre a teoria e a prática e clarificar pensamentos, assim como, clarificar pensamentos sobre os elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si (Wesley, 1997 as cited in Figueiredo, 2012).

A mesma autora salienta que os modelos conceptuais fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, permitem oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, consolidada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da

intervenção familiar. E são por isso compatíveis com a utilização do processo de enfermagem. Por outro lado, possibilitam um quadro de referência e deste modo, fortalecem a construção do conhecimento em enfermagem, uma vez que integram um conjunto de enunciados gerais que incluem conceitos dentro de uma configuração ou padrão significativo (Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006 as cited in Figueiredo, 2012).

Os primeiros modelos e teorias de enfermagem baseavam-se nos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, considerando a família, enquanto grupo ou unidade, como parte integrante do ambiente, proporcionando um fator protetor, ou pelo contrário, de adversidade ao longo da vida dos indivíduos; posteriormente, a família foi considerada como alvo e contexto de cuidados de enfermagem, nascendo modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo M. , 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), alguns modelos e teorias de enfermagem contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente a sua afirmação conceptual. Neste contexto inserem-se sobretudo as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen consideradas como mais relevantes no desenvolvimento da enfermagem de família.

Assim a enfermagem à família não se encontrava inicialmente explícita nos enunciados da maioria das teorias clássicas existentes, no entanto, as teorias e os modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para as práticas de enfermagem à família (Kaakinen & Hanson, 2010), conforme ilustrado no quadro 3.

Quadro 3 - Principais Conceitos para a Enfermagem à Família

Autores Teoria/Modelo	Data Início (Alteração)	Família como conceito relevante
<u>Florence Nightingale</u>	1859	A primeira teórica que incorporou a família na enfermagem. A família tem influência positiva e negativa no indivíduo.
<u>Martha Rogers</u> Teoria do ser humano como um todo	1970 (Casey 1996)	De início focado no indivíduo. Um todo multidimensional de energia em constante troca com o ambiente. Depois a família como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente
<u>Sister Calista Roy</u> Teoria de adaptação	1976 (Roy & Roberts, 1981)	Originalmente a família foi incorporada como contexto e influencia a adaptação do indivíduo em momentos de mudança. Em 1981, introduz a família como um sistema adaptativo, e o enfermeiro assiste as famílias no processo de adaptação. Ambiente e coping surgem como elementos importantes na enfermagem de família.
<u>Imogene King</u> Teoria da consecução de objetivos	1981 (1987)	Baseia-se na teoria dos sistemas Dá importância à interação entre o enfermeiro e a família como cliente. Destaca a importância da participação do cliente na tomada de decisões que influenciam o cuidado e os resultados.

(Continuação)

<u>Betty Neuman</u> Modelo de sistemas	1970 (1995)	Baseia-se na teoria dos sistemas e enfatiza o organismo como um sistema aberto em relação com ele e com o meio. Vê a família como um sistema composto por subsistemas. A relação entre subsistemas é o foco central.
<u>Dorothea Orem</u> Teoria do deficit de autocuidado	1985 Gray (1996)	Família como contexto O principal foco é o papel que a família tem para que os seus elementos alcancem o autocuidado. Mais tarde o conceito é aplicado à família como unidade.
<u>Rosemarie Parse</u> Teoria da evolução humana	1992	A composição da família inclui os indivíduos que os familiares consideram ser parte da família. Comunicação terapêutica; Teoria da mudança Os enfermeiros trabalham com as famílias descobrindo soluções.
<u>Marie-Louise Friedemann</u> Modelo de Organização sistémica	1995	Família como cliente Consistente com a teoria geral dos sistemas Foca-se na estrutura da família
<u>Sharon Denham</u> Modelo de saúde familiar	2003	A saúde da família é vista como um processo de interação entre os comportamentos dos membros da família.

Fonte: Adaptado de Kaakinen & Hanson (2010)

Moyra Allen elaborou um modelo de Enfermagem, conhecido por modelo de McGill, orientado para a promoção da saúde no seio da família. O objetivo dos cuidados é a promoção da saúde na família e dos seus membros, pela ativação do seu processo de aprendizagem e influência mútua. O enfermeiro age como agente facilitador, estimulador e motivador face à aprendizagem, recorrendo à negociação, colaboração e coordenação com a família.

Também de referir a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis a partir da década de 1960. Para a sua construção, investigou o planeamento familiar e os processos envolvidos, como o tornar-se mãe/pai, e o domínio dos papéis parentais. Posteriormente, o seu interesse de investigação foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição e as pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis; Em 1985, junto com a enfermeira Norma Chick, da Universidade de Massey, Nova Zelândia, descreveu a transição como um conceito para a enfermagem (Alligood, 2014).

Meleis (2010, p.11) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”.

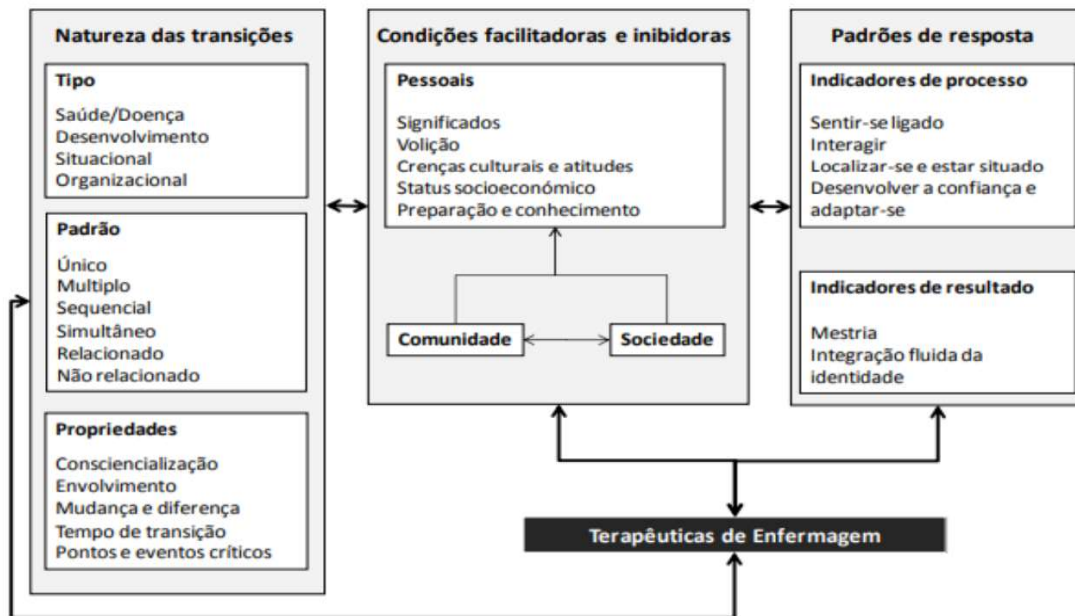


Figura 16 - Teoria das Transições de Médio Alcance
Fonte: Meleis (2010)

A importância de compreender o processo de transição e tornar-se um recurso de mudança evidencia a contribuição da enfermagem para a saúde dos cidadãos, fornecendo orientação e estratégias que permitam processos de transição favoráveis.

Mais recentemente, Laurie N. Gottlieb (2016) apresentou uma nova forma de pensar em Enfermagem com o seu modelo: Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (*Strengths-Based Care*. SBC). A autora define a como “uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde” (Gottlieb, 2016, p. 1).

Utilizando o metaparadigma de enfermagem, Gottlieb (2016) afirma que a saúde é o que os indivíduos e famílias aspiram, e que a pessoa é um todo que funciona de forma integrada. Os ambientes contêm forças que compelem para o fomento ou o seu défice e que, por fim, os enfermeiros, que trabalham com as pessoas e os seus ambientes, devem desenvolver forças que promovam a cura e a saúde. A este propósito a autora diz que as forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e da família que definem a sua personalidade, são aptidões da pessoa e elas aparecem de muitas formas, incluindo ativos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e dons; as forças podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais, podem ser internas (motivação, coragem, resiliência), (assim como externas (finanças, suporte, religião, espiritualidade (Gottlieb, 2016). Os enfermeiros necessitam de considerar três origens das forças: a) forças já existentes e recursos; b) potenciais; c) défices que podem ser convertidos em forças. As pessoas nascem com

determinadas capacidades e forças, contudo no decorrer do seu crescimento, os processos de desenvolvimento impelem-nas para desafios e todos requerem formas de aprendizagem. “as forças desenvolvem-se primariamente através da interação da pessoa com o seu ambiente (...)”. (Gottlieb,2016, p.141). Esta teoria caracteriza-se por se concentrar nas competências e recursos da pessoa/doente/família/comunidade, que o enfermeiro deve procurar, decidindo quais as forças disponíveis para serem mobilizadas, e quais as que precisam de ser desenvolvidas, numa parceria colaborativa.

Em suma, não é suficiente uma única teoria ou estrutura conceptual para descrever de modo adequado as relações da família. Só a incorporação de várias perspetivas proporciona aos enfermeiros uma base de conhecimentos suficientemente ampla para orientar a avaliação e as intervenções com as famílias (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

Para além disso, Figueiredo (2012) refere que, seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções; a agregação dos dados permite uma análise multidimensional, a estruturação dos mesmos, e a identificação dos focos de atenção, possibilitando subsequentemente, fundamentar as intervenções planeadas.

De acordo com Hanson (2005), a principal preocupação de qualquer processo de enfermagem deve ser identificar necessidades e preocupações de forma sistemática e metodológica, agir de forma a ir ao encontro da resolução de problemas, bem como avaliar o grau de consecução dessas necessidades e preocupações.

Segundo Friedman (1998, p. 49), “a enfermagem de família abrangente é um processo complexo, em que é necessário haver uma abordagem lógica sistemática para trabalhar com as famílias e os seus membros. Esta abordagem é o processo de enfermagem”.

A estrutura, o desenvolvimento e a dinâmica familiar são apenas alguns conceitos para entender melhor as famílias. No que se refere às fases de construção de um processo de enfermagem familiar devem considerar-se as etapas referidas anteriormente. Assim, no que diz respeito à avaliação e recolha de dados à família, devem constituir-se as bases para a construção de uma relação entre enfermeiro e família potenciadora de uma comunicação assertiva e bidirecional, permitindo, também, o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa. Esta relação terapêutica deve ser facilitadora da troca de informação. Avaliar a unidade familiar significa determinar a capacidade familiar para satisfazer, de forma eficaz, as necessidades dos membros que a constituem (Hanson, 2005).

A intervenção de enfermagem na família requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para planeamento das intervenções.) (Wright & Leahey, 2012). Baseados nos vários fundamentos teóricos e conceptuais descritos, surgiram vários modelos e instrumentos de avaliação familiar e intervenção familiar, centrados na família enquanto unidade e alvo de cuidados de enfermagem.

Um desses modelos é o **Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar** que se baseia no Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman, e foi adaptado para os cuidados à família por Berkey e Hanson em 1991 (Hanson, 2005). Nesse modelo, a família é considerada como um sistema aberto em constante interação com o meio ambiente, pressupõe a existência de fatores que, através das linhas de defesa, possibilitam as respostas aos fatores de pressão externa que correspondem ao seu estado habitual de bem-estar familiar (Figueiredo M. , 2009).

Figueiredo (2009) refere que a dimensão clínica do modelo, centra-se nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária: a prevenção primária enfatiza a redução dos fatores de risco, visando a promoção da saúde familiar, através das capacidades de adaptação direcionadas para a efetivação do bem-estar; a prevenção secundária direciona-se principalmente para o desenvolvimento de estratégias que capacitem a família a encontrar soluções para a gestão das crises instaladas; por último, a prevenção terciária centra-se nos processos adaptativos de reestruturação, com o restabelecimento do funcionamento familiar saudável. Em suma, este modelo é um instrumento de avaliação centrado nos fatores de stresse familiares e nas forças da família, que funcionam como recurso para a manutenção de um funcionamento saudável da família (Figueiredo M. , 2009).

O instrumento de avaliação utilizado na base deste modelo é o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (IFPSF), cujo preenchimento é solicitado a cada membro da família, e que permite recolher informação qualitativa e quantitativa sobre a saúde familiar, fornecendo, a partir dos diagnósticos, orientações aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar para a determinação do nível de prevenção e intervenções necessárias para a família em estudo. O IFPSF é dividido em três seções: os fatores gerais de stress dos sistemas da família: geral; os fatores de stress específicos dos sistemas da família e os pontos fortes do sistema familiar (Hanson, 2005).

O Modelo e formulário de Avaliação Familiar de Friedman foi criado em 1998, baseado na Teoria Geral dos Sistemas, Teorias de Desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família, e oferece uma visão macroscópica das famílias (Hanson & Kaakinen, 2005), ao contrário do modelo anteriormente referido (Modelo de Avaliação e Intervenção da

Família - IFPSF), que tem uma visão mais minuciosa e microscópica. O Modelo de Avaliação da Família de Friedman aborda a família como um subsistema de uma sociedade mais vasta. Hanson (2005) refere que Friedman (1998) agrupa quatro dimensões estruturais básicas: os sistemas de papéis, os sistemas de valores, as redes de comunicação e a estrutura de poder. Este modelo oferece linhas de orientação aos enfermeiros para a planificação dos cuidados de saúde e é avaliado segundo um formulário constituído por seis categorias: “dados de identificação, estágio de desenvolvimento e história da família, dados ambientais, estrutura da família, as funções da família e stress e coping familiar.

Entre os principais modelos utilizados na área da Enfermagem de Saúde Familiar, merece destaque o **Modelo Calgary de Avaliação e de Intervenção na Familiar (MCAIF)** publicado pela 1ª vez no ano de 1984 por duas enfermeiras canadenses e também docentes da Universidade de Calgary no Canadá: Lorraine Wright e Maureen Leahey; esse modelo, baseado na Teoria Geral dos Sistemas, Cibernética, Teoria da Cognição, Teoria da Comunicação e na Teoria da Mudança, é uma adaptação da estrutura de avaliação da família desenvolvida inicialmente pelas enfermeiras Tamm e Sanders, em 1983, também docentes da Universidade de Calgary no Canadá.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema e intervir na mesma (Wright & Leahey, 2012). Apresentamos a representação esquematizada do modelo na figura 17.

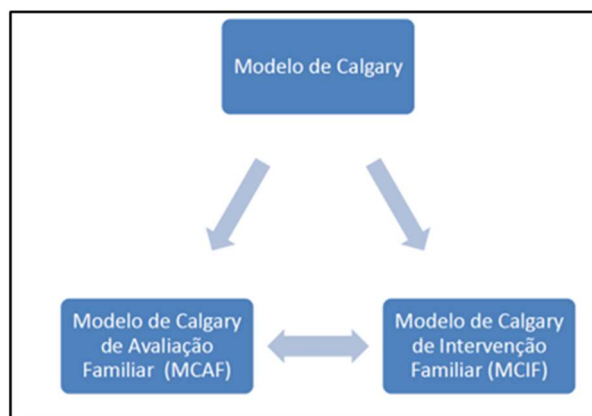


Figura 17 - Representação esquemática do MCAIF
Fonte: Guedes, 2022

Baseado numa perspetiva multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias. No contexto dos CSP, a adoção deste modelo é indiciada como benéfica à promoção da interação com as famílias, e ao melhor planeamento dos cuidados, pois é um referencial metodológico que permite analisar a família como um sistema, por meio do

diagnóstico de seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas, e os suportes sociais e comunitários disponíveis (Wright & Leahey, 2012). Apresentamos na figura 18 a representação esquematizada do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF):

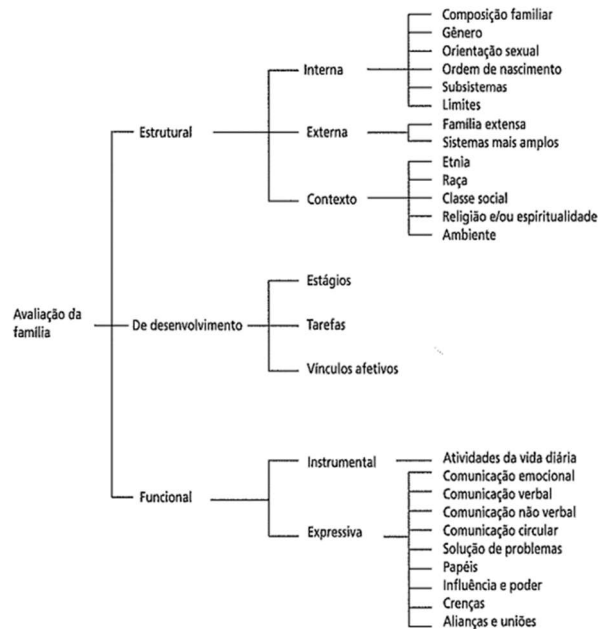


Figura 18 - Representação esquemática do MCAF
Fonte: Adaptado de Wright & Leahey (2012)

O MCIF é definido como estrutura organizadora para conceitualizar a interseção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro (Wright & Leahey, 2012).

Segundo as suas autoras, o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) tem, como princípio fundamental da intervenção de enfermagem, a ênfase no comportamento da enfermeira e na resposta da família; assim, as intervenções correspondem às respostas do enfermeiro à interação com a família, e os resultados expressam-se nas respostas da família (Figueiredo M. , 2009).

Para planejar a intervenção com base na avaliação realizada com a família, é crucial uma reflexão baseada em questões sobre o domínio de funcionamento onde se deve centrar a mudança.

O MCIF caracteriza-se por:

- Ser um modelo flexível, colaborativo e não hierárquico, que se baseia nos pontos fortes;
- Destacar o relacionamento enfermeiro-família, focando a interceção do funcionamento entre membros da família e as intervenções oferecidas pelos enfermeiros;

- Incluir Intervenções ao nível cognitivo (elogiar os pontos fortes da família e seus membros, oferecer informações importantes), afetivo (validar ou normalizar respostas emocionais, incentivar narrativas estimular o apoio familiar), e comportamental (incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los, incentivar o descanso, planejar rituais) (Guedes, 2022).

Assim e de acordo com o que foi dito anteriormente, O MCAF propõe uma estrutura de avaliação multidimensional da família e pretende avaliar três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A categoria estrutural compreende a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Esta categoria compreende três subcategorias: estrutura interna (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente).

A categoria de desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte, e comporta três subcategorias: estágios tarefas e vínculos.

Já a categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Devem ser analisados dois aspetos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida diária, e o funcionamento expressivo, que engloba os estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (Wright & Leahey, 2012).

Em 2011, o **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar** (MDAIF) desenvolvido por Figueiredo (2009), foi adotado como referencial teórico e operacional da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme consta na proposta do programa formativo da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, publicada a 16 de julho desse ano, pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (Melo P. , 2015), e pretende responder às necessidades dos enfermeiros portugueses no desenvolvimento de práticas direcionadas à família enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários (Figueiredo M. , 2012).

O MDAIF é baseado no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico, e as suas fontes teóricas são o MCAF e o MCIF; nele são definidos os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família.

O MDAIF foi desenvolvido a partir do princípio de que “os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Inerente a este princípio está o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão do seu funcionamento” (Figueiredo M. , 2009, p. 266).

No seu modelo, a autora aborda a família nas suas dimensões sistémicas e ecológicas, que lhe conferem complexidade, considerando as suas propriedades de globalidade, auto-organização e equifinalidade.

A avaliação da família centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões de avaliação, conforme a matriz operativa do modelo Figura 19), que em complementaridade com os dados avaliativos, constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direccionar as intervenções de enfermagem no sentido do fortalecimento familiar.

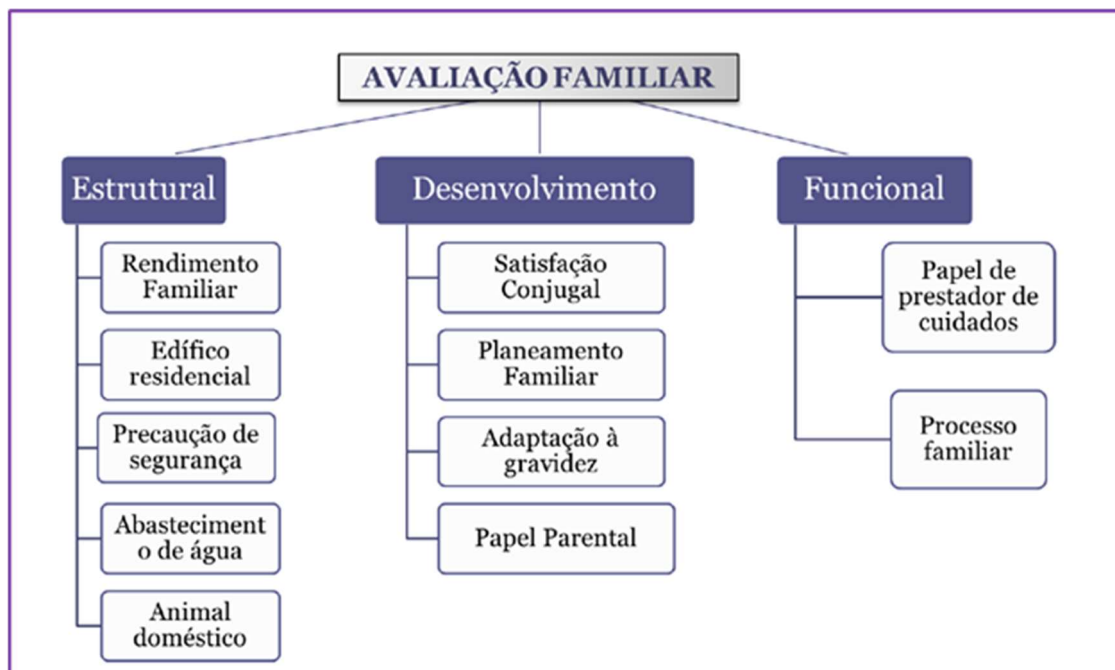


Figura 19 - Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
Fonte: Figueiredo M. (2012)

Para a operacionalização dos vários modelos são cruciais os instrumentos de avaliação familiar, que permitem a recolha de um conjunto de dados essenciais à compreensão da família e do seu funcionamento.

Segundo Figueiredo (2009), o **genograma** é um dos instrumentos de avaliação mais utilizados pelos profissionais de saúde na colheita de dados familiares, possibilitando uma

perceção da estrutura familiar e dos seus problemas. Este instrumento permite identificar a estrutura interna e externa, bem como o contexto, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família. É um diagrama visual da árvore genealógica familiar que evidencia o sistema relacional da família e os principais acontecimentos biográficos (Figueiredo, 2009).

O **ecomapa**, instrumento desenvolvido em 1975 por Ann Hartman, é representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que vive, desenhando o seu «sistema ecológico»; identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família. Ilustra, assim, três diferentes dimensões para cada ligação:

- Força da ligação (fraca; ténue/incerta; forte);
- Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/ energia);
- Qualidade da ligação (stressante ou não) (Agostinho, 2007).

Assim, o ecomapa permite:

- Representar graficamente informação importante sobre a família e o seu meio, num formato resumido, fácil de ver e compreender;
- Ilustrar a natureza e o impacto das relações da família com o meio, permitindo verificar se são fonte de suporte ou não;
- Uma melhor compreensão das situações geradoras de stress e dos recursos disponíveis quando tiver gula
- Uma base de informação para planear, com um envolvimento da família, as intervenções a implementar;
- Observar o progresso e resultado das medidas de intervenção, quer sobre a família, quer sobre o meio (Agostinho, 2007).

A **escala de Graffar** avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo classificá-la quanto à classe social, e conhecer os seus recursos e possíveis fatores de stress, possibilitando prever algumas condições de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial. As características da família são classificadas nos seguintes cinco itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona habitacional (Figueiredo M. , 2009).

A cada um dos critérios é atribuída pontuação num intervalo de 1 a 5, e o somatório final permite incluir a família numa classe indicativa do nível socio económico, segundo a seguinte classificação:

- Classe I - Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9
- Classe II - Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13
- Classe III - Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17
- Classe IV - Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21
- Classe V - Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Para complementar a avaliação familiar, ainda no âmbito da relação dinâmica, existem ainda a Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES II), o APGAR Familiar de Smilkstein, e Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe, de modo a perceberem-se aspetos fundamentais do funcionamento familiar, respetivamente, a coesão e adaptabilidade da família, e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.

A **FACES II** é um questionário individual de autoavaliação que classifica famílias, tendo sido originalmente desenvolvida em 1982, com a pretensão de avaliar especificamente a coesão e adaptabilidade familiares; foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Otilia Fernandes em 1995. A escala contém 30 itens. Cada questão é respondida numa escala tipo likert, de frequência ascendente, onde 16 itens avaliam a coesão e 14 itens a adaptabilidade familiar.

O **APGAR** familiar, desenvolvido por Smilkstein, permite avaliar a perceção do indivíduo acerca da funcionalidade da família, em determinado momento; deve ser aplicado a cada membro individualmente. Leva à classificação da família em: família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada.

Este instrumento da avaliação familiar apresenta um conjunto de 5 questões que avaliam:

- Adaptação (*Adaptability*), ou seja, o modo como os recursos são partilhados, refletindo o grau de satisfação com a assistência recebida quando um dos membros recorre à família;
- Participação (*Partership*), que é o modo como as decisões são partilhadas, demonstrando a satisfação do membro com a reciprocidade na comunicação e resolução de problemas;
- Crescimento (*Growth*), que se relaciona com o modo como a maturidade é partilhada, manifestando a satisfação do membro pela liberdade concedida para mudança de funções, no processo de crescimento físico e emocional;

- Afeto (*Affection*), relacionado com a forma como as experiências são partilhadas, revelando a satisfação do membro com a intimidade e interação emocional partilhada na família;
- Decisão (*Resolve*), que tem a ver com a forma como O Tempo é partilhado no seio familiar, refletindo a satisfação do membro com a partilha de tempo, espaço e recursos materiais com a família.

O questionário possibilita 3 possíveis respostas que conferem as seguintes pontuações: quase sempre: 2 pontos, algumas vezes: 1 ponto, quase nunca: 0 pontos.

A soma final revela o nível funcional da família (Caeiro, 1991).

A **Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe** possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições familiares e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (Figueiredo M. , 2009).

Esta escala surgiu na década de 70, criada por especialistas em stress da universidade de Washington, Holmes e Rahe, sendo constituída por um índice de 43 fatores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua potencialidade para provocar stress.

Para a sua aplicação, devem se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano, o que permite prever a possibilidade de aparecer doença de acordo com os seguintes critérios:

- >300 pontos: 80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica;
- >200 ≤ 300 pontos: 50 % de probabilidade de adoecer;
- 150-200 pontos: menor incidência de doenças.

Por fim, outros dos instrumentos importantes para avaliar a família é o **Questionário Das Forças Familiares**; este é um instrumento de autorrelato, construído para avaliar a percepção que as famílias têm das suas forças familiares, sendo composto por 29 itens avaliados numa escala do tipo Likert de cinco pontos (1 – Nada parecidas; 2 – Pouco parecidas; 3 – Mais ou menos parecidas; 4 – Bastante parecidas; 5 – Totalmente parecidas). A cotação é obtida pela soma das pontuações dos itens, sendo o Índice Global de Forças Familiares obtido pelo somatório das pontuações dos itens da escala total.

2.2.2. Abordagem sistémica à família

Com base na Teoria Geral dos Sistemas, a família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade, e desta forma possui como propriedades: a totalidade, a equifinalidade, a retroação e a auto-organização (Relvas, 2003)

Melo (2020) considera que, quando se considera a família do ponto de vista sistémico, os componentes essenciais desta visão são:

- **A Hierarquização Sistémica:** os membros da família na sua interação padronizada e consentida por cada um e por todos, vão conferindo maior poder a uns membros num determinado momento e contexto e maior poder a outros membros noutro contexto papel e quem tem maior poder em cada situação;
- **A complexidade, diversidade e unicidade** conferem a cada família uma identidade muito própria num amplo sistema de interações, constructos, determinações que torna cada família única;
- **A intersubjetividade**, em que cada um dos membros da família interpreta a realidade com os seus filtros, que são também influenciados pela da própria família como um todo e assim se vão construindo interpretações complementares ou simétricas da realidade;
- **A auto-organização**, ou seja, a família é a detentora das decisões sobre a forma como funciona e responde ao seu quotidiano. O enfermeiro enquanto agente externo jamais pode ter resultados positivos se pretender interferir de forma prescritiva com o funcionamento da família, devendo antes ter uma interação colaborativa e negociadora com a mesma;
- **A equifinalidade** relaciona-se com a construção da história familiar sob as fundações da finalidade comum construída em família;
- **A circularidade** tem a ver com os padrões comunicacionais estabelecidos pela família que se repercutem num processo de respostas estruturadas pelos padrões de comunicação;
- **A globalidade, totalidade e contextualidade**, dizem respeito à relação da família com o mundo e a forma como este influencia os filtros de cada um dos membros e a identidade da família como um todo (a globalidade), à família enquanto entidade que é mais que a soma das partes, ou seja mais do que cada um dos seus membros (totalidade) e ao facto da família ter um contexto (cronológico, político, geográfico, etc) que lhe confere um enforme circunstancial identitário (contextualidade) (Melo, 2020).

Assim, na visão sistémica, a família é considerada como algo mais do que a soma dos indivíduos que a compõem: como um sistema de interações que supera e articula dentro dela os vários elementos individuais; deste modo, a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam vida da família como grupo, é necessária para a compreensão do comportamento de cada um dos membros que a formam; o grupo familiar é um sistema entre sistemas e que é essencial o estudo das normas que regulam a vida dos grupos significativos

a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros (Alarcão, 2000).

Relativamente à estrutura da família, esta, segundo Minuchin (1979 citado por Alarcão 2000, p.52), pode ser definida como se tratando de uma “rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem”.

Na perspetiva sistémica, a família é vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, e é constituída por subsistemas:

1. Subsistema individual: composto pelo indivíduo referindo-se ao seu papel, funções e estatuto na família em noutros sistemas dos quais faz parte;
2. Subsistema conjugal: composto pelos cônjuges; uma das suas funções é o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, criando espaço para a gestão das suas necessidades psicológicas. Funciona como plataforma de suporte intra e extra-familiar;
3. Subsistema parental/executivo: constituído pelos elementos que desempenham funções executivas. Visa a educação e proteção das gerações mais novas. Desenvolvimento da afiliação dos elementos mais novos. Permite a gestão das relações pontuadas por assimetrias de autoridade e facilita a gestão do conflito;
4. Subsistema filial: composto pelos filhos. Aprendizagem das relações de poder e autoridade desigual;
5. Subsistema Fraternal: onde se realiza o treino das relações entre pares.

Para os subsistemas e suprassistemas interagirem corretamente, são necessárias regras, limites ou fronteiras. Alarcão (2000) define limites como linhas divisórias invisíveis, que permitem regular a informação não só entre a família e o meio externo, mas também entre os diversos subsistemas, com o objetivo de proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros. Minuchin (1979), citado pela mesma autora, especifica três tipos de limites: os claros, os difusos e os rígidos. Os limites claros demarcam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, e permitem a troca de influências entre os mesmos; dessa forma, existe uma clara definição dos papéis de cada um, existindo flexibilidade. Os limites difusos são os que permitem uma grande permeabilidade entre os sistemas, comprometendo dessa forma a diferenciação dos subsistemas e tendo como consequência a não definição clara dos papéis de cada um na família e a intromissão de papéis. Por fim, os limites rígidos são os muito vinculados que dificultam a comunicação e compreensão recíprocas e assim,

caracterizando-se pela definição clara dos papéis de cada um sem que haja qualquer flexibilidade.

Dependendo da diferenciação e permeabilidade dos limites, as famílias são definidas como emaranhadas ou desmembradas.

Segundo Alarcão (2000) estamos perante uma família emaranhada quando os limites entre os indivíduos são pouco claros, e as personalidades dos diferentes membros são pouco diferenciados entre si, numa espécie de eu familiar indiferenciado. Se estivermos perante uma família desmembrada, cada um dos membros é de tal maneira independente em relação aos outros, sendo os seus limites individuais bem marcados, tal como a sua vida no exterior da família muito intensa, satisfazendo a maior parte das suas necessidades, afetivas, sociais, culturais, em que praticamente não existe uma vida relacional própria na família.

Minuchin e Fishman (2003) descrevem as famílias emaranhadas como aquelas que possuem limites difusos, apresentando um movimento relacional centrípeto, caracterizado por uma postura de fecho sobre si mesmo, existindo uma interdependência de funções e papéis que compromete a diferenciação dos seus membros. O sofrimento de um dos membros tem uma repercussão imediata no comportamento dos restantes, observando-se uma intromissão das fronteiras pelas dificuldades que refletem em todos os subsistemas (Alarcão, 2000).

Por outro lado, as famílias desmembradas possuem limites rígidos, onde a autonomia individual está assegurada, mas em que não existe lugar para o apoio, os intercâmbios comunicacionais entre os subsistemas tornam-se difíceis e as funções de proteção da família são diminuídas; o sofrimento de um deles dificilmente ultrapassa as fronteiras rígidas que separam os diferentes elementos. As fronteiras com o exterior nestas famílias são caracterizadas como difusas, num conjunto de movimentos centrífugos. Entre estes dois extremos, temos a família com limites claros, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, mas que possibilita a troca de influências e momentos de apoio entre os membros, favorecendo o desenvolvimento dos mesmos (Alarcão, 2000).

Alarcão (2000) refere que na evolução do sistema familiar, este vai regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se ora abrindo-se, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as necessidades e características.

Assim, no decurso do ciclo vital da família, existem momentos de maior emaranhamento ou desmembramento, no intuito de dar respostas às necessidades familiares.

No entanto, podem coexistirem numa mesma família diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas, sem que a família seja considerada problemática ou disfuncional.

Relvas (1996), na sua análise da família, define dois eixos: o sincrónico e o diacrónico; o eixo sincrónico refere-se ao espaço, às normas e aos padrões de interação que distingue determinada família; estes aspetos manifestam-se através da estrutura da família, nas relações que se estabelecem em cada etapa da vida da família e lhe conferem configurações particulares. O eixo diacrónico diz respeito à dimensão temporal, e comporta a história familiar, incluindo a família de origem e a família extensa, a família nuclear e os seus subsistemas. Assim, a análise de uma família deve ter em conta a sua história (eixo diacrónico) e a forma como esta se organiza no aspeto relacional (eixo sincrónico), uma vez que, á medida que o tempo vai passando, é inevitável que as relações familiares também se reorganizem.

Alarcão (2000) explica que, no eixo diacrónico podem acontecer dois tipos de mudanças: as de 1ª ordem, que visam a conservação do sistema familiar, e que consistem em pequenos reajustes, e as de 2ª ordem consistem na transição para uma situação nova, assim como na evolução do sistema familiar.

Estes períodos de mudança resultam normalmente de momentos de transições, podendo estas serem normativas, ou seja, previsíveis e decorrentes das etapas do ciclo vital familiar, ou não normativas ou acidentais. As transições não normativas entendem-se por acontecimentos não usuais e imprevisíveis que ocorrem no seio de uma família (Relvas, 2006); nestas situações, será necessário flexibilidade e capacidade de ajustamento ou de adaptação familiar, de modo a desenvolver estratégias e regras com a finalidade de manter a integridade ou evolução do próprio sistema familiar.

Friedman (1998) considera 4 níveis na prática em enfermagem de saúde familiar:

- Nível I: família como contexto, indivíduo como cliente, em que o foco dos cuidados é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual.
- Nível II: família como soma das suas partes; o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família
- Nível III: subsistema familiar como cliente; o foco são os subsistemas familiares trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos.
- Nível IV: família como cliente; o alvo dos cuidados é a família como sistema interativo, e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento, e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

2.2.3. Enfermeiro de Família

Foi na Declaração de Munique em 2000 que o conceito de Enfermeiro de família surgiu pela primeira vez, e foi considerado que o enfermeiro de família seria o elemento-chave para a

concretização das metas de “Saúde 21”, estabelecidas pela OMS para o século XXI. É a partir desse paradigma que a Enfermagem de Família se desenvolve em todo o mundo. A meta 15 realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP:

“No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio (...) os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeira (...) os cuidados secundários e terciários, que são em grande parte assegurados pelos hospitais, deveriam ser claramente de suporte aos cuidados de saúde primários [...]” (OMS, 2002:23).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) subscreveu a Declaração de Munique, e organizou em 2000, a conferência nacional “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”, visando a partilha de experiências de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família (Figueiredo, 2009).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários que teve início em 2005, em Portugal, levou à criação das UCSP e USF, e deu origem a um quadro legislativo que contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando o papel do enfermeiro de família como agente de mudança, numa perspetiva de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica (Figueiredo, 2012).

A primeira referência legal ao enfermeiro de família, em Portugal, surge com a regulamentação das USF no Decreto-Lei (DL) n.º 298/2007 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e consagra a prática do enfermeiro de família, atribuindo 300 a 400 famílias por determinada área geográfica a cada enfermeiro de família.

Em 2005, é criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, que veio reconhecer a competência dos enfermeiros no trabalho com as famílias, requerendo conhecimento específico que deve ser integrado em planos de formação.

O Decreto-Lei n.º 118/2014 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».

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar aprovados em 2011, e publicados em Diário da República, Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho de 2015, são norteadores da prática especializada, contribuindo para a melhoria

continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), no Regulamento n.º 428/2018 das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar são as seguintes:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Desta forma, a família, enquanto unidade sistémica, assume-se como alvo e contexto de intervenção, promovendo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. Prestando cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, ao considerar a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Em 2019, no Regulamento n.º 367/2019 de 16 de fevereiro, são definidas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que são aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade; estas englobam quatro domínios:

- Responsabilidade profissional ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

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

No presente capítulo iremos fazer uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências ao longo do Estágio, em primeiro lugar no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, e num segundo momento, relativamente às específicas do Enfermeiro Especialista em saúde Familiar.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O enfermeiro especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

A OE determina que o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns: a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros , 2019).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o (Regulamento n.º 140/2019 de 16 de fevereiro e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros , 2019).

O artigo 8º do Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) determina que os enfermeiros devem, no exercício das suas funções, “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015). Os enfermeiros devem assim, defender e respeitar os direitos da pessoa, família ou comunidade de quem cuidam.

Durante a nossa prática clínica e durante o estágio, sempre respeitámos os direitos consagrados na Declaração Universal dos Homem e estabelecidas no REPE, e agimos de acordo com os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça; respeitámos sempre a autonomia da pessoa e os seus valores e crenças, salvaguardando o direito do doente ao sigilo, ao acesso à informação, à privacidade e à escolha dos cuidados de acordo com os princípios bioéticos (Beauchamp & Childress, 2013).

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros , 2019).

Segundo o artigo 9º do REPE, os enfermeiros “contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados.” (OE, 2015).

Durante o Ensino Clínico tivemos sempre em consideração a segurança na prestação de cuidados, assim como a segurança na administração de terapêutica e a utilização de equipamento de proteção individual.

Os sistemas de informação em enfermagem constituem um instrumento fundamental, uma vez que permitem cuidados centrados nas pessoas, seguros e eficazes através da tomada de decisão clínica informada, comunicação e continuidade de cuidados; por outro lado ao serem extraídos, analisados e comparados, os dados que deles resultam podem apoiar a melhoria e garantia de qualidade, alocação de recursos, planeamento de pessoal e criação de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Por isso achámos pertinente realizar uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem da UCSP Norte, sobre a parametrização dos registos no SClínico®, com o objetivo de promover a uniformização dos registos na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar, particularizando para a visita domiciliária ao recém-nascido e à puérpera, e respetivos registos na plataforma informática, bem como a elaboração de um folheto informativo sobre esse tema. Esta formação planeada, realizada e apresentada em conjunto com a colega de estágio e de curso, Carina Carvalho, e contou com a maioria dos elementos da equipa de enfermagem da UCSP Norte. A mesma teve uma avaliação muito positiva e resultou na intenção de implementação da visita domiciliária ao recém-nascido e à puérpera na unidade, bem como, promover a uniformização dos registos no SClínico® na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar. (Apêndice II e III).

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros , 2019)

Neste domínio tentámos, a partir do estudo aprofundado do contexto da realização do Ensino Clínico ao longo do mesmo, gerir os recursos, adaptando-os às situações e ao contexto da prestação de cuidados aos indivíduos de modo a garantir a qualidade dos cuidados.

Colaborámos com a equipa de enfermagem da sede da UCSP Norte na gestão dos stocks do armazém avançado ali existente.

Aplicámos a legislação, as políticas e os procedimentos de gestão dos cuidados prestados.

Colaborámos em métodos de organização do trabalho adequados, sendo responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e famílias do ficheiro de família atribuído.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros , 2019).

Neste domínio, desenvolvemos o autoconhecimento e assertividade. Colaborámos em todas as atividades de enfermagem possíveis, considerando-as como oportunidades de desenvolvimento, aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos na área de enfermagem de saúde familiar, baseada na evidência científica.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EN ENFERMAGEMCOMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, encontram-se explanadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. As competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar dividem-se em duas áreas:

- 1) Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; apresentamos no quadro 11 as competências específicas e os resultados da aprendizagem preconizados nesse âmbito:

Quadro 4 - Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na área " Cuida da Família enquanto Unidade de Cuidados" (continua)

Competências	Resultados da Aprendizagem
1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	1.1.1 — Abordar a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. 1.1.2 — Estimular a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. 1.1.3 — Estabelecer o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. 1.1.4 — Reforçar os pontos fortes da família no âmbito da saúde. 1.1.5 — Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma
1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	1.2.1 — Solicitar o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. 1.2.2 — Integrar informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não -verbal. 1.2.3 — Utilizar instrumentos de avaliação familiar.

(Continuação)

	<p>1.2.4 — Identificar as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões.</p> <p>1.2.5 — Avaliar a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente.</p> <p>1.2.6 — Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.</p>
<p>1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>.3.1 — Mobilizar conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão.</p> <p>1.3.2 — Analisar o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas.</p> <p>1.3.3 — Considerar a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.</p> <p>1.3.4 — Avaliar o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente.</p>
<p>1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.</p>	<p>1.4.1 — Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.</p> <p>1.4.2 — Criar um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis.</p> <p>1.4.3 — Utilizar um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.4.4 — Analisar como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família.</p> <p>1.4.5 — Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.</p> <p>1.4.2 — Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis.</p> <p>1.4.3 — Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.4.4 — Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família.</p> <p>1.4.5 — Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma</p>
<p>1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.</p>	<p>1.5.1 — Promover o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos.</p> <p>1.5.2 — Utilizar estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família.</p> <p>1.5.3 — Codesenvolver e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde.</p> <p>1.5.4 — Incorporar respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem.</p> <p>1.5.5 — Integrar a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar.</p> <p>1.5.6 — Desenvolver com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar.</p>

(Conclusão)

	<p>1.5.7 — Garantir a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.</p> <p>1.5.8 — Promover ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde</p>
<p>1.6 — Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.</p>	<p>1.6.1 — Encorajar a família a partilhar a sua história.</p> <p>1.6.2 — Promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança.</p> <p>1.6.3 — Identificar e analisar na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio.</p> <p>1.6.4 — Identificar e analisar a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança.</p> <p>1.6.5 — Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.</p> <p>1.6.6 — Analisar com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos.</p> <p>1.6.7 — Dar feedback à família, de forma sistemática, centrando -se nos seus pontos fortes.</p> <p>1.6.8 — Discutir regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar.</p> <p>1.6.9 — Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente</p>
<p>1.7 — Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<p>1.7.1 — Procurar orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.7.2 — Avaliar continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho.</p> <p>1.7.3 — Refletir sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados.</p> <p>1.7.4 — Prestar cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados.</p> <p>1.7.5 — Promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.</p> <p>1.7.6 — Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.7.7 — Colaborar com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar</p>
<p>1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</p>	<p>1.8.1 — Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados.</p> <p>1.8.2 — Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares.</p> <p>1.8.3 — Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.</p>

Fonte: Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Diário da República: II série, nº 135, 2018

2) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (quadro 12).

Quadro 5 - - Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na Área "Lidera e Colabora em Processos de Intervenção"

Competências	Resultados da Aprendizagem
2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	2.1.1 — Promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. 2.1.2 — Referenciar a família para outros profissionais de saúde. 2.1.3 — Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. 2.1.4 — Gerir a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. 2.1.5 — Assegurar processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	2.2.1 — Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. 2.2.2 — Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Criar e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participar no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. 2.2.6 — Utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Fonte: Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Diário da República: II série, nº 135, 2018

Para atingir os objetivos propostos e o desenvolvimento das competências, durante os ensinamentos clínicos, foi escolhida uma família pertencente ao ficheiro da Enfermeira Orientadora, para a aplicação do processo familiar, baseado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

Assim passaremos a descrever as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e as atividades realizadas durante o processo que permitiram o desenvolvimento das mesmas. O processo de enfermagem aplicado à família encontra-se no Apêndice I.

3.2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar do âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

De acordo com o Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar deve promover a capacitação da família, focando-se na família como um todo

e nos seus membros da família individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, considerando a mesma como unidade de cuidados.

Assim, o cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo M. , 2012).

A família por nós escolhida, e que será mais detalhadamente descrita no apêndice I, é uma família alargada que está a passar por várias transições não normativas, tais como doença de vários dos seus membros, divórcio e emigração, com consequências na saúde familiar e de cada um dos seus membros; o paciente identificado; o J. sofre de perturbações de ansiedade, desde que foi submetido a substituição da válvula aórtica, com ideação suicida ocasional; vive com a esposa F, a sua filha, o seu filho e dois dos seus três netos. A sua esposa diagnosticada há pouco tempo com neoplasia do sigmoides, e submetida a cirurgia em maio deste ano, o que veio agravar a ansiedade do J.

Todas as pessoas no mundo, em algum momento das suas vidas, já experienciaram estados de ansiedade, contudo sem efeito duradouro. A ansiedade é considerada uma emoção normal, um mecanismo de defesa adaptativo, comum da experiência humana, que medeia a interação do indivíduo com o meio ambiente (Ramos, 2009). É assim definida como uma resposta adaptativa a uma ameaça que prepara o organismo para a fuga ou luta (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017), essencial para o desempenho do indivíduo, sendo vital para a sua sobrevivência. No entanto, quando a ansiedade atinge níveis muito elevados e contínuos, ela torna-se prejudicial ao organismo, pois fará com que este permaneça em constante estado de alerta, configurando, assim, as patologias designadas como transtornos ou perturbações da ansiedade que se caracterizam por respostas exageradas e desproporcionais em relação à situação que a gere, tornando-se frequentemente incapacitantes, interferindo com o funcionamento e a capacidade de satisfação da vida diária dos indivíduos e provocando sofrimento; a ansiedade torna-se então uma perturbação considerada patológica (Townsend, 2011).

É sabido que as perturbações de saúde mental não interferem apenas na vida da pessoa portadora, mas também o faz de forma drástica na dinâmica de toda a família, havendo por esse motivo necessidade de intervenção alargada a cliente/família.

A família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem com o objetivo de responder às necessidades identificadas, determinadas pela dificuldade do sistema familiar em manter o funcionamento adequado, face a transições normativas (ex. nascimento de um filho, adolescência,) e acidentais (ex. gravidez não desejada, desemprego de um dos

membros da família, alterações do rendimento familiar, doença aguda, morte de um familiar, doença crónica, etc) (Figueiredo, 2012).

É por isso crucial na prática da Enfermagem de Saúde Familiar promover a capacitação da família e, numa abordagem sistémica e colaborativa, promover com a mesma processos saudáveis de mudança, face às transições normativas e não normativas com que se deparam.

Considerando que a família desempenha uma ação fundamental na gestão do processo de, procurámos prestar cuidados de enfermagem que assegurassem o envolvimento da família, não só como recurso, mas também como alvo dos cuidados, de acordo com o nível IV da prática de Enfermagem de Saúde Familiar de Friedman. Para isso, revelou-se de extrema importância a avaliação da família baseada na aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), com o objetivo de identificar as necessidades do utente/família alvo de cuidados, nas diferentes dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, e que apresentamos na sua versão completa no apêndice I.

Nos vários contactos com o paciente identificado na USCP Norte, tentámos estabelecer uma relação, com êxito, demonstrando disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades, de forma a promover a saúde, e a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas.

Por várias vezes entrámos em contacto por via telefónica para colmatar as dificuldades que o utente possa sentir em deslocar-se ao serviço, uma vez que resida a cerca de 6 quilómetros de distância da unidade.

Foi realizada uma consulta de enfermagem no domicílio devido ao agravamento do estado de saúde do Sr J., que permitiu avaliar o contexto ambiental da família e realizar a entrevista planeada, onde procedemos à colheita de dados pertinentes para conhecer o estado de saúde da família, nomeadamente a história familiar, os antecedentes pessoais de cada um dos membros.

Utilizámos alguns instrumentos de avaliação família, tais como:

- **Elaboração do genograma**, que permite evidenciar o sistema relacional familiar ou árvore genealógica que representa a estrutura familiar interna; pode também incluir dados de saúde, ocupação, religião, etnia e migrações, devendo representar pelo menos três gerações (Carter & McGoldrick, 1995);
- **Elaboração do ecomapa**, que permite visualizar a unidade familiar relativamente aos seus recursos, as relações da família entre si, e entre esta e o contexto que a rodeia, demonstrando os fluxos ou a falta de recursos e as suas privações;

- **Escala de Graffar** , com o objetivo de determinar as condições socio-económicas da família, o que nos permitirá classificá-la quanto à classe social a que pertence e conhecer os seus recursos e possíveis fatores de stress que podem influenciar a saúde da família e de cada um dos seus membros. As características da família são classificadas nos cinco itens, profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto da zona habitacional, permitindo assim concluir a classe social da família, numerada de I (classe alta) a V (classe baixa) (Figueiredo M. , 2009);
- **Escala de readaptação social de Homes e Rahes**, pretende identificar eventos familiares geradores de stress, permitindo antecipar o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (Figueiredo M. , 2009);
- **Escala Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES II)** permite avaliar a coesão e adaptabilidade da família, bem como o tipo de família resultante do tipo de coesão e adaptabilidade demonstrados.
- **Escala de APGAR de Smilkstein**, que permite avaliar a perceção do indivíduo acerca da funcionalidade da família;
- **Questionário das Forças Familiares**, que permite recolher informação sobre a perceção que as famílias têm das suas forças familiares (Melo & Alarcão, 2011).

Numa atitude colaborativa, foram definidas, com a família, metas e algumas estratégias no sentido de diminuir os factores precipitantes do agravamento da ansiedade do paciente identificado, promovendo sempre o diálogo com a familiar de forma a facilitar a consecução dos objetivos traçados.

De forma sistematizada colocou-se em prática um raciocínio clínico a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos, formulação de objetivos e planeamento das intervenções de enfermagem, a sua implementação e respetiva avaliação. A apreciação dos dados relevantes para a prestação de cuidados de enfermagem foi feita em colaboração com o doente, e sempre que necessário, foram consultados membros relevantes da equipa de cuidados de saúde, e a enfermeira orientadora.

Durante o ensino clínico, envolvemo-nos ativamente e intencionalmente na prática de Enfermagem de Saúde Familiar, realizando ou participando nas consultas de enfermagem, no âmbito dos vários programas de saúde, procurando orientação junto da enfermeira orientadora, com o objetivo de melhorar continuamente essa prática. Foi possível monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, nas várias famílias a quem prestámos cuidados, tendo sempre em conta a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as respetivas crenças culturais e

espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.

Para melhorar o nosso desempenho, analisámos continuamente a nossa prestação de cuidados, e conseqüentemente, realizámos algum estudo autónomo, de forma a praticar Enfermagem de Saúde Familiar com base na evidência, e de acordo com os padrões preconizados.

Elaborámos o processo de enfermagem à família, fundamentado no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que apresentamos no apêndice I.

3.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção

Para desenvolver esta competência específica, analisámos o contexto do estágio de forma a conhecer as especificidades da UCSP Norte, e mais especificamente as da sede, em Monte Redondo, e a conhecer a estrutura física da unidade, bem como a sua missão e valores. Integrámos e estabelecemos relações assertivas com a equipa multidisciplinar e demonstrámos sempre disponibilidade e iniciativa para colaborar na prestação de cuidados à família. De facto, durante o estágio, foi necessário referenciar o Sr. J. para outros profissionais de saúde e mobilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Foi também possível participar no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde à família em estudo, com a enfermeira de família.

Utilizámos e explorámos os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, nomeadamente o SClínico, e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar; realizamos, como dito anteriormente uma sessão de formação visando a correta e uniforme documentação dos cuidados no Sclínico CSP. A Equipe de enfermagem da UCSP Norte demonstrou interesse e disponibilidade e na abordagem sistémica à família, pelo que pensamos ter contribuído para uma visão mais precisa da enfermagem de saúde familiar.

4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é fundamental nas sociedades modernas, num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade, exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e segurança; existindo significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos, são imprescindíveis níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde (Pereira , 2021).

A prática de enfermagem baseada na evidência (PBE) é uma forma rigorosa, metódica, e estruturada de promover práticas profissionais mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, e considerando o envolvimento de todos os intervenientes nos complexos terapêuticos e de tomada de decisão. Dessa forma, será possível ter ganhos em saúde e melhores resultados para as pessoas, para os profissionais e para as organizações (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012).

A PBE é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas, usando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis ; afigura-se ainda como uma forma coerente, segura, e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, como previsível garantia dos melhores resultados, e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão. Dessa forma, será possível ter ganhos em saúde e melhores resultados para as pessoas, para os profissionais e para as organizações (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012).

Os três elementos chave de uma prática baseada na evidência com sucesso estão representados na figura (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012):

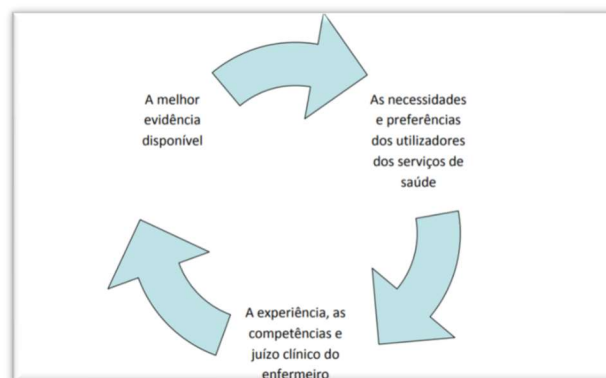


Figura 20 - Elementos de uma Prática Baseada na Evidência
Fonte: Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 11)

Assim, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) considera uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

São sobretudo a Investigação Clínica Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia que oferecem da incorporação dos resultados na prática clínica dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação pode dar um grande contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e, concomitantemente, na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva. Esta é a forma para que a Enfermagem evolua para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos, e de uma evolução para a prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Pereira (2021) considera essencial avaliar atitudes, barreiras, conhecimentos, competências e práticas por parte dos enfermeiros, relativamente a uma PBE, e reconhece que ainda é grande a distância entre a produção do conhecimento e a posterior implementação de intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis; em Portugal é residual a produção a este nível, nomeadamente de estudos que procurem avaliar atitudes, competências e práticas profissionais em relação à PBE (Pereira R. , 2021).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, têm sido realizados alguns estudos em vários contextos clínicos, e já há fortes evidências sobre a importância de envolver a família nos cuidados de saúde para o utente, tanto com doença aguda como crónica.

Existe uma imagem ambígua das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da participação das famílias no cuidado de enfermagem demonstrando a existência tanto de atitudes favoráveis como outras menos favoráveis sobre a importância das famílias (Benzein, Johansson, Arestedt, Berg, & Saveman, 2008a). Um dos objectivos da medição das atitudes prende-se com a tentativa de prever os actos das pessoas, uma vez que existe uma relação efectiva entre a atitude e o comportamento, como iremos explicitar adiante. Dada a variabilidade de atitudes para com as famílias entre os profissionais de enfermagem, é fundamental a sua sensibilização para a importância que as suas atitudes para com as famílias têm, e que repercussões delas advêm para o doente, família e enfermeiro (Benzein et al, 2008a).

4.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Uma investigação inicia-se pela definição de um problema de investigação. Não é possível iniciar uma pesquisa enquanto o problema não for reconhecido, analisado e formulado de uma maneira operacional. Considera-se um problema de investigação uma situação que precisa de ser alterada ou tratada (Fortin, 2009).

Os enfermeiros encontram e lidam com a família em quase todos os contextos da prestação de cuidados; a qualidade desses encontros é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008b)

Nos últimos anos, foram realizadas várias pesquisas com o objetivo de compreender as relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família. A atitude que o enfermeiro apresenta face à família tem sido considerada determinante para a qualidade dessa relação (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008b).

As ciências humanas e sociais estudam as atitudes desde a década de 1930. No entanto, apesar de não ser nova a investigação desse conceito, ainda existe alguma controvérsia acerca da sua definição (Neto, 1998).

Alves (2011), citando Saraiva (2009) refere algumas características que definem uma atitude:

- Um processo mental capaz de criar no indivíduo uma celeridade de resposta, que pode ser positiva ou negativa e dirigida a certas pessoas, acontecimentos e situações;
- Uma disposição para valorizar de forma favorável ou desfavorável objetos, eventos ou pessoas;
- Uma predisposição organizada para pensar, sentir, perceber comportar-se de determinado modo, frente a referentes atitudinais.

A mesma autora refere explica ainda que a atitude é uma disposição que resulta de três componentes:

- A componente cognitiva (as crenças) é multidimensional, porque se relaciona com todos os diferentes aspetos da situação que o indivíduo percebe, isto é, inclui um conjunto de ideias, juízos, crenças sobre o objeto, ou seja, inclui as crenças informais – o que a pessoa acredita sobre os factos de uma situação, e as crenças avaliativas - que consistem naquilo que a pessoa acredita sobre os méritos, desméritos, bem, mal, justo e injusto.
- A componente afetiva (os sentimentos) é unidimensional e está relacionada com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação como um todo, com o sentimento positivo ou negativo relativamente ao objeto. Deste modo, encontra-se ligada ao sistema de valores, possuindo uma dimensão emocional.

- A componente comportamental (tendências de ação), é um conjunto de reações de um sujeito diante do objeto de atitude. Os comportamentos são a tendência para agir de forma consistente com a atitude. (Neto, 1998); quanto maior for a consistência e a coesão entre os três domínios, mais estável será a atitude.

Em 1988, Zanna e Rempel, reformulam este modelo tripartido das atitudes, definindo atitude como uma categorização de um objeto-estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa (Neto, 1998). Nesta perspetiva, atitude é um julgamento que exprime um grau de aversão ou atração num eixo bipolar, em que a avaliação assenta em três fatores avaliativos: informação cognitiva; informação afetiva ou informação baseada no comportamento passado.

A Enfermagem também se tem vindo a debruçar sobre o conceito de atitude: a Ordem dos Enfermeiros (2011) define-a como um processo psicológico com as seguintes características específicas: modelos mentais e opiniões.

Apesar de não haver uma definição consensual, existem alguns pontos sobre os quais todos os autores estão de acordo; um ponto de consenso entre os teóricos é o facto de as atitudes não serem inatas, mas provirem das diversas experiências de vida dos indivíduos, e serem influenciadas pelas pessoas mais significativas e pelo modo como cada um apreende a informação, acerca do mundo que o rodeia (Neto, 1998), assumindo aqui a família a importância devida no desenvolvimento do indivíduo a todos os níveis (intelectual, moral, espiritual, etc).

As atitudes proveem igualmente da aprendizagem social, do reforço positivo ou negativo que o indivíduo recebe dos seus amigos e colegas, ou seja, do meio social, cultural e ambiental que o rodeia, mas também da observação que o próprio faz do seu comportamento e da aprendizagem que faz a partir da observação do seu quotidiano (Neto, 1998).

Neto (1998) afirma que muitas das atitudes são influenciadas pela necessidade de pertença a determinado grupo com o qual o indivíduo se possa identificar; os grupos de referência fornecem às pessoas padrões para um autojulgamento e para julgarem o mundo, sendo suscetíveis de influenciar decisões ao longo da vida; esses grupos incluem os grupos profissionais.

No que diz respeito aos enfermeiros, Hanson (2005) afirma que, na relação com a família, os enfermeiros variam na prioridade com que trabalham para prestar cuidados à família, na sua sensibilidade para as necessidades desta, e no seu conhecimento e aptidão para avaliar e intervir junto das famílias (Hanson, 2005). O mesmo autor defende que prestar cuidados a toda a unidade familiar, bem como, cuidar de doentes dentro do contexto das suas famílias é fundamental, independentemente do local onde os cuidados são prestados.

O modelo de parceria de cuidados, onde se procura envolver a família nos cuidados de enfermagem, deve ser adequadamente conceptualizado e aplicado pelo enfermeiro, uma vez que este não deverá sentir-se ameaçado pela presença do familiar, nem o familiar deve ser visto como um elemento que vai substituir algumas das suas funções, promovendo a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas, independentemente da sua área de especialização. (Frade, Frade, & Henriques , 2021).

O desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem levam cada vez mais, ao reconhecimento da família como um elemento proativo e essencial no processo de cuidados, numa parceria colaborativa, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude dos enfermeiros (Fernandes, Gomes, Martins, & Gonçalves , 2015)

Em Portugal, as políticas de saúde atuais também integram e salientam, na definição das suas estratégias, a importância de cuidados de saúde centrados na família e no ciclo de vida. As orientações descritas em relação aos CSP, com a sua reforma iniciada em 2005, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família, e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados.

Assim, os cuidados de enfermagem à família devem centrar-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de uma relação interpessoal significativa e terapêutica (Cossette et al., 2016 as cited in Frade, Henriques & Frade, 2021).

A atitude dos enfermeiros para com as famílias depende das suas experiências vividas, assim como de anteriores experiências de doença com os seus familiares, que condicionam uma atitude positiva do enfermeiro relativamente à família (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008b).

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

Segundo Oliveira et al. (2011), o processo de cuidar é condicionado pelas atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família, tendo desenvolvido um estudo que permitisse analisar esta variável através da adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), que visa avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Foram Benzein et al (2008b) que desenvolveram inicialmente o referido instrumento, o FINC-NA, que permite através de uma escala de concordância de Likert, medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de cuidar famílias, e cujos itens integram as três dimensões das atitudes: cognitiva, afetiva e comportamental.

Os resultados desta investigação demonstraram que a atitude dos enfermeiros é fundamental para a qualidade das relações que se criam entre os profissionais e a família, e que uma atitude positiva desses face à família, no contexto dos seus cuidados, favorece um trabalho de parceria, de partilha e de coresponsabilização (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008b).

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

Tendo em conta a importância crescente da saúde familiar e do enfermeiro de família nas equipas de Saúde Familiar, nos CSP, e a relevância do envolvimento e empoderamento das famílias nos cuidados de saúde dos seus membros, achámos pertinente realizar um estudo sobre as atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar.

4.2. METODOLOGIA

A investigação em enfermagem é essencial para a prática baseada na evidência. Segundo Fortin (2009, p. 4), “constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) e distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimento, pelo seu carácter sistemático e rigoroso”. Vilelas (2022) define investigação como uma atividade básica da ciência que procura questionar e analisar a realidade.

O enquadramento metodológico engloba procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, de forma a analisar de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

De acordo com Vilelas (2022) a palavra metodologia deriva das palavras gregas *meta*, que significa para além de, *odos*, caminho e *logos*, discurso ou estudo; metologia é então o estudo dos vários caminhos disponíveis e as suas utilizações.

A metodologia é um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento: “O método engloba o estudo dos meios pelos quais se entendem todos os fenómenos e se ordenam os conhecimentos” (Vilelas, 2022, p.55).

4.2.1. Objetivos do estudo

Segundo Fortin (2009) o objetivo do estudo “...indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto de estudo” (Fortin, 2009, p. 100).

Segundo Vilelas (2022), os objetivos apontam a população a estudar, as variáveis, o tipo de estudo e as hipóteses; devem ser claros, limitados e precisos; devem ser definidos dois tipos de objetivos: o geral, que deve refletir a essência do planeamento e do problema, e os específicos, que se depreendem do geral, devendo cada objetivo específico ser formulado de forma a dar resposta a um aspeto que, no seu conjunto, vá ao encontro do objetivo geral.

Assim, determinámos para o presente estudo os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar as atitudes dos enfermeiros dos CSP e dos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidar.

Objetivos específicos:

- Identificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam as atitudes dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados;
- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados.

4.2.2. Questão de investigação

As questões de investigação são “enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.” (Fortin, 1999, p. 101).

Fortin (1999) esclarece ainda que as questões de investigação incluem uma ou duas variáveis que serão descritas e as possíveis relações que possam existir entre elas; além disso, decorrem do objetivo e especificam os aspetos a estudar.

Assim, no presente estudo formulámos a seguinte questão de investigação:

Quais são as atitudes dos enfermeiros de CSP e de CSD relativamente à importância da família no processo de cuidar?

Fortin (1999) define hipótese como um enunciado formal das relações que se prevê entre duas variáveis, combina o problema e os objetivos.

Uma hipótese de investigação é a resposta provisória proposta pelo investigador, perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação (Vilelas , 2022).

Quando se formulam hipóteses, identificam-se as variáveis e suas relações, assim define-se os papéis das variáveis na investigação (Vilelas , 2022).

Segundo Vilelas (2022), algumas das características básicas de uma hipótese são as seguintes:

- Uma clara concetualização, de forma a identificar cada um dos termos que compõe o enunciado;
- a existência de referentes empíricos, que permitam encontrar factos concretos sobre os quais se poderá aceitar ou rejeitar;
- Uma especificação clara das condições em que se pode submeter a comprovação;
- A precisão das relações dos conceitos que usualmente se utilizam no campo do conhecimento sobre o qual se disserta.

Os elementos essenciais para a correta formulação de hipóteses são:

- O enunciado das relações: as hipóteses são enunciadas no presente, sob a forma declarativa e descrevem a relação entre duas ou mais variáveis, podendo ser essas relações de causalidade ou de associação);
- O sentido da relação;
- A verificabilidade; uma hipótese deve incluir varáveis observáveis, mensuráveis e passíveis de serem analisadas;
- A consistência teórica, ou seja, a hipótese deve estar relacionada com a fundamentação teórica e com os resultados esperados;
- A plausibilidade; a hipótese deve ser pertinente relativamente ao fenómeno estudado (Vilelas , 2022).

Assim, o conjunto de hipóteses formuladas para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família com as variáveis sócio- demográficas e profissionais, encontram-se enunciadas abaixo:

H1: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género;

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 e o grau académico;

H5: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional;

H6: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional;

H7: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de prestação de cuidados

H8: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce as suas funções;

H9: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.

H10: Existe relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto da formação em enfermagem de família

4.2.3. Tipo de estudo

Dependendo do tipo de dados recolhidos para realizar uma investigação, pode-se categorizar os estudos em dois grandes tipos básicos:

- Os estudos de campo, em que os dados são recolhidos de forma direta, na realidade, através do trabalho concreto do investigador e da sua equipa (dados primários);
- Os estudos bibliográficos; quando os dados já foram recolhidos noutras investigações por outros, e nos chegam elaborados e processados, em documentos escritos de acordo com os objetivos de quem inicialmente os recolheu e manipulou (dados secundários) (Vilelas , 2022).

No entanto Vilelas (2022) esclarece que os estudos de campo não se baseiam apenas nos dados primários, sendo necessário integrar o problema de investigação num marco teórico, para cuja elaboração é imprescindível realizar consulta bibliográfica.

Relativamente ao modo de abordagem, os estudos estão categorizados em:

- Estudos quantitativos, em que se admite que tudo pode ser quantificável, ou seja traduzido em números, para de seguida ser classificado e analisado; requer o uso de recursos e técnicas estatísticas;
- Estudos qualitativos, em que se considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números; não requerem o uso a recursos e técnicas estatísticas. As abordagens qualitativas são usadas para explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas que o investigador estuda, tendendo este a analisar os dados de forma indutiva (Vilelas , 2022).

Quanto ao objeto geral, segundo Vilelas (2022) os estudos podem ser:

- Exploratórios, os que têm como principal objetivo a formação de conceitos e ideias capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores;
- Descritivos, que procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis, sendo o seu objetivo aumentar o conhecimento das características e dimensões, para um conhecimento mais profundo deste, sendo necessário que o investigador detenha algum conhecimento das variáveis que influenciam o problema;
- Correlacionais, que procuram determinar as relações entre as variáveis presentes no estudo, sendo o objetivo do investigador quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis, levando à formulação de hipóteses, com base em medidas de associação.

Fortin (1999) define o inquérito como toda a atividade de investigação no decurso da qual os dados são colhidos junto de uma população, ou de porções desta, a fim de examinar as suas atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos. O inquérito pode ser prospetivo, retrospectivo ou transversal; o inquérito prospetivo consiste em seguir um grupo de sujeitos, com o objetivo de estudar os fenómenos que os afetam no decurso da passagem do tempo, no inquérito retrospectivo o investigador liga um fenómeno presente no momento do inquérito a um fenómeno anterior, o inquérito transversal consiste em examinar um ou vários cortes em relação com fenómenos presentes num dado momento do inquérito.

Segundo Vilelas (2022), os estudos transversais são os que analisam um ponto específico num dado momento, sem preocupação com o que aconteceu antes ou depois do estudo.

Para dar resposta aos objetivos definidos foi necessário optar por uma metodologia que garantisse a credibilidade e validação do estudo.

Assim, considerando a natureza da problemática que se pretende analisar, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma abordagem de cariz quantitativo, pois este visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos, do tipo descritivo, uma vez que fornece informação sobre características de uma população, e correlacional, pois tem como objetivo examinar as relações entre variáveis. Em termos temporais classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorre num único momento para cada participante.

4.2.4. População e amostra

Segundo Vilelas (2022), a população é o conjunto dos indivíduos nos quais se deseja investigar algumas características, sendo que esse conjunto tem uma ou mais características

comuns, se encontram num espaço conhecido; quando a população é composta por um número elevado de pessoas, por razões de tempo e custos, será impossível utilizá-la, pelo que será necessário extrair uma amostra dessa população, ou seja, um conjunto de unidades que representa a conduta da população na sua totalidade.

De acordo com Fortin (2009), a técnica de amostragem é o processo de seleção numa população de sujeitos, ou de unidades de estudo, e o seu objetivo consiste em assegurar a representatividade da população a fim de permitir a generalização.

Existem duas grandes categorias de amostras: as probabilísticas e as não probabilísticas. Nas amostras probabilísticas, os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem selecionados; nas amostras não probabilísticas, os vários elementos da população não têm a mesma probabilidade de fazer parte da amostra, sendo as mais usadas as amostras por conveniência, por quotas, por redes ou as intencionais (Vilelas, 2022).

Vilelas (2022) uma amostra por conveniência, ou acidental, é a que se obtém sem nenhum plano preconcebido, em que as unidades escolhidas resultam do produto de circunstâncias fortuitas; a amostra por quotas resulta da predeterminação da quantidade de elementos de cada categoria que irão integrá-la; na técnica de amostragem por redes tem por base as redes sociais, de amizade, e o facto de que os amigos têm tendência para possuir características comuns; na amostra intencional, a escolha das suas unidades não é arbitrária, mas o investigador escolhe algumas características que considera relevantes.

No presente estudo, pretende-se avaliar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com possíveis ligações com fatores sociodemográficos e profissionais, assim, definimos como população alvo os enfermeiros, por se considerar serem uma população capaz de responder ao instrumento de recolha de dados.

A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, em que esta é composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão.

Neste estudo participaram 50 enfermeiros, dos quais 30 a exercer funções em contexto de CSP do ACES PL (14 enfermeiros em UCSP (10 UCSP Norte e 4 UCSP Atlântica); 6 em UCC (Marinha Grande); e 10 em USF (5 USF Stephens e 5 em USF Vitrius)] e 20 a exercer funções em contexto de CSD, que voluntariamente preencherem o questionário online no âmbito do projeto 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem inscrito no Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria.

A amostra populacional escolhida apresenta os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro em funções na UCSP Norte e respetivos polos;
- Ser enfermeiro em funções na UCSP Atlântica e respetivo polo;
- Ser enfermeiro em funções na USF Stephens;
- Ser enfermeiro em funções na USF Vitrius;
- Ser enfermeiro em funções na UCC Marinha Grande;
- Ser enfermeiro em funções numa unidade portuguesa de CSD, pertencente ao SNS português;
- Enfermeiros da população-alvo que se prontificaram a participar no estudo e com consentimento informado e esclarecido.

Foram considerados critérios de exclusão, o preenchimento incorreto dos questionários e todos os enfermeiros que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

4.2.5. Operacionalização das variáveis

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

Vilelas (2022) define variável como qualquer característica ou qualidade da realidade que é suscetível de assumir diferentes valores, devendo as variáveis estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses, e em consonância com o marco teórico. São qualidades, propriedades de objetos, de pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação, cuja essência é compreender o porquê da variação dos valores numa variável, e a forma como a variação de uma variável pode influenciar uma outra.

As variáveis têm várias características:

- A utilidade, ou seja, devem ter uma amplitude de variação adequada à natureza da população em estudo (como por exemplo a idade);
- A homogeneidade, em que possuem uma coerência lógica interna variável, tendo os seus critérios de pertencer ao mesmo domínio;
- inclusividade, em que todas as variáveis devem ter possibilidade de serem estudadas;
- A mútua exclusividade, em que cada modalidade deve assumir apenas uma determinada categoria, a pertinência, ou seja, só devem ser incluídas no estudo se realmente servirem para medir o fenómeno estudado;
- As dimensões: as variáveis podem ser um conceito com várias dimensões, e a cada dimensão podem corresponder vários indicadores.

Os valores de uma variável podem ser entendidos como uma série, que podem ser contínuas ou discretas; são contínuas quando entre um e outro valor existem possibilidades intermédias infinitas (por exemplo a altura de uma pessoa), e são discretas quando a variável se modifica adquirindo um novo valor de uma forma não contínua (como por exemplo o número de filhos). Neste estudo foram identificadas variáveis independentes e dependentes, cuja operacionalização foi descrita no quadro 4 e 5.

4.2.5.1. Variáveis independentes

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

Neste estudo as variáveis independentes foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os profissionais envolvidos no estudo, mas também, com o objetivo de conhecer a sua relação com a variável dependente. Determinámos como variáveis independentes e que caracterizam o **perfil sociodemográfico** dos enfermeiros: o género; a idade; o estado civil; e as que caracterizam o **perfil profissional** dos enfermeiros: o contexto de trabalho; o grau académico, o título profissional; área de especialização; o tempo de exercício profissional, a unidade funcional de saúde onde exerce funções nos CSP e a formação em enfermagem de família.

A forma de operacionalização destas variáveis apresenta-se seguidamente no quadro 3.

Quadro 6 - Variáveis Independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros

Perfil	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Sociodemográfico	Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: (1) Feminino; (2) Masculino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: (1) Solteira(o); (2) União de facto/Casada(o) (3) Separada/Divorciada(o); (4) Viúvo.
Profissional	Grau académico ou Escolaridade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: (1) Bacharelato; (2) Licenciatura; (3) Mestrado; (4) Doutoramento; (5) Outro.
	Título profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla (1) Enfermeiro (2) Enfermeiro Especialista

(continuação)

	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
	Contexto atual de trabalho	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: (1) Cuidados de Saúde Diferenciados; (2) Cuidados de Saúde Primários.
	Unidade funcional onde exerce funções (CSP)	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: (1) UCSP; (2) USF; (3) UCC;
	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: (1) Sim; (2) Não.
	Formação em enfermagem de família em que contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Múltipla: (1) Contexto académico; (2) Formação contínua; (3) Outro

4.2.5.2. Variável dependente

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

No presente estudo, a atitude dos enfermeiros face à família é operacionalizada pela escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011). A forma de operacionalização desta variável apresenta-se seguidamente no quadro 5.

Quadro 7 - Operacionalização da variável dependente escala IFCE-AE.

Questão	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Ítems 1 a 26	Atitude do enfermeiro face à importância da família	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: (1) Discordo completamente; (2) Discordo; (3) Concordo; (4) Concordo completamente
		Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, pode variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104 pontos

Fonte: Oliveira et al., 2009; 2011

4.2.6. Instrumento de recolha de dados

Um instrumento de recolha de dados é um recurso a que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e deles extrair a informação (Vilelas , 2022).

Vilelas (2022) explica que dentro de cada instrumento distinguem-se dois aspetos importantes: a forma, que se refere ao tipo de aproximação que se estabelece com a atividade empírica, e o conteúdo, que expressa a especificidade dos dados que se quer recolher, sendo concretamente uma série de itens que representam os indicadores que permitem medir as variáveis; estes assumem a forma de perguntas, pontos a observar, elementos a registar, etc. Em suma sintetiza todo o trabalho prévio da investigação.

É o investigador que determina o tipo de instrumento que mais convém aos objetivos do estudo no sentido de dar à questão de investigação, às características dos elementos que constituem a amostra e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa (Vilelas, 2017).

Nos métodos quantitativos, a técnica de recolha de dados mais comum é o questionário, composto por questões fechadas previamente estabelecidas e codificadas, simplificando dessa forma a colheita e o processamento dos dados, de uma forma mais rápida (Vilelas , 2022).

De acordo com Vilelas (2022, p. 359), “os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos”.

No nosso estudo, usámos, como instrumento de recolha de dados, um questionário estruturado em duas partes distintas (APÊNDICE III): na primeira parte, consta a caracterização da amostra relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais nomeadamente: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família; na segunda parte é aplicada a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros (IFCE -AE), que resulta da validação e adaptação para a população portuguesa, em 2009, da escala original “*Families Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC - NA)*, desenvolvida na Suécia, a partir da revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt Inger Saveman. Os responsáveis por essa validação são Palmira Oliveira, Henriqueta Fernandes, Ana Isabel Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo, Maria Margarida Ferreira, Maria Júlia Martinho, Maria do Céu Figueiredo, Luísa Maria Andrade, José Carlos Carvalho, Maria Manuela Martins.

Os itens que compõem a escala FINC - NA integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (eu faço no meu trabalho...) para o enfermeiro que presta cuidados (Oliveira et al., 2011). A escala apresenta a finalidade de medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, nos diversos contextos da prática clínica; além disso considera que o conceito de família inclui não só todos os seus membros, bem como também amigos vizinhos ou pessoas significativas (Benzein, Johansson, Arestedt, Berg, & Saveman, 2008a).

Originalmente a escala é composta por 26 itens, que incorporam afirmações, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. As afirmações são similares entre si, mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Oliveira et al., 2009; 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 próprio 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) (Benzein et al., 2008a).

No processo de tradução e validação para a população portuguesa, realizaram-se alterações no que diz respeito às dimensões da versão original. A versão portuguesa considera três dimensões: *família como parceiro dialogante e recurso de coping* (12 itens, com as questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25); *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (10 itens, com as questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20) e *família como um fardo* (4 itens, com as questões 2, 8, 23, 26) (Oliveira P. , et al., 2011).

Para cada item, a pontuação obtida pode variar entre 1 e 4 pontos, com um *score* mínimo de 26 e um *score* máximo de 104 pontos para todo o instrumento. Quanto maior for o *score* obtido nas duas primeiras dimensões (*família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*) e menor for o *score* obtido na terceira dimensão (*família como um fardo*), mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais as atitudes dos enfermeiros são suporte perante a família (Oliveira et al., 2009; 2011).

A escala IFCE-AE à semelhança da escala original é de auto-preenchimento; apresentamos no quadro 6 as dimensões da escala, os itens correspondentes e os indicadores da referida escala.

Quadro 8 - Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE (continua)

Dimensões	Itens da escala	Indicadores	Score
Família como 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 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 contacto, 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 situação.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	<p>Entre 12 e 48</p>
Família como um 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 dos membros da família é</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	<p>Entre 10 e 40</p>

(Continuação)

	<p>importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7 – A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 – A presença dos 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 sentir-me útil.</p> <p>21 – Com as famílias, ganho muitos conhecimentos valiosos que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 – É importante dedicar tempo às famílias.</p>		
Família como um fardo	<p>2 – A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 – Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 – A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 – A presença dos membros da família deixa-me em stress.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	Entre 4 e 16

Fonte: (Oliveira P. , et al., 2011)

Quanto maior for o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte (Benzein et al., 2008a).

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

A família é analisada como um recurso de coping quando este profissional a valoriza pelas suas características, potencialidades e pontos fortes (Wright & Leahey, 2012).

A família é um recurso para os cuidados de enfermagem se o enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica (Wright & Leahey, 2012).

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

- **Consistência interna da escala IFCE-AE**

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

A fiabilidade diz respeito à consistência interna de um instrumento, em que os resultados obtidos por cada inquirido, em cada item, deverão ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário; para avaliar a consistência interna, poderá ser realizada o teste de alfa (α) de Cronbach (Vilelas, 2022).

Segundo Vilelas (2022), para o cálculo do valor do α de Cronbach, para a análise da consistência interna dos fatores, é necessário que as variáveis estejam categorizadas da mesma forma, o que nalguns casos corresponde à aplicação da mesma escala de Likert. Os valores do α devem ser positivos, variando de 0 a 1, de acordo com as seguintes leituras:

- Superior a 0,9 – consistência muito boa;
- Entre 0,8 e 0,9 – boa;
- Entre 0,7 e 0,8 – razoável;
- Entre 0,6 e 0,7- fraca;
- Inferior a 0,6- inadmissível.

A consistência interna, no estudo realizado por Oliveira et al., (2009; 2011) para validar a escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente α de Cronbach de cada uma das dimensões, bem como da escala total, tendo obtido: *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, α de Cronbach de 0,90; *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*, α de Cronbach de 0,84 e *família como um fardo* com α de Cronbach de 0,49, a consistência interna da escala total foi de $\alpha = 0,87$, valor muito próximo da versão original, que é de $\alpha = 0,88$, revelando uma boa consistência interna, e uma elevada precisão na versão portuguesa,

Para o presente estudo, foi calculado o valor do α de Cronbach para cada uma das três dimensões assim como o total, e os resultados foram comparados com os resultados obtidos por Oliveira et al em 2009; apresentamos os resultados na tabela 13:

Tabela 13 - Análise da consistência interna da escala IFCE – AE – adaptação portuguesa e o presente estudo

Dimensões da escala IFCE-AE	Itens	Estudo de validação Oliveira et al., (2009) α Cronbach	Presente estudo α Cronbach
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25.	0,90	0,86
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22.	0,84	0,75
Família como um fardo	2, 8, 23, 26,	0,49	0,59
α Cronbach da Escala total		0,87	0,83

Assim, para o nosso estudo o valor do α de Cronbach variou entre 0,59 e 0,86 para as três dimensões, e apresentou o valor de 0,83 para a escala total, o corresponde a um grau de boa consistência interna.

4.2.8. Procedimento de colheita de dados

O processo de colheita de dados realizou-se junto dos enfermeiros a exercerem funções nos CSP do ACES Pinhal Litoral (UCSP Norte, UCSP Atlântica, USF Stephens, USF Vitrius e UCC da Marinha Grande) e enfermeiros a exercer funções em CSD. O instrumento de colheita de dados (APÊNDICE IV) foi entregue em formato de papel, para preenchimento durante o mês de dezembro de 2022, sendo recolhido presencialmente em cada uma das unidades funcionais.

Do total de questionários entregues em formato papel (42) foram preenchidos 30 e não foi necessário eliminar nenhum deles, pelo que constituem a totalidade da amostra dos enfermeiros a exercer em CSP. Para a amostra, foram ainda considerados 20 questionários, preenchidos em plataforma on-line, pela amostra de enfermeiros a exercer em CSD. Estes foram obtidos no âmbito do projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem inscrito no Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria e com 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) (ANEXO II).

4.2.9. Procedimentos éticos e morais

Qualquer investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas; a ética coloca problemas específicos aos investigadores, que resultam das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: esse limite refere-se ao respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se uma investigação, pelos seus métodos de experimentação e/ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados, ou pela publicação de resultados, viola este direito, ou é suscetível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os sujeitos como para os próprios investigadores, ou para a comunidade em geral (Fortin, 1999).

“A ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento. Ou seja, é um juízo filosófico, acerca do que é mais correto, baseada em princípios usados para justificar ações e resolver e resolver problemas” (Vilelas , 2022, p. 467).

Assim, quando se inicia um estudo, têm de ser respeitados os seguintes princípios:

- O direito à autodeterminação: o investigador deve garantir os direitos das pessoas que decidirem de forma autónoma participar ou não na investigação; deve também informar que estas podem abandoná-la em qualquer momento do estudo;
- O direito à intimidade: a proteção da intimidade deve ser assegurada pelo investigador este direito é violados se, por exemplo, são divulgadas informações íntimas e privadas sem o conhecimento do sujeito do estudo, ou quando são obtidas sem o seu consentimento;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade: o investigador tem o dever de garantir que as respostas individuais não podem identificar o sujeito; com o mesmo propósito, os dados íntimos e privados não podem ser partilhados sem o consentimento expresso pelo sujeito;
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: o investigado deve ser protegido contra suscetíveis de lhe fazer mal ou de o prejudicar;
- O direito a um tratamento justo e equitativo: este deve ser garantido ao investigado, antes, durante e após a sua participação; todos os sujeitos devem ser informados da natureza, fim e duração da investigação, e o acesso à informação deve ser igual para todos (Vilelas , 2022)2

Assim, para a realização do nosso estudo, e tendo em atenção a necessidade do respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas, antes da aplicação do instrumento de recolha de dados e para garantir o cumprimento das questões formais e éticas inerentes ao presente estudo de investigação, efetuaram-se os respetivos procedimentos formais e éticos: procurámos orientarmo-nos por esses princípios, assegurando a confidencialidade e

anonimato dos participantes, assim como a garantia de voluntariedade e autonomia para a participação na investigação por parte dos investigado através do consentimento informado/livre e esclarecido incluído no questionário, tendo sido informados que os resultados obtidos poderiam ser divulgados no meio científico, apenas para fins académicos; esclarecemos que o objetivo das questões seria a de obter respostas pessoais, não havendo respostas corretas ou incorretas, e que a utilização destas seria única e exclusivamente para fins académicos; salientámos a importância da sua participação para o desenvolvimento do estudo, assim como os benefícios para a profissão de enfermagem, mas os participantes foram esclarecidos de que a sua participação era voluntária e que a qualquer momento poderiam desistir sem que tal fato tivesse consequências pessoais.

O presente estudo de investigação teve por base o projeto “CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem”, no qual consta o parecer favorável com N.º P808-10-202 (ANEXO III) pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Perante este parecer positivo, foi pedida autorização para a aplicação do questionário ao diretor executivo do ACES PL, que fez depender a decisão do parecer favorável da ARS Centro, IP (ANEXO IV), pelo que foi solicitado o parecer desta entidade (ANEXO V), que foi favorável à realização do estudo (ANEXO VI).

O pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados foi autorizado pelos coordenadores das unidades funcionais selecionadas: UCSP Norte, USF Stephens, USF Vitrius; UCSP Atlântica e UCC Marinha Grande (ANEXO VII).

O instrumento de colheita de dados foi disponibilizado para preenchimento durante o mês de dezembro de 2022.

4.2.10. Procedimentos na análise dos dados

Uma vez terminada a fase de recolha de dados, o investigador fica com um conjunto de dados que não permitem chegar a nenhuma conclusão, se não forem previamente organizados e ordenados; esses procedimentos integram o chamado processamento de dados

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial recorrendo ao programa estatístico para ciências sociais *Statistical Package for the Social Sciences (IBMSPSS Statistics)* na versão: 28.0.0.0 (190).

Vilelas (2022) define a estatística descritiva como o conjunto das técnicas e das regras que

permitem resumir a informação recolhida de uma amostra ou população, sem perda nem distorção de informação; consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos.

A estatística indutiva, ou inferencial tem como objetivo inferir se os resultados obtidos podem ser representativos da população subjacente à amostra escolhida (Vilelas, 2022).

No nosso estudo, utilizámos técnicas de estatística descritiva e inferencial, de acordo com as características das variáveis em estudo, tais como:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: Média (\bar{x}); Mediana (Md); Moda (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão (σ), Valor Mínimo (XMín) e Valor Máximo (XMáx);
- Coeficientes: alfa Cronbach (α) e correlação de Parsons (r);
- Testes: Shapiro-Wilk (como teste de normalidade); t-Student; Anova.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- a) $p < 0,05$ diferença estatística significativa;
- b) $p < 0,01$ diferença estatística bastante significativa;
- c) $p < 0,001$ diferença estatística altamente significativa;
- d) $p \geq 0,05$ diferença estatística não significativa.

Relativamente às técnicas de estatística inferencial, para avaliação da normalidade da amostra, foi aplicado o teste paramétrico de *Shapiro-Wilk*, já que se trata de uma amostra de pequena dimensão. O SPSS produz o valor para este teste sempre que a dimensão da amostra seja menor ou igual a 50 (Marôco, 2014).

Assim, e após aplicação do teste *Shapiro-Wilk*, pode constatar-se na tabela 13, que a distribuição amostral é considerada normal na variável dependente em estudo, escala IFCE-AE, já que apresenta um valor de significância superior a 0,05 ($p=0,199$).

Tabela 11 - Teste da Normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala IFCE AE n

<i>Shapiro-Wilk</i>			
Escala IFCE-AE	Estatística	n	p
	0,968	50	0,199

Assim conclui-se que as variáveis seguem uma distribuição normal e que as variâncias são homogêneas, para todas as hipóteses do estudo o que permitiu a aplicação de testes paramétricos.

Assim a escolha dos testes paramétricos recaiu no Teste *t-Student* para duas amostras independentes, que segundo Vilelas (2022) é utilizado em situações que uma variável quantitativa discreta ou contínua tem uma curva de distribuição normal e em duas amostras relacionadas. Foi ainda aplicada a Análise de Variância ANOVA de um fator, que permite calcular a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “Atitude dos Enfermeiros”, pelos respetivos enfermeiros (Pestana & Gageiro, 2014).

Um dos coeficientes mais utilizados para medir a correlação entre duas variáveis, é o coeficiente de correlação de Pearson (r), que avalia o efeito que uma variável produz na outra. O coeficiente pode tomar valores entre +1, quando existe correlação positiva perfeita, em que as variações das variáveis ocorrem no mesmo sentido; e -1, quando há uma correlação negativa perfeita, ou seja, quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra.

Apresenta-se a regra prática para interpretar o tamanho de um coeficiente de correlação (Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003):

- a) 0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00): Correlação positiva (negativa) muito alta;
- b) 0,70 a 0,90 (-0,70 a 0,90): Alta correlação positiva (negativa);
- c) 0,50 a 0,70 (-0,50 a 0,70): Correlação positiva (negativa) moderada;
- d) 0,30 a 0,50 (-0,30 a 0,50): Baixa correlação positiva (negativa);
- e) 0,00 a 0,30 (0,00 a -0,30): Correlação insignificante.

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses enunciadas anteriormente, uma vez que o objetivo do investigador, quando realiza uma investigação sobre um conjunto de dados, é verificar a existência e a natureza das relações, e as diferenças entre as variáveis do estudo (Vilelas, 2022).

Os dados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos de modo a possibilitar uma melhor análise, tornando-a mais clara, simples e acessível.

4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Finalizado o processo de tratamento de dados, são apresentados e analisados os resultados obtidos através do programa estatístico para as ciências sociais *Statistical Package for*

the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 28.0.0.0. (190).

Os resultados são apresentados através de tabelas, de gráficos e de indicadores estatísticos, acompanhado de uma descrição narrativa de modo a fornecer uma ligação lógica com a questão de investigação e as hipóteses em estudo.

4.3.1. Caraterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

De seguida serão apresentados e analisados os dados obtidos a partir do questionário sobre dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros.

4.3.1.1. Idade

Como se pode verificar da análise da tabela 14, relativamente à distribuição da idade (anos) dos enfermeiros, esta apresenta um valor mínimo ($X_{mín}$) de 25 anos e um valor máximo ($X_{máx}$) de 61 anos, sendo que a média de idade dos enfermeiros que participaram é de 42,78 anos e o desvio padrão de 9,7 anos.

Tabela 12 - Distribuição da amostra por idade.

	n	Valor Mínimo ($X_{mín}$)	Valor Máximo ($X_{máx}$)	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (σ)
Idade em anos	50	25	61	42,78	9,7

4.3.1.2. Género

Relativamente à distribuição por género, verificamos que 92% (n=46) dos enfermeiros são do género feminino e 8 % (n=4) dos enfermeiros são do género masculino, como se pode observar na tabela 15.

Tabela 13 - Distribuição da amostra por género.

Género	n	%
Feminino	46	92
Masculino	4	8
Total	50	100

4.3.1.3. Estado civil

No que concerne ao estado civil, verificamos que 74% (n=37) dos enfermeiros são casados/união de facto, 14 % (n=11) são solteiros, e 12% (n=6) são divorciados/separados de acordo com a tabela 16.

Tabela 14 - Distribuição da amostra por estado civil

Estado Civil	n	%
(continuação)	7	14
União facto/ Casado(a)	37	74
Separado(a)/Divorciado(a)	6	12
Total	50	100

4.3.1.4. Grau académico

Quanto ao grau académico, através da análise da tabela 17, verifica-se que a maioria dos enfermeiros são licenciados: 68% (n=34) e 26% (n=13) dos enfermeiros possuem mestrado; 4% dos enfermeiros (n=2) tem pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Tabela 15 - Distribuição da amostra por grau académico

Grau Académico	n	%
Bacharelato	1	2
Licenciatura	34	68
Mestrado	13	26
Outro	2	4
Total	50	100

4.3.1.5. Título profissional

De acordo com a tabela 18, relativamente ao título profissional, 62% da amostra (n=31) possuem o título de enfermeiro, enquanto 38% (n=19) de enfermeiro especialista.

Tabela 16 - Distribuição da amostra por título profissional

Título Profissional	n	%
Enfermeiro	31	62
Enfermeiro Especialista	19	38
Total	50	100

4.3.1.6. Área de especialização em enfermagem

Relativamente às áreas de especialização em enfermagem, verificámos que 40% (n=20) dos sujeitos referiram ter especialidade nas áreas referidas no questionário. De acordo com a tabela 20, 10% dos enfermeiros inquiridos têm especialidade em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstétrica (n=5); 10% em Enfermagem de Saúde Comunitária (n=5): 4% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n=2); 6% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=3); 2% em Enfermagem de Reabilitação (n=1) e 8% em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica/ Médico-Cirúrgica (n=4).

Verificamos da comparação entre a tabela 18 e a 19, que apesar de 20 terem concluído um curso de especialização, apenas 19 são especialistas, o que se deve ao facto de um dos inquiridos esteja habilitada com dois cursos de especialização.

Tabela 17 – Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem

Área de Especialização	n	%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	5	10
Enfermagem de Saúde Comunitária	5	10
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	2	4
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	3	6
Enfermagem de Reabilitação	1	2
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica/ Médico-cirúrgica	4	8
Total	20	40

4.3.1.7. Contexto de prestação de cuidados

No que diz respeito ao contexto de prestação de cuidados, a análise da tabela 20 revela que 40% (n=20) dos enfermeiros inquiridos trabalham em contexto de CSD, enquanto 60% (n=30) prestam cuidados em contexto de CSP.

Tabela 18 - Distribuição da amostra pelo contexto de prestação de cuidados de enfermagem

Contexto de prestação de cuidados	n	%
Cuidados de saúde diferenciados	20	40
Cuidados de saúde primários	30	60
Total	50	100

4.3.1.8. Unidade funcional dos CSP

Da análise da tabela 21, concluímos que 20% (n=10) dos enfermeiros prestam cuidados em contexto de USF, 28% (n=14), em contexto de UCSP, 12% (n=6) em contexto de UCC, e 40% (n=20) em CSD.

Tabela 19 - Distribuição da amostra dos enfermeiros por unidade funcional dos CSP e dos enfermeiros de CSD

Contexto de prestação de cuidados de enfermagem	Unidade Funcional	n	%
CSP	USF	10	20
	UCSP	14	28
	UCC	6	12
Subtotal		30	60
CSD		20	40
Total		50	100

4.3.1.9. Tempo de exercício profissional

Quanto ao tempo de exercício profissional em anos, verificamos na tabela 22, que dos enfermeiros que participaram na investigação, verifica-se um valor mínimo (X_{Mín}) de 3 anos e um valor máximo (X_{máx}) de 41 anos, sendo que a média de tempo de exercido profissional é de 19,38 anos e o desvio padrão de 9,23 anos, como se pode observar na tabela 23.

Tabela 20 - Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional

Nº de Anos de Exercício Profissional	n	Valor Mínimo (X _{mín})	Valor Máximo (X _{máx})	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (σ)
	50	3	41	19,38	9,23

4.3.1.10. Formação em enfermagem de família

No domínio específico da formação em enfermagem de família, 50% (n=25) dos enfermeiros, declara não ter qualquer formação nesta área, e 50% dos enfermeiros (n=25) responderam que tinham formação em enfermagem de família, de acordo com a tabela 23.

Tabela 21 - Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família

Formação em enfermagem de família	n	%
Com formação em enfermagem de família	25	50
Com formação em enfermagem de família	25	50
Total	50	100

4.3.1.11. Contexto de formação em enfermagem de família

Quanto ao contexto de formação em enfermagem de família, segundo a tabela 24, dos 25 enfermeiros da amostra que referiram ter formação em enfermagem de família, 26%

adquiriram essa formação em contexto académico (n=14), 20% responderam ter adquirido em formação contínua (n=10) e 2 enfermeiros não especificou onde adquiriu a formação em enfermagem de família.

Tabela 22 - Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação

Contexto de formação em enfermagem de família	n	%
Contexto Académico	13	26
Formação Contínua	10	20
Outros	2	4
Sem formação em enfermagem de família	25	50

4.3.2. Atitudes dos enfermeiros face à família

Para avaliar a atitude dos enfermeiros, foi utilizada a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE – AE); a pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104 pontos, considerando-se que quanto maior o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros face à família são de suporte (Oliveira P. , et al., 2011).

Assim, relativamente às atitudes dos enfermeiros face às famílias, pela análise da tabela 25, constatou-se um score médio total de 78,38 pontos, com um desvio padrão de 7,43 pontos, sendo um score total mínimo ($X_{mín}$) de 60 pontos e um score total máximo ($X_{máx}$) de 96 pontos. Estes dados indicam que os 50 enfermeiros inquiridos, veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família.

Tabela 23 - Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE

	Nº de itens	n	Média(\bar{x})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{mín}$)	Valor Máximo ($X_{máx}$)
Escala IFCE – AE - Score Total	26	50	78,38	77	74	7,43	60	96

4.3.3. Teste de hipóteses

Segundo Fortin (1999), uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou várias variáveis. Estas preposições são suscetíveis de ser submetidas à prova (testes de hipóteses) que levará à sua aceitação ou rejeição.

Assim, para cada característica a testar, definem-se duas hipóteses: uma designada hipótese nula (H_0), que consiste em admitir que a ação experimental realizada com a amostra não provocou alterações nas suas características; e a hipótese alternativa (H_1), que consiste numa afirmação relativa às alterações que se espera que ocorram nas características da amostra em função da ação experimental realizada, e cuja aceitação depende dos resultados da aplicação do teste estatístico e do nível de significado adotado (Vilelas , 2022).

De acordo com Vilelas (2022), a rejeição ou não-rejeição de uma hipótese depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância), assim:

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

Procedemos então aos testes de hipóteses, analisando os resultados obtidos na escala IFCE-AE, confrontando as pontuações médias com ela obtidas em função das variáveis sociodemográficas e profissionais: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família.

H1: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género.

Na tabela 26, apresentamos os resultados do teste paramétrico Teste *t-Student* para as amostras independentes, e observa-se que não existe evidência estatística entre a variável género e a escala IFCE-AE, uma vez que $p > 0,05$, o que significa que as atitudes dos enfermeiros face à família não estão relacionadas com o seu género; a média dos profissionais do género masculino foi maior do que a do género feminino.

Tabela 24 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género

	Género	n	Média (\bar{x})	Teste t
Escala IFCE-AE	Feminino	46	78,04	t=-1,088
	Masculino	4	82,25	p=0,282 *

* Sig. (2 extremidades)

H2: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade.

De forma verificar a relação entre a a idade dos enfermeiros e a escala IFCE-AE, ou seja, a atitude dos enfermeiros face à família, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson*

(r) e do respetivo teste de significância. Da análise dos resultados, na tabela 27; concluímos que não existe relação entre a idade e a importância dos enfermeiros face à família no processo de cuidar, uma vez que $p > 0,05$ e $r = 0,05$.

Tabela 25 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade

	Correlação de Pearson (r)	Idade (anos)
Escala IFCE-AE	r	0,05
	p	0,97
	n	50

H3: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.

Para verificar a relação entre a atitude dos enfermeiros face à família, foi aplicado o teste paramétrico – *Anova de um fator* (tabela 28), observando-se que entre o estado civil e a escala IFCE-AE, $p = 0,877$, que é superior a 0,05, podendo concluir-se que não existe evidência estatística significativa, e que as atitudes dos enfermeiros face à família não estão relacionadas com o estado civil.

Tabela 26 - relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil

	Estado civil	n	Média (\bar{x})	Anova
Escala IFCE-AE	Solteiro(a)	7	77,58	F=0,131
	União de facto/casado(a)	37	78,70	
	Separado(a)/divorciado(a)	6	77,33	P=0,877

H4: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e o grau académico.

Recorremos ao teste *Anova de um fator* para verificar a existência de relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e o grau académico, podendo concluir-se da análise dos resultados reproduzidos na tabela 29 que, uma vez que $p > 0,05$, não existe evidência estatística da relação entre essas duas variáveis.

Tabela 27 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académico

	Grau Académico	n	Média (\bar{x})	Anova
Escala IFCE-AE	Bacharelato	1	96,00	F=2,054
	Licenciatura	34	77,91	
	Mestrado	13	78,38	P=0,119
	Outro	2	77,50	

H5: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.

Da análise da tabela 30, que resume os resultados do teste *t-Student* para variáveis independentes, podemos concluir que, sendo o $t > 0,05$, não existe evidência estatística da relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e o título profissional.

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

	Título Profissional	n	Média (\bar{x})	Teste t
Escala IFCE-AE	Enfermeiro	31	78,58	t=0,242
	Enfermeiro especialista	19	78,05	p=0,423 *

* Sig. (2 extremidades)

H6: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.

Recorremos ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e respetivo teste de significância, e conclui-se, da análise dos resultados na tabela 31, que não há relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional, uma vez que $p > 0,05$.

Tabela 29 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional

	Correlação de <i>Pearson</i> (r)	Tempo de exercício profissional (anos)
Escala IFCE-AE	r	-0,07
	p	0,959
	n	50

H7: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o contexto de prestação de cuidados.

Aplicado o teste *t-Student* para variáveis independentes (tabela 32), verificamos que, apesar da média na escala IFCE-AE ser superior nos enfermeiros que trabalham em contexto de CSP, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) para aceitar esta hipótese.

Tabela 30 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho

	Contexto da prestação de cuidados	n	Média (\bar{x})	Teste t
Escala IFCE-AE	CSD	20	76,60	t=-1,397
	CSP	30	79,57	p=0,807 *

* Sig. (2 extremidades)

H8: Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce as suas funções.

Para relacionar os grupos unidade funcional e a escala IFCE-AE, foi utilizado o teste *Anova de um fator*, deduzindo da análise dos seus resultados expostos na tabela 33, que sendo $p>0,05$, não existe relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde são prestados cuidados de enfermagem.

Tabela 31 - Relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções

	Unidade funcional	n	Média (\bar{x})	Anova
Escala IFCE-AE	USF	10	79,40	F=0,042
	UCSP	14	79,93	
	UCC	6	79,00	P=0,959

H9: Existe relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem de Família.

Relativamente à existência de formação no âmbito da Enfermagem de Saúde familiar, verificamos da análise dos resultados do teste *t-Student* para variáveis independentes resumidos na tabela 34, que não há relação entre essa variável e a atitude dos enfermeiros face às famílias, uma vez que $p>0,05$.

Tabela 32 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e formação em enfermagem de família

	Formação no Âmbito da Enfermagem de Família	n	Média (\bar{x})	Teste t
Escala IFCE-AE	Sim	25	79,12	t=0,701
	Não	25	77,64	p=0,662 *

* Sig. (2 extremidades)

H10: Existe relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto da formação em Enfermagem de Família

Aplicado o teste *t-Student* para variáveis independentes (tabela 32), verificamos que a média na escala IFCE-AE é superior para os enfermeiros que realizaram formação em Enfermagem de Família em contexto académico ($\bar{x}=79$), não existem, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) que permitam afirmar que existe relação entre a atitude dos enfermeiros e o contexto de formação em Enfermagem de Família.

	Contexto da Formação no Âmbito da Enfermagem de Família	n	Média (\bar{x})	Teste t
Escala IFCE-AE	Contexto académico	13	79,00	t=0,608
	Formação contínua	10	77,20	p=0,376 *

* Sig. (2 extremidades)

Passamos de seguida à discussão dos resultados.

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) refere que a prática baseada na investigação é uma marca da enfermagem profissional, e que a investigação em enfermagem, tanto qualitativa como quantitativa, é fundamental para os cuidados de saúde com qualidade e é necessária para gerar novo conhecimento e desenvolver a ciência/disciplina, avaliar as práticas e serviços existentes, e fornecer evidência que irá informar a educação, a prática, a investigação e gestão em enfermagem.

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

Neste capítulo analisaremos os resultados obtidos, apurando a contribuição destes para o estudo em si, levando em conta as questões de investigação delineadas e os objetivos

definidos, e comparando a estudos prévios que confirmem ou contrariem os resultados alcançados.

Fizeram parte deste estudo 50 enfermeiros, dos quais 30 (60%) a exercerem funções nos CSP do ACES PL, nomeadamente na UCSP Norte, UCSP Atlântica, USF Stephen, USF Vitrius e UCC da Marinha Grande, e 20 (40%) enfermeiros a trabalhar em contexto de CSD.

A recolha de dados decorreu durante o mês de dezembro de 2022, através de um questionário impresso no caso dos inquiridos que trabalham em CSP, e de um questionário online, no âmbito do projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem inscrito no Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria.

No que diz respeito aos enfermeiros inquiridos, 92 % são do sexo feminino, com uma média de idade de 42,78 anos, sendo 68% dos mesmos licenciados, e com um tempo médio de exercício profissional de 19,38 anos.

Para identificar as atitudes dos enfermeiros, foi utilizada a Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009); esta inclui as dimensões respeitantes às atitudes dos enfermeiros e a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, nas dimensões: “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” (atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta e no reconhecimento das suas competências para superar a situação), “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” (atitude positiva face à família, reconhecendo o valor da sua presença nos cuidados de enfermagem) e “Família como um fardo” (atitude negativa perante a família, considerando a sua participação como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem).

A escala IFCE-AE- “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros” validada para a população portuguesa, apresenta um alfa de Cronbach de 0,87 (Oliveira et al., 2011); no presente estudo de investigação, o valor do α de Cronbach variou entre 0,59 e 0,86 para as três dimensões, e apresentou o valor de 0,83 para a escala total, o corresponde a um grau de boa consistência interna, podendo por isso considerar-se um instrumento fidedigno e válido.

A pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104 pontos, considerando-se que quanto maior o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros face à família são de suporte (Oliveira P. , et al., 2011); no nosso estudo, constatámos um score médio total de 78,38 pontos, com um desvio padrão de 7,43 pontos, sendo o score total mínimo (X_{\min}) de 60 pontos e um score total máximo (X_{\max}) de 96 pontos. Estes dados indicam que os 50 enfermeiros inquiridos,

veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família e revelam uma atitude favorável face à importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Os nossos resultados são corroborados por outras pesquisas, de âmbito nacional e internacional; em Portugal Fernandes, Gomes, Martins, & Gonçalves (2015) obtiveram resultados semelhantes relativamente aos enfermeiros a trabalhar em meio hospitalar, assim como Oliveira et al (2009) e Silva, Costa, & Silva (2013), e no que diz respeito aos CSP. A nível internacional, os resultados também são idênticos aos do nosso estudo, de acordo com os trabalhos consultados, tais como os de Benzein et al (2008a), na Suécia, Sampaio, et al. (2021), no Brasil.

Estes resultados vão ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais que recomendam o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, e da aceitação pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados.

De seguida, iremos analisar os resultados obtidos relativamente às características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que participaram no estudo.

Relativamente às características sociodemográficas e começando pelo **género**, a amostra do nosso estudo apresenta predominância do género feminino (92%), o que é corroborado pela ordem dos Enfermeiros (2022), que no seu anuário estatístico de 2022, apresenta que 82,52% dos membros inscritos são do género feminino. Tal facto também se verifica nos estudos realizados por Oliveira et al., (2011) com 88,20% do sexo feminino, Silva et al., (2013) em que as enfermeiras representam 88,50 %, bem como Pires (2016), em que o sexo feminino representam 95,70%, Tavares (2017) com 91,50% de profissionais do género feminino. No presente estudo concluímos que o género não influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, conclusão corroborada pelos trabalhos de Oliveira et al (2011) e Tavares (2017); em contrapartida, alguns autores indicaram que as enfermeiras são mais predispostas para atitudes favoráveis à importância da família no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, tal como Benzein et al. (2008a); no seu estudo comparativo Konradsen, H., Kabir, Z. N., Boström, A. M., & Årestedt, K. (2022), o género dos enfermeiros foi associado a uma mudança significativa nas atitudes em todas as dimensões da escala, durante os dez anos do estudo, demonstrando os profissionais do género masculino atitude de menor suporte, mas explicam esse resultado pela relativamente escassa participação destes.

Relativamente à **idade**, e segundo os resultados obtidos, a amostra tem uma média de 42,78 anos, com um valor mínimo de 25 e máximo de 61 anos, e com um desvio padrão de 9,7; segundo o anuário estatístico de 2022 (Ordem dos Enfermeiros, 2022), o grupo etário mais

representativo é o dos 36 aos 46 anos. O estudo de Oliveira et al., (2011) apresentou uma média 35,68 anos, Silva et al (2013) uma média de 40,59, e Fernandes et al (2015), uma média de 38,6 anos; a nível de estudos internacionais, a amostra estudada por Benzein et al (2008a), tem uma média de 45.2 anos. Alguns estudos obtiveram resultados diferentes do nosso, em que não há evidência estatística significativa que permita relacionar as atitudes dos enfermeiros face à família com a idade, afirmando que são os enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte tais como os de Benzein et al (2008), Silva et al (2013) e Frade et al (2021).

No que diz respeito ao **estado civil**, no nosso estudo, dos 50 enfermeiros inquiridos, a maioria eram casados ou em união de facto (74%), 14% solteiros, e 12% separados/divorciados e a análise dos dados obtidos revela que não existe evidência estatística significativa entre o estado civil e as atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem. Nenhum dos estudos consultados, tais como os de Oliveira et al (2011), Ferreira (2021) apresentaram resultados que contradigam o presente.

No que concerne o **grau académico** dos inquiridos, a maioria possui uma licenciatura (68%), 26% está habilitado com um mestrado, 4% com outro tipo de habilitações académicas (pós-graduação ou doutoramento), e 2% possui um bacharelato. Estes dados diferem ligeiramente dos fornecidos pela OE (2022), pois apesar da maioria dos seus membros inscritos estejam habilitados com licenciatura (77%), a percentagem de Mestres é substancialmente menor (6,56), o que pode dever-se à grande diferença do tamanho das amostras.

No nosso estudo não se evidência estatística significativa entre o grau académico dos enfermeiros e a importância dada pelos mesmos face à família no cuidar, resultado corroborado por vários estudos a nível nacional, como o de Fernandes et al (2015), Ferreira (2022), mas contradito pelo estudo realizado por Freitas (2009) onde os enfermeiros licenciados foram os que maior importância atribuíram à família nos cuidados de enfermagem.

Relativamente aos dados profissionais, e no que diz respeito ao **título profissional**, a nossa amostra é constituída por 31 profissionais (62%) com o título de Enfermeiro, e 19 (38%) Enfermeiros especialistas (dos quais se destacam as especialidades em Enfermagem de Saúde materna e Obstetícia que representam 10% dos enfermeiros especialistas, e em Enfermagem de Saúde Comunitária, igualmente com 10%) , sendo esse predomínio corroborado pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2022), que refere 71% de Especialistas entre os seus membros inscritos. O presente estudo não demonstra existir relação entre o título profissional dos profissionais e as suas atitudes face à família, resultado corroborado pelos estudos de Alves (2011), Fernandes et al. (2015), Tavares (2017) e Ferreira (2022), em contrapartida, Pires (2016) e Caria (2022) cujos resultados evidenciam significância estatística

entre o título profissional e a Escala IFCE-AE, observando-se uma atitude mais favorável dos enfermeiros especialistas, o que vai de encontro ao que está preconizado pela ordem dos Enfermeiros (2010) no seu regulamento das competências do enfermeiro especialista.

Quanto ao **tempo de exercício profissional**, no nosso estudo, este varia de 3 a 41 anos, com um valor médio de 19,38 anos, e, valor superior aos verificados nos seus estudos por Oliveira et al., (2011), em que este valor, é apenas de 12,9 anos, Silva et al., (2013) de 16,37 anos, e de (Pires 2016) com 17,52 anos, o que, na nossa opinião, pode ser justificado com o aumento da idade da reforma na carreira de Enfermagem. Não se evidenciam, no presente estudo, diferenças estatisticamente significativas que permitam relacionar o tempo de exercício profissional com a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, o que é corroborado pelos trabalhos de Pires (2016), Tavares (2017) e Ferreira (2022), em contrapartida Beinzen et al (2008a) que enfermeiros recém-formados apresentam atitudes de menor suporte, o que pode indicar que estes centram os seus cuidados no indivíduo e não na família; também nos trabalhos de investigação de Silva et al., (2013) e Frade et al.(2021) se conclui que quanto maior o número de anos de exercício profissional e de experiência profissional, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à **unidade funcional** onde exercem funções, 40 % dos inquiridos do nosso estudo trabalham em CSD, enquanto 60 % em CDS, entre os quais 33% exercem funções numa USF, 47% em USCP e 20% em UCC; não se verificando a existência de evidência estatística significativa entre a unidade funcional onde os enfermeiros prestam cuidados e os scores da escala IFCE-AE, nem entre esses e o contexto da prática profissional, CSP ou CSD; estes resultados são corroborados pelos de Martins et al (2010), Oliveira et al (2011), e Ferreira (2022). Isto pode ser explicado pelo facto de, como refere Ferreira (2015), a abertura dos hospitais à família, num momento de crise acidental, como é a doença, ter surgido num conjunto de políticas de empoderamento e de responsabilização individual pela promoção da saúde e prevenção da doença, uma vez que as restrições económicas levam a altas cada vez mais precoces; assim a mesma autora explica que a integração das famílias no hospital desencadeou alterações na organização dos cuidados e mudanças na natureza das relações que se estabelecem entre o doente, a família e as equipas de saúde, sendo a relação enfermeiro/família determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Relativamente à **formação em enfermagem de família**, 50% dos enfermeiros inquiridos possuem formação nessa área, dos quais 26% a realizaram em contexto académico, 20% no âmbito da formação contínua, e 4% noutros contextos. Os dados obtidos demonstram não existir evidência estatística significativa entre os enfermeiros que possuem ou não formação em enfermagem de família e os resultados da escala IFCE-AE, resultados estes corroborados

pelos dos estudos de Alves (2012) e Ferreira (2022); são no entanto contraditos por Freitas (2009), cujo estudo revela que quanto maior for a formação profissional ou formação pós-graduada, maior será importância é atribuída ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, e o trabalho de investigação de Frade et al (2021), que evidencia que quanto maior a formação na área da enfermagem de saúde familiar, maior a importância atribuída a família pelos enfermeiros.

Citando Wright & Leahey (2012), Ferreira (2021) refere que era importante que todos os profissionais de saúde possuíssem conhecimentos das dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e intervenção familiar desde a formação de base para conseguir, dessa forma, aperfeiçoar as suas competências durante a sua atividade profissional.

Estas conclusões vão ao encontro da tomada de posição da IFNA (2015) que diz que: “Todos os estudantes de enfermagem na formação inicial devem estar empenhados em aprender sobre a importância da família para a saúde individual e bem-estar, e para avaliar, planear, implementar e avaliar intervenções focadas na família.”, e da OE (2015), no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, que preconiza “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”.

4.5. CONCLUSÃO

Desde sempre, e já com Florence Nightingale, os enfermeiros reconhecem a importância de envolver a família nos cuidados (Benzein et al, 2008a).

Com as novas realidades sociodemográficas, económicas e políticas, surgiram novas necessidades de saúde, incluindo a diminuição do tempo de hospitalização, o aumento de cuidados ambulatoriais, e o incremento de uma rede de suporte mais ampla e flexível, nomeadamente para doentes com doença crónica; conseqüentemente foi necessária a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012).

Assim, foi necessário desenvolver um modelo de cuidados de enfermagem onde o foco é a família, entendida como unidade básica da sociedade que influencia a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere.

Nas últimas décadas, assistiu-se, então, a uma importância crescente da família nas políticas de saúde internacionais, e conseqüentemente a um aumento de estudos sobre a mesma, transversais a várias disciplinas; particularmente na Enfermagem, destacam-se várias obras,

como por exemplo as de Friedman (1998), Hanson (2005), Wright & Leahey (1990, 1994, 2002, 2005, 2009, 2013), com a publicação de livros e artigos, que têm consolidado o conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Familiar e influenciado o reconhecimento da importância dos cuidados às famílias, pelos governos e instituições de saúde. Em Portugal, nomeadamente na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, em 2004, foi constituído um grupo de investigação no âmbito da Família, , hoje integrada na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Figueiredo M. , 2009).

Essa evolução da investigação tem fortalecido a identidade da Enfermagem enquanto disciplina, é essencial para a melhoria da prática profissional, e contribui para a excelência dos cuidados, que se reflete nos ganhos em saúde para os utentes, família e comunidade. Figueiredo (2009) considera que, perante a crescente evolução na investigação em enfermagem de família, o desenvolvimento de estudos nesta área se mantém prioritário, pelo seu contributo na mudança de um paradigma centrado na doença e no indivíduo, para a família e a saúde.

A reforma dos CSP, iniciada em 2005, reflete as preocupações internacionais, com a criação das USF, e o surgimento da figura do enfermeiro de família, de tal forma importante, que é exigida a especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, no Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde, aos enfermeiros que exerçam funções nessas unidades de saúde.

Wright e Leahey (2009) referem que, à medida que os enfermeiros elaboram teorias, conduzem investigações e incluem mais as famílias nos cuidados de saúde, modificam os seus padrões usuais de prática clínica, surgindo então a necessidade de se tornarem mais competentes na avaliação e na intervenção com famílias através de relacionamentos colaborativos recíprocos.

As mesmas autoras salientam que o pré-requisito para uma atitude de suporte é o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, promovendo dessa forma o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes.

A atitude favorável perante a família subentende a valorização dos seus saberes, das suas crenças e da sua tomada de decisão durante o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência (Benzein et al., 2008a).

Nesta linha de pensamento, achámos pertinente realizar o presente estudo, que tem como objetivo analisar a atitude dos enfermeiros perante a família como parte integrante dos

cuidados de enfermagem, e Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que as influenciam.

Para tal, realizámos um estudo de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico, correlacional e transversal.

Para atingir os objetivos da investigação, utilizámos um instrumento de recolha de dados que inclui um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, e a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa (Oliveira et al., 2011).

A amostra do nosso estudo é uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 50 enfermeiros, dos quais 30 (60%) a exercer funções em contexto de CSP do ACES PL(dos quais 20% (n=10) em USF, 28% (n=14) em UCSP, 12% (n=6) em UCC) e 20 (40%) a exercer funções em contexto de CSD, sendo , 92 % (n=46) são do sexo feminino, com uma média de idade de 42,78 anos ($X_{\min}=25$ e $X_{\max}=61$), 74 % (n=37) casados ou em união de facto, tendo 62% (n= 31) o título de Enfermeiro, enquanto 38%(n=19) são Enfermeiros Especialistas, sendo 68% (n=34) licenciados e 26% (n=13) habilitados com um mestrado, com um tempo médio de exercício profissional de 19,38 anos ($X_{\min}=3$ e $X_{\max}=41$); 50% (n=25) têm formação na área da enfermagem de família, tendo desses 26% (n=13) adquirido a mesma em contexto académico, 20% (n=10) em contexto de formação contínua e 4% (n=2) noutros contextos.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial recorrendo ao programa estatístico para ciências sociais *Statistical Package for the Social Sciences (IBMSPSS Statistics)* na versão: 28.0.0.0 (190).

Relativamente às atitudes dos enfermeiros face às famílias, constatou-se um score médio total de 78,38 pontos, com um desvio padrão de 7,43 pontos, tendo um score total mínimo (X_{\min}) de 60 pontos e um score total máximo (X_{\max}) de 96 pontos. Estes dados indicam que os 50 enfermeiros inquiridos, veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família.

O valor do α de Cronbach da escala IFCE-AE apresentou o valor de 0,83 para a escala total, o corresponde a um grau de boa consistência interna.

Após o teste de hipóteses, concluímos que não existem evidências estatísticas significativas entre a importância atribuída pelos enfermeiros à família como parte integrante dos cuidados e as características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos.

Este estudo poderia ter sido mais aprofundado se não tivéssemos encontrado algumas limitações no decorrer do mesmo; uma delas a limitação no tempo, uma vez que foi necessário conciliar a sua realização com a prática clínica, a vida profissional e a pessoal. A falta de experiência na área da investigação também foi um factor dificultador, que tentámos colmatar através de alguma pesquisa bibliográfica e que foi atenuado pela orientação do Professor Responsável.

Consideramos também de alguma forma limitador o uso de um questionário de auto-preenchimento, uma vez que as respostas dos inquiridos podem não corresponder aos seus comportamentos reais; de facto Oliveira et al (2011) referem que, na maioria dos estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros, verifica-se uma incongruência entre o que é expressado e as práticas dos mesmos; no entanto, será o instrumento mais adequado perante a limitação no tempo para a realização do estudo.

O tamanho reduzido da amostra constitui outra limitação para que o presente estudo tenha validade externa, não se podendo generalizar estes dados para todos os enfermeiros; no entanto, podemos afirmar que tem validade interna, uma vez que a escala IFCE-AE apresentou um valor do α de Cronbach elevado, tendo a variável dependente uma distribuição normal, e dado que a análise dos dados foi feita de forma rigorosa com recurso a testes paramétricos.

4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O presente estudo evidencia que os enfermeiros valorizam a família como parte integrante dos cuidados de enfermagem, não havendo evidência estatística significativa da relação entre as suas atitudes face à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

No entanto, outros estudos relacionam essa dimensão com a formação profissional, como foi atrás referido; assim sugerimos a promoção da formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar pelas organizações de saúde, na implementação de ações de formação contínua sobre a temática, dando resposta às atuais políticas de saúde, nacionais e internacionais.

Seria também importante, a nível académico, as Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde incluírem nos seus planos de estudos, e isso desde a formação de base, conteúdos que preparassem todos os enfermeiros para perceberem a família como foco dos cuidados, e para uma prática que integrasse a família no processo de cuidar, melhorando dessa forma a sua saúde, a dos seus membros e a da comunidade, nomeadamente, modelos de avaliação e intervenção familiar.

Dessa forma poderá ir-se ao encontro da tomada de posição da IFNA (2015) que diz que: “Todos os estudantes de enfermagem na formação inicial devem estar empenhados em aprender sobre a importância da família para a saúde individual e bem-estar, e para avaliar, planejar, implementar e avaliar intervenções focadas na família.”, e da OE (2015), no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, que preconiza “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”.

Sugere-se ainda a otimização dos sistemas informáticos de informação e registo dos cuidados de enfermagem que promovam uma maior visibilidade ao trabalho com famílias como foco e como parte integrante dos cuidados, de modo a maximizar os mesmos, facilitando dessa forma a produção de indicadores de saúde familiar, e o fornecimento de dados que facilitarão o desenvolvimento de mais investigação, de uma prática baseada na evidência em Enfermagem de Saúde Familiar, e dessa forma melhores cuidados e ganhos em saúde para utentes, famílias e comunidades.

Por fim achamos essencial o incremento da investigação na área da Saúde Familiar, que certamente se irá verificar com o crescimento do corpo de Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar.

5. CONCLUSÃO

A reforma dos CSP, iniciada em Portugal em 2005, a consequente formação USF e UCSP, e a imposição de trabalhar como enfermeira de família com que nos confrontámos, sem qualquer preparação a nível formativo na área da enfermagem em saúde familiar, despertou-nos para a necessidade de adquirir conhecimentos nessa área por conta própria, com o objetivo da melhoria da nossa prática focada na família como unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital, e como parte integrante do processo de cuidar.

O percurso académico pelo que nos propusemos enveredar com o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar não foi um caminho fácil, perante os desafios profissionais e pessoais com que nos debatemos durante o mesmo; no entanto consideramos os nossos objetivos alcançados: a componente teórica e a realização do estágio proporcionou-nos a aquisição de conhecimentos específicos e adquirir as competências que nos permitirão a prática especializada em Enfermagem de Saúde familiar, firmados pela realização do presente estudo de investigação.

É nossa intenção divulgar este junto dos profissionais que nele participaram e das respetivas unidades.

Enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Familiar, projetamos contribuir para a partilha de conhecimentos e experiências relativos à prática de enfermagem especializada em Saúde Familiar, promover uma cultura do Enfermeiro de Família junto das equipas multidisciplinares, dos utentes, e da comunidade, e promover e partilhar trabalhos de investigação nesse âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2010). Prefácio. Em M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Martins, M. J. Martinho, J. Andrade, P. C. Oliveira, . . . J. C. Carvalho, *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família. Obtido de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3). Obtido em julho de 2022, de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alligood, M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed.). St Louis, Missouri: Elsevier.
- Alves, M. A. (2012). Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família - Contexto pediátrico. *Transferibilidade de Conhecimento em Enfermagem de Família*, pp. 165-173. Obtido de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., & Saveman, B. (2008b). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), pp. 162-180. Obtido em Dezembro de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/5371556_Nurses'_Attitudes_About_the_Importance_of_Families_in_Nursing_Care_A_Survey_of_Swedish_Nurses
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., Berg, A., & Saveman, B. (2008a). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes—An Instrument Development. *Journal of family nursing*, 14(1), pp. 97-117. Obtido em março de 2023, de https://www.researchgate.net/publication/5569850_Families'_Importance_in_Nursing_Care_Nurses'_Attitudes-An_Instrument_Development
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 701-711.
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. Obtido em julho de 2022, de <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>
- Caria, D. (2022). *Atitudes dos Enfermeiros e Alunos de Enfermagem, relativamente à Importância da Família no Processo de Cuidar*. Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria. Obtido em fevereiro de 2023, de https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7550/1/Relat%3%b3rio%20Final_Dora%20Caria_N%2%ba%205190235.pdf
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da Evidência à Ação. Obtido em março de 2023, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República n.º 149/2014. Serie I. (2014). Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf
- Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, nº 298. (2007). Obtido em julho de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Dias, M. (2000). A família numa Sociedade em Mudança. Problemas e Influências Recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*(9), pp. 81-102. Obtido em julho de 2022, de <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/8>
- Duvall, E., & Kerckhoff, R. (1958). Implications of Education through the Family Life Cycle. *Marriage and Family Living*, 20(4), pp. 334-343.
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and Family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo ao Acesso Aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*. Porto.

- Fernandes, C., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (out./nov./dez. de 2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitude dos Enfermeiros em Meio Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 21-30.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), pp. 21-30. Obtido em março de 2023, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2547&id_revista=24&id_edicao=88
- Ferreira, P. (2005). *Estatística descritiva e inferencial: Breves Notas*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>
- Ferreira, S. C. (2015). *O Envolvimento da Família no Hospital: Perspetivas dos Enfermeiros Generalistas e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação*. Dissertação, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em março de 2023, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9762/1/Tese%20Sandra%20Cristina%20Marques%20Ferreira.pdf>
- Ferreira, S. M. (2022). *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitude dos Enfermeiros em Saúde Familiar*. Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria. Obtido em março de 2023, de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7990/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20de%20Est%c3%a1gio%202022%2006%2001.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em maio de 2022, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), pp. 552-559. Obtido em julho de 2022, de <https://pdfs.semanticscholar.org/c489/cdd8cff252c7a6d09936c0b011b798b04a61.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Frade, J., Frade, M., & Henriques, C. (2021). A Integração da Família nos Cuidados de Enfermagem: Perspetiva de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V(7), pp. 1-8. doi:<https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freitas, A. (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, Universidade do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamíliasAlexandraFreitas.pdf>
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Gomes, L., Bolze, S., Bueno, R., & Crepaldi, M. (2014). As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. *Pensando Famílias*, 18(2), pp. 3-16. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.researchgate.net/publication/279194544_As_Origens_do_Pensamento_Sistematico_Das_Partes_para_o_Todo_The_Origins_of_the_Systemic_Thinking_From_the_parts_to_the_whole
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta.
- Guedes, V. (março de 2022). Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *PowerPoint de apoio à Unidade Curricular: Modelos e Técnicas de Intervenção Familiar, leccionada na Escola Superior de Saúde de Leiria*.
- Gutierrez, D., & Minayo, M. (2010). Produção de Conhecimento sobre Cuidados da Saúde no Âmbito da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, pp. 1497-1508. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15s1/062.pdf
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.

- Hanson, S., & Kaakinen, J. (2005). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. Em s. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (pp. 39-50). Loures: Lusociência.
- Hill, R. (janeiro de 1986). Life Cycle Stages for Single Parent Family: of Family Development Theory. 35(1). doi:10.2307/584278
- Hinkle, D., Wiersma, W., & Jurs, S. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento* (5ª ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- ICN. (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em julho de 22, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiQLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Internacional Family Nursing Association (IFNA). (2015). *Position Statement on Generalist Competencies for family Nursing Practice*. Obtido em março de 2023, de <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (4 ed.). Philadelphia: FA Davis Company.
- Konradsen, H. K. (2022). Comparison of Swedish nurses' attitudes toward involving families in care over a decade. *BMC nursing*, pp. 21-52. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35236364/>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., . . . Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: Atitude dos Enfermeiros face à Família - Estudo Comparativo nos CSP e no Hospital. Em *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20-33). Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família. Obtido em dezembro de 2022, de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (2012). A Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem em Meio Hospitalar: um Programa Educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), pp. 685-690. Obtido em julho de 2022, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32280/1/artigos%20afiliados-118.pdf>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer.
- Melo, P. (2015). A Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal. *Jornal Enfermeiro*. Obtido em julho de 2022, de <https://livrozilla.com/doc/818980/a-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar-em-portugal>
- Melo, A., & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*(48), pp. 34-41.
- Melo, P. (2020). *Dinâmicas Familiares -Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22*, 1182 - 1189. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e Tratamento*. . Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (Vol. I). Lisboa: Universidade Aberta.
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos* (7ª ed.). Artmed.
- Nogueira, M. (2003). Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro. Reitoria da Universidade do Porto. Obtido em dezembro de 2022, de <http://hdl.handle.net/10216/10572>
- Oliveira, A. (2019). *Aplicação Do Modelo Calgary De Avaliação Familiar A Pacientes Com Câncer Em Cuidados Paliativos*. Tese inserida na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos-Filosóficos do Cuidar apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Centro De Ciências Da Saúde, Brasil. Obtido em julho de 2022, de https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19176/1/AmandaMaritsaDeMagalh%C3%A3esOliveira_Tese.pdf
- Oliveira, P., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., . . . Martins, M. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à Família: Validação da Escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Atitudes. *Revista da escola de Enfermagem de USP*, 45(6), pp. 1331-1337. Obtido em dezembro de 2022, de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSJr4wc4nc5q/?lang=pt>
- Oliveira, P., Fernandes, H. I., Vilar, H. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., . . . Martins, M. M. (s.d.). Atitudes dos Enfermeiros face à Família: Validação da Escala Families' Importance in Nursing

- Care - Nurses Atitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), pp. 1331-1337. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSjr4wc4nc5q/?lang=pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 16 de fevereiro. Diário da República: II série, n.º 26. Obtido em julho de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa. Obtido em março de 2023, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido em julho de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento 126/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18*. Obtido em dezembro de 2021, de <https://dre.tretas.org/dre/1227229/regulamento-126-2011-de-18-de-fevereiro>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Dia Internacional da Família 2014. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Enfermagem Comunitária: Um Projeto Partilhado com o Governo Escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Anuário Estatístico 2022. Obtido em março de 2023, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Regulamento n.º 367/2015 de 29 de julho. Diário da República: II série, n.º 124 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados. Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 - Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para Todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Pereira, R. (2021). Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências: Avaliação de Atitudes, Competências e Práticas. Em R. Molin, *Teoria e Prática de Enfermagem: da Atenção Básica à Alta Complexidade* (pp. 16-32). São Paulo: Editora Científica. Obtido em março de 2023, de <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-89826-08-8.pdf>
- Pereira, R. P., Cardoso, M. J., & Martins, M. A. (2012). Atitudes e Barreiras à Prática de Enfermagem baseada na Evidência em Contexto Comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, IIIª Série*(7), pp. 55-62. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966007.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais : a Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pires, E. (2016). *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro de Família*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires_Eliana.pdf
- Ramos, R. (2009). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 66(11), pp. 365-374.
- Rasheed, J., Rasheed, M., & Marley, J. (2011). *Family Therapy: Models and Techniques*. Los Angeles: Sage Publications.
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Diário da República: II série, n.º 135. (2018). Obtido em julho de 2022, de Diário da República: II série, No 135
- Regulamento n.º 140/2019 de 16 de fevereiro. Diário da República: II série, n.º 26. (2019). Obtido em julho de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho: da Teoria à Terapia com a Família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Resolução do Conselho de Ministros 50/2004, de 13 de Abril. (2004). Obtido em novembro de 2022, de <https://dre.tretas.org/dre/170819/resolucao-do-conselho-de-ministros-50-2004-de-13-de-abril>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. (2005). Obtido em julho de 2022, de https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf
- Rocha, P. (2009). Família e trabalho: (Des)Equilíbrios que orientam a (In)satisfação. Valor do Apoio Social e da Vinculação. *Tese de Mestrado em Psicologia - Área de Especialização em Stress e Bem-estar*. Universidade de Lisboa. Obtido em janeiro de 2023, de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2117/1/22163_ulfp034793_tm.pdf
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V., & Lise, F. (2021). As atitudes dos Enfermeiros no cuidado às Famílias no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8. e21030), pp. 1-8. doi:<https://doi.org/10.12707/RV2103>
- Schober, M., & Affara, F. (2001). The Family Nurse: frameworks for practice. International Council of Nurses.
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (dez. de 2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das Atitudes dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), pp. 19-28.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tavares, M. C. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar*. Relatório Final, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido em dezembro de 2022, de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4532/1/MonicaCatarinaMartinsTavares%20DM.pdf>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- União das freguesias de Monte Redondo e Carreira*. (dezembro de 2022). Obtido de Portal das Freguesias: <https://www.freguesias.pt/freguesia.php?cod=100936>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.

ANEXO I - DECLARAÇÃO SOBRE ACESSO AOS DADOS MIMUF

Declaração

Claudia Margarida Ferreira dos Santos, enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Comunitária, a exercer funções na UCSP Norte – Monte Redondo, declaro para os devidos efeitos, que no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar nos diferentes ensinos clínicos (13/05/2022 a 24/06/2022; de 27/06/2022 a 29/07/2022 e de 06/09/2022 a 31/01/2023, acompanhou e orientou a aluna Helena Maria Ferreira Lobo e nos quais forneceu dados relativos ao seu ficheiro de família através da plataforma MIM@UF.

Monte Redondo, 27 de fevereiro de 2023

Claudia Santos

ANEXO II AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCSP NORTE PARA A UTILIZAÇÃO
DOS DADOS DO E PUBLICAÇÃO DO ESTUDO

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 22 de março de 2023 16:53

Para: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Alexandra Sofia Ferreira Remigio <asremigio@arscentro.min-saude.pt>; cmsantos3@arscentro.min-saude.pt <cmsantos3@arscentro.xn--min-sade-t5a.pt>; Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho <CMCarvalho3@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para publicação de informações sobre a UCSP NORTE

Boa tarde

Exma. Sra. Coordenadora da UCSP NORTE,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, estudantes do Curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na escola Superior de Saúde de Leiria, e que realizaram estágios clínicos nessa UCSP entre maio de 2022 e janeiro de 2023, vêm por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a utilização e publicação de informações à UCSP NORTE, a partir de diferentes fontes (BI-CSP, Mim@uf e SClínico), nas suas dissertações para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. Mais informam que a privacidade dos utentes e a confidencialidade de informação clínica destes se encontra assegurada.

Com os nossos melhores cumprimentos, despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho
Helena Maria Ferreira Lobo

Enfª Helena Lobo
UCSP ATLÂNTICA
PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA



Marta Sofia Neves Fraga

Para: Helena Maria Ferreira Lobo

Cc: Alexandra Sofia Ferreira Remigio <asremigio@arscentro.min-saude.pt> **Mais 2 pessoas**

Boa tarde Enfª Helena,

Autorizo a utilização das referidas fontes para efeitos da sua aplicabilidade na dissertação em curso.

Bom trabalho.

Os melhores cumprimentos,

Marta Fraga

...

📧 📧 📧 📧 📧
qui, 23/03/2023 16:51

ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE 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)**

Parecer N° 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:

Návia Flomera Bokello

ANEXO IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À DIREÇÃO EXECUTIVA E AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES PL, E RESPETIVO PARECER



Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Para: Direcção Executiva Pinhal Litoral; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral; ACeS - Directores Executivos
Cc: Oksana Symenka; Vera Lucia Santos Borges Sousa Dias



seg, 03/10/2022 16:45



2 anexos (2 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES Pinhal Litoral

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, Enfermeiras a exercer funções na UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, a frequentar o 2º ano do Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo realizar um estudo de investigação, no âmbito do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de UCSP/USF, subordinado ao tema "Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem, na UCSP Norte, e na totalidade das unidades de saúde do Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, vêm por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a autorização para aplicação do questionário aos enfermeiros das referidas unidades.

O questionário incluído no projeto enviado em anexo, com parecer positivo da Comissão de Ética servirá de suporte ao trabalho de investigação, e tem como objetivo conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados, identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Em anexo, encontra-se o Projeto "CuidarFam" – a Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, que inclui o referido questionário e o consentimento, assim como o 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).

Agradecemos antecipadamente toda a atenção dispensada, estando ao dispor para qualquer informação adicional que achem necessária.

Aguardam deferimento

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Helena Maria Ferreira Lobo



Ana Francisca Santos Costa

Para: Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho
Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral



qua, 05/10/2022 11:06

Cara Enf. Carina Carvalho,

A aplicação do questionário merece parecer favorável do CCS do ACES Pinhal Litoral, desde que exista parecer positivo da Comissão de Ética da ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Francisca Costa

Assistente de Medicina Geral e Familiar na UCSP Lapedo

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral



De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 13 de outubro de 2022 17:40

Para: Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira <RMOLiveira@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de parecer da Comissão de Ética para trabalho de investigação

Exma. Sra. Presidente da ARS Centro

Dra. Rosa Reis Marques

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, Enfermeiras a exercer funções na UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, a frequentar o 2º ano do Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo realizar um estudo de investigação, no âmbito do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de UCSP/USF, subordinado ao tema "Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem, na UCSP Norte, e na totalidade das unidades de saúde do Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, vêm por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a submissão do projeto de investigação "CuidarFam" à Comissão de Ética da ARS Centro para emissão de um parecer.

O questionário incluído no projeto enviado em anexo mereceu parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) e servirá de suporte ao trabalho de investigação, que tem como objetivo conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados, identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Enviamos em anexo o pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Centro, o Projeto "CuidarFam" – a Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, que inclui o referido questionário e o consentimento, assim como o parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), e a autorização dos Exmos. Srs. Coordenadores das Unidades Funcionais onde pretendemos desenvolver o referido estudo.

Agradecemos antecipadamente toda a atenção dispensada, estando ao dispor para qualquer informação adicional que achem necessária.

Aguardam deferimento

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Helena Maria Ferreira Lobo

UCSP ATLÂNTICA

PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA



1- Título do Projeto/Trabalho

Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar.

2 - Identificação dos proponentes

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

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>

2.2 - ~~Co-autor(es)~~ /afiliação institucional:

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho - Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USCP ATLÂNTICA, Polo de Vieira de Leiria;

Helena Maria Ferreira Lobo - Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USCP ATLÂNTICA, Polo de Vieira de Leiria.

3 - Protocolo

3.1 - Introdução/Justificação

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final de curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, o Professor João Graça Frade e a Professora Carolina Henriques e as mestrandas Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar".

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escova, ~~Livia~~ e Ribeiro, 2014). Estes indivíduos e família são grandes utilizadores de recursos (~~Cury&Ham~~, 2010) quer materiais e humanos, sendo fulcral uma gestão eficiente que

liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro, Lívio, 2012).

A reforma dos Cuidados de saúde primários confere à Enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que integrando numa equipa multiprofissional, é o responsável pela prestação de cuidados globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL n.º 118/2014).

A investigação e o percurso da profissão têm vindo a salientar a importância do papel da família como objeto de estudo de enfermagem. Estes, aliados à reforma dos cuidados de saúde primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009).

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se, elas mesmas, como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados.

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 as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

3.2 – Objetivos:

O objetivo deste trabalho é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas.

3.3 - Material e métodos:

É usada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Litoral, particularmente na UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Stephens, USF Cuidate, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande.

Como instrumento de colheita de dados, é utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a escala "A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros".

3.4 – Cronograma:

Data e início de recolha de dados:

	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023	Fevereiro 2023	Março 2023
Aplicação do instrumento de recolha de dados					
Tratamento e análise de dados					
Entrega do relatório final					
Discussão e conclusões					

3.5 - Expetativa de resultados:

Numa conjectura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da 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.

3.6 - Local de realização.

ACES Pinhal Litoral – UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF ~~Stephens~~, USF ~~Cuidarte~~, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande.

4 - 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 e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data: 12 de outubro de 2022

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho
(Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho)

Helena Maria Ferreira Lobo
(Helena Maria Ferreira Lobo)

ANEXO V - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>Truço de conhecimento e deliberação tomada o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 17.11.2022
-----------------------------	--

ASSUNTO:	<p>Conselho Diret. da A.R.S. do Centr.</p> <p>Título: "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo cuidar". Processo nº 102/2022</p> <p>Autores: Professores Doutores João Manuel Frade e Carolina Miguel Graça Henriques, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Enfermeira Carolina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Mário Pinheiro</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Fernando</p>
----------	--

Os autores pretendem desenvolver um estudo que visa conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados, identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados. Este projeto é parte de um projeto mais amplo designado "CuidarFam" – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem", da responsabilidade dos primeiros autores, na inscrito ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde, já com parecer da Comissão de Ética da UJISISA:E. Trata-se de um estudo que utiliza uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional. A amostra a estudar será constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados: ACES Pinhal Litoral; UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Stephens, USF Cuidarte, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande), que aceitem voluntariamente preencher os instrumentos de colheita de dados que são anónimos. Como instrumento de colheita de dados, utilizarão um questionário de caracterização sociodemográfica e a escala "A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros" (Barbiéri, MC et al., 2009). Ambos constam do processo. O estudo foi autorizado pelo CCS do Aces Pinhal Litoral, condicionado pelo parecer positivo da CE da ARS Centro. O projeto de consentimento informado está em conformidade com o definido por esta Comissão de Ética. Estando cumpridas as exigências éticas em projetos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Coimbra, 14 de novembro, 2022

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

[Assinatura]
Presidente da Comissão de Ética da Saúde - ARSC

[Assinatura]
(Carlos Fontes Ribeiro)

ANEXO VI - PARECERES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS SELECIONADAS: UCSP NORTE, USF STEPHENS, USF VITRIUS; UCSP ATLÂNTICA E UCC DA MARINHA GRANDE, PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros" - Mensagem (HTML)

seg 10/10/2022 18:44

Carlos Manuel Cardoso Vieira <CMVieira@arscentro.min-saude.pt>
 RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para: Helena Maria Ferreira Lobo

Bom tarde Helena

O questionário pode ser aplicado

Bom resto de dia

Carlos Vieira

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>
 Enviado: 20 de outubro de 2022 10:10
 Para: Carlos Manuel Cardoso Vieira <CMVieira@arscentro.min-saude.pt>
 Assunto: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"


Exmo. Sr. Coordenador da USF Stephens

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito do 5º Curso de Mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vêm por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade no decorrer do mês de Dezembro de 2022.

Sem outro assunto e agradecendo desde já a atenção dispensada, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho
 Helena Maria Ferreira Lobo

UCSP ATLÂNTICA
 PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA



RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros" - Mensagem (HTML)

seg 10/10/2022 17:05

Leonel Pereira Santos <LPSantos@arscentro.min-saude.pt>
 RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para: Helena Maria Ferreira Lobo

Olá Caríssimas!

Tudo o que se prende com investigação, dentro do que o código ético permita será bemvindo.

Obviamente que autorizo.

Bom trabalho

Cumprimentos

Leonel Santos
 (coordenador da USF Vtriluis)

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>
 Enviado: 10 de outubro de 2022 16:17
 Para: Leonel Pereira Santos <LPSantos@arscentro.min-saude.pt>
 Assunto: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"


Exmo. Sr. Coordenador da USF Cuidarte

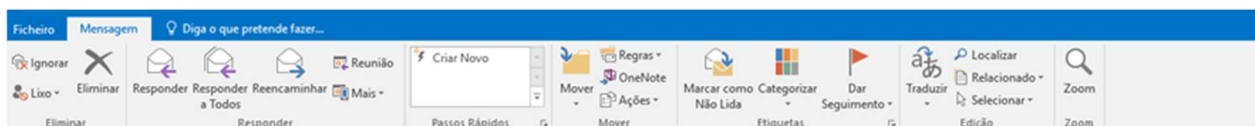
Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito do 5º Curso de Mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vêm por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade no decorrer do mês de Dezembro de 2022.

Sem outro assunto e agradecendo desde já a atenção dispensada, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho
 Helena Maria Ferreira Lobo

UCSP ATLÂNTICA
 PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA





seg 10/10/2022 16:39
Oksana Synenka <OSynenka@arscentro.min-saude.pt>
pedido de autorização

Para Helena Maria Ferreira Lobo; Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Boa tarde, Enfermeira Helena Lobo e Enfermeira Carina Carvalho.

Na qualidade da coordenadora da UCSP Atlântica, informo, que o pedido de autorização para proceder ao estudo na Unidade no decorrer do mês Dezembro, mereceu o parecer favorável.

Atenciosamente,
Oksana Synenka
Obter o [Outlook para Android](#)



Responder: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para Marta Sofia Neves Fraga

De: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 13 de outubro de 2022 12:32

Para: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: FW: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Enf.ª Helena,

Venho por este meio informar que o estudo foi autorizado pelo CCS do Aces Pinhal Litoral, condicionado pelo parecer positivo da CE da ARS Centro. Assim nada a opor por parte da Coordenação da UCSP Norte.

Bom trabalho e boa sorte!

Com os melhores cumprimentos,

Marta Fraga

De: Ana Francisca Santos Costa <AFCosta@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 13 de outubro de 2022 12:15

Para: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Dra. Marta,

Foi dado parecer positivo pelo CCS, condicionado ao parecer positivo da Comissão de Ética da ARSC.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Francisca Costa
Assistente de Medicina Geral e Familiar na UCSP Lapedo
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral





Responder: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para Marta Sofia Neves Fraga

De: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 13 de outubro de 2022 12:32

Para: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: FW: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Enf.ª Helena,

Venho por este meio informar que o estudo foi autorizado pelo CCS do Aces Pinhal Litoral, condicionado pelo parecer positivo da CE da ARS Centro. Assim nada a opor por parte da Coordenação da UCSP Norte.

Bom trabalho e boa sorte!

Com os melhores cumprimentos,

Marta Fraga

De: Ana Francisca Santos Costa <AFCosta@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 13 de outubro de 2022 12:15

Para: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Dra. Marta,

Foi dado parecer positivo pelo CCS, condicionado ao parecer positivo da Comissão de Ética da ARSC.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Francisca Costa

Assistente de Medicina Geral e Familiar na UCSP Lapedo

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral



APÉNDICES

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



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

Helena Maria Ferreira Lobo

Leiria, agosto de 2022

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

Helena Maria Ferreira Lobo, nº 5210040

Unidade Curricular: Estágio I - Enfermagem de Cuidados

de Saúde à Família em Contexto de UCSP

Professor Responsável: Professor João Frade

Enfermeira Orientadora: Enf^a. Cláudia Santos

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FACES II – Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

Scĺnico – Sistema de informação para registos clĺnicos uniformizados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE QUADROS	IV
INTRODUÇÃO	5
1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	6
1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	10
1.1.1 Estrutura Interna.....	10
1.1.2. Estrutura Externa	12
1.1.3. Contexto.....	14
1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	16
1.2.1. Etapas	17
1.2.2. Tarefas	18
1.2.3. Vínculos	19
1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	19
1.3.1. Instrumental.....	19
1.3.2. Expressiva	20
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	28
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática do MCAIF	7
Figura 2 - Representação esquemática do MCAF	8
Figura 3 – Genograma.....	12
Figura 4 - Ecomapa	14
Figura 5 - Escala de Graffar – Sclínico	15
Figura 6 - Avaliação do edifício residencial - SClínico	16
Figura 7 - Ciclo Vital de Duvall - SClínico	18
Figura 8- Matriz Operativa do MDAIF	28
Figura 9 - Processo Família - SClínico.....	35
Figura 10 - Avaliação da Comunicação Familiar SClínico.....	35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Composição da família em estudo	10
Quadro 2 - FACES II- Versão Portuguesa	21
Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II no caso da família em estudo	22
Quadro 4 - APGAR Familiar	24
Quadro 5 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada ao paciente identificado	25
Quadro 6 - Questionário das Forças Familiares	26
Quadro 7 - Guião da entrevista familiar planeada.....	29
Quadro 8 - plano de cuidados à família	31
Quadro 9- Plano de cuidados de enfermagem ao paciente identificado J.....	33

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio II, e tendo em vista o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, foi na proposta a aplicação do processo de enfermagem a uma família fundamentada no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

O objetivo geral deste trabalho é, então elaborar, o processo de enfermagem à família, com base no MCAIF; os objetivos específicos são:

- A avaliação da família nos diferentes domínios do Modelo de Calgary
- A elaboração do plano de cuidados de enfermagem à família, através de nomenclatura CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Assim no presente trabalho e após a apresentação da família em estudo, apresentamos num primeiro capítulo a sua avaliação da família, após uma breve caracterização do Modelo em uso; num segundo capítulo, apresentaremos os planos de cuidados de Enfermagem à família e ao indivíduo.

1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

De acordo com Hanson (2005), a principal preocupação de qualquer processo de enfermagem deve ser identificar necessidades e preocupações de forma sistemática e metodológica, agir de forma a ir ao encontro da resolução de problemas, bem como avaliar o grau de consecução dessas necessidades e preocupações.

Segundo Friedman (1998, p. 49), “a enfermagem de família abrangente é um processo complexo, em que é necessário haver uma abordagem lógica sistemática para trabalhar com as famílias e os seus membros. Esta abordagem é o processo de enfermagem”.

A estrutura, o desenvolvimento e a dinâmica familiar são apenas alguns conceitos para entender melhor as famílias. No que se refere às fases de construção de um processo de enfermagem familiar devem considerar-se as etapas referidas anteriormente. Assim, no que diz respeito à avaliação e recolha de dados à família, devem constituir-se as bases para a construção de uma relação entre enfermeiro e família potenciadora de uma comunicação assertiva e bidirecional, permitindo, também, o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa. Esta relação terapêutica deve ser facilitadora da troca de informação. Avaliar a unidade familiar significa determinar a capacidade familiar para satisfazer, de forma eficaz, as necessidades dos membros que a constituem (Hanson, 2005).

A intervenção de enfermagem na família requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para planeamento das intervenções.) (Wright & Leahey, 2012).

Entre os principais modelos utilizados na área da Enfermagem de Saúde Familiar, merece destaque o Modelo Calgary de Avaliação e de Intervenção Familiar (MCAIF) publicado pela 1ª vez no ano de 1984 por duas enfermeiras canadenses e também docentes da Universidade de Calgary no Canadá: Lorraine Wright e Maureen Leahey; esse modelo é uma adaptação da estrutura de avaliação da família desenvolvida inicialmente pelas enfermeiras Tamm e Sanders, em 1983, também docentes da Universidade de Calgary no Canadá.

Nesta perspetiva, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema e intervir na mesma (Wright & Leahey, 2012). Apresentamos a representação esquematizada do modelo na figura 1:

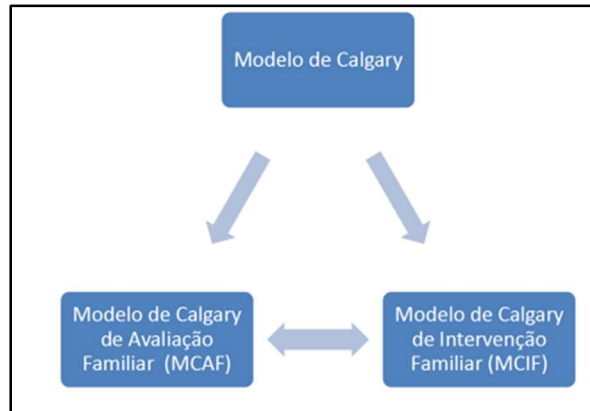


Figura 21 - Representação esquemática do MCAIF
 Fonte: Guedes, 2022

O Internacional Council of Nurses reconheceu o Modelo Calgary de Avaliação Familiar como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober e Affara, 2001). Segundo as autoras Wright e Leahey (2012), esse modelo está integrado e alicerçado em seis pressupostos teóricos, sumariamente descritas a seguir:

1) **Pós-modernismo:** Uma das principais noções do pensamento pós-modernista é a ideia de pluralismo, multiplicidade, tendo em vista que existem vários caminhos para serem entendidos e para a experiência do mundo. Essa ideia pode aplicar-se na prática de Enfermagem de Saúde Familiar, considerando que o enfermeiro estará exposto a muitas possibilidades para compreender e experimentar a doença, isto é, permitir o primeiro contato com o paciente e com o drama familiar. Dessa forma, favorece a abertura ao diálogo entre o enfermeiro e a família.

2) **Teoria dos Sistemas:** introduzida por Bertalanffy, sua aplicabilidade é evidenciada pelos profissionais da área da saúde para a compreensão das famílias, uma vez que considera a família como um sistema que faz parte de um suprassistema, e que é constituído por vários subsistemas.

3) **Cibernética:** o termo “cibernético” foi introduzido inicialmente pelo matemático Norbet Weiner em 1948, e segundo o autor, os sistemas familiares têm capacidade autorreguladora: mudanças podem resultar em novos comportamentos ou no aparecimento de um padrão totalmente novo. Dessa forma o enfermeiro deve reconhecer esta influência, tendo sempre um papel de observador, analisando as mudanças nas relações, com o objetivo de promover uma nova série de comportamentos.

4) **Teoria da Comunicação:** refere-se a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros, incluindo dois canais de transmissão: digital ou verbal e analógico ou não-verbal e dois níveis: conteúdo e relacionamento.

5) **Teoria da Mudança:** observa que as transformações não acontecem igualmente com todos os membros da família; as mudanças advindas nos sistemas familiares, como compensação das perturbações, têm o objetivo de manter a estabilidade da unidade familiar. Assim, as mudanças no sistema familiar dependem de premissas como a percepção de determinado problema de um contexto. Muitas vezes, essas mudanças são determinadas pela estrutura atual do sistema.

6) **Biologia da Cognição:** baseada em princípios teóricos introduzidos por Maturana, essa teoria aborda perspectivas variadas para se compreenderem acontecimentos e experiências de vida. Trata-se de uma teoria que pretende mostrar como o processo cognitivo humano decorre da interação dos seres humanos com os sistemas vivos (Oliveira, 2019).

Baseado numa perspetiva multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias. No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a adoção deste modelo é indicada como benéfica à promoção da interação com as famílias e ao melhor planeamento dos cuidados, pois é um referencial metodológico que permite analisar a família como um sistema, por meio do diagnóstico de seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis (Wright & Leahey, 2012). Apresentamos na figura 2 a representação esquematizada do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF):

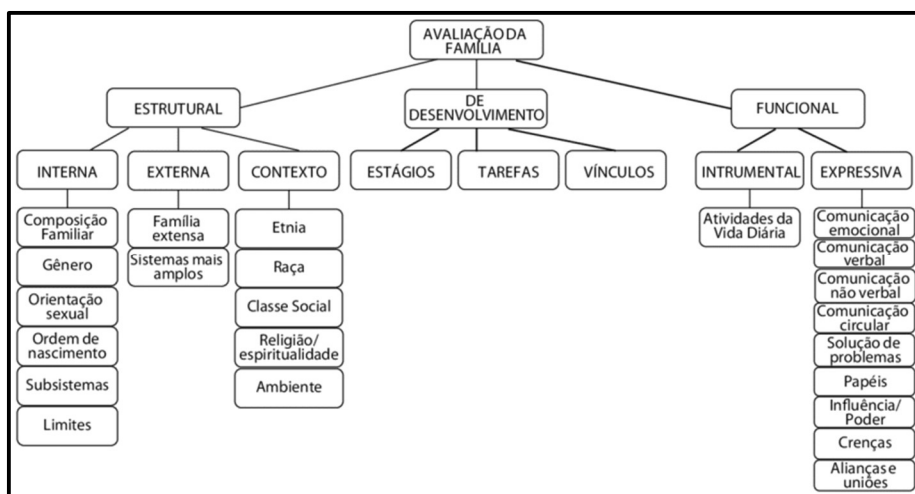


Figura 22 - Representação esquemática do MCAF
 Fonte: Adaptado de Wright & Leahey, 2012

O MCIF é definido como estrutura organizadora para conceitualizar a interseção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro (Wright & Leahey, 2012).

Segundo as suas autoras, o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) MCIF como princípio fundamental da intervenção de enfermagem a ênfase no comportamento da enfermeira e na resposta da família; assim, as intervenções correspondem às respostas do enfermeiro à interação com a família, e os resultados expressam-se nas respostas da família (Figueiredo M. , 2009).

Para planear a intervenção com base na avaliação realizada com a família, é crucial uma reflexão baseada em questões sobre o domínio de funcionamento onde se deve centrar a mudança.

O MCIF caracteriza-se por:

- Ser um modelo flexível, colaborativo e não hierárquico, que se baseia nos pontos fortes;
- Destacar o relacionamento enfermeiro-família, focando a interceção do funcionamento entre membros da família e as intervenções oferecidas pelos enfermeiros;
- Incluir Intervenções ao nível cognitivo (elogiar os pontos fortes da família e seus membros, oferecer informações importantes), afetivo (validar ou normalizar respostas emocionais, incentivar narrativas estimular o apoio familiar), e comportamental (incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los, incentivar o descanso, planear rituais) (Guedes, 2022).

Assim e de acordo com o que foi dito anteriormente, O MCAF propõe uma estrutura de avaliação multidimensional da família e pretende avaliar três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Para aplicar o processo de enfermagem fundamentado no MCAIF, passamos a descrever a família em estudo: trata-se de uma família alargada composta por seis elementos e que está a passar por várias transições não normativas, tais como doença de vários dos seus membros, divórcio e emigração, com consequências na saúde familiar e de cada um dos seus membros; o paciente identificado; o Sr. J., de 61 anos, sofre de perturbações de ansiedade, desde que foi submetido a substituição da válvula aórtica, em 2017;); é hipocoagulado, pelo que vem frequentemente à consulta de enfermagem para monitorização do I.N.R com ideação suicida ocasional, é aposentado desde 2020 (era serralheiro mecânico); vive com:

- a esposa F, com 58 anos, e com quem é casado há 42 anos; esta não tem emprego fixo, mas trabalha como empregada doméstica algumas horas por semana; foi diagnosticada em janeiro de 2022 com neoplasia do sigmoide, e submetida a sigmoidectomia por via laparoscópica em março deste ano, o que veio agravar a ansiedade do J.
- a sua filha, C., de 42 anos, divorciada, empregada fabril;

- o seu filho R., de 33 anos, que sofre de uma perturbação mental, em consequência de uma paralisia cerebral, pelo que não trabalha e aufer de uma pensão de invalidez; tem episódios esporádicos de agressividade verbal, sem agressividade física.

- dois dos seus três netos, a J. de 20 anos, estudante do ensino superior, e o F., de 16 anos, estudante do ensino secundário.

Tem ainda uma neta com 22 anos, a A., que emigrou em 2020 para os Estados Unidos, o que também é uma fonte de stress para o J., uma vez que não pôde ir ao seu casamento que se realizou em 2021, e que tem com esta uma relação muito chegada, sofrendo com a distância.

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A categoria estrutural compreende a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Esta categoria compreende três subcategorias: estrutura interna (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente).

A categoria de desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte, e comporta três subcategorias: estágios tarefas e vínculos.

Já a categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Devem ser analisados dois aspetos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida diária, e o funcionamento expressivo, que engloba os estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (Wright & Leahey, 2012).

1.1.1 Estrutura Interna

A família em estudo é uma família extensa, composta por 6 elementos, cuja caracterização por ordem de nascimento, em termos de papel, gênero, idade e profissão apresentamos no quadro 1:

Quadro 1 - Composição da família em estudo (continua)

Nome	Género	Papel Familiar	Idade	Profissão
J.	Masculino	Marido	61	Aposentado
F.	Feminino	Esposa	58	Empregada Doméstica
C.	Feminino	Filha	42	Empregada Fabril
R.	Masculino	Filho	34	Pensionista

(continuação)

J.	Feminino	Neta	20	Estudante
F.	Masculino	Neto	16	Estudante

Relativamente aos subsistemas familiares, estão presentes os que se seguem:

- Os subsistemas individuais;
- Um subsistema conjugal, composto pelo J. e pela F.
- Um subsistema parental, composto pelo J. e pela F.
- Um subsistema parental composto pela C.
- Um subsistema filial composto pela C. e pelo R.
- Um subsistema filial composto pela J. e pelo F.
- Um subsistema fraternal, composto pelo C. e pela R.
- Um subsistema fraternal, composto pela J. e pelo F.

De acordo com a avaliação realizada até agora, todos os elementos da família são heterossexuais.

Segundo a definição de Alarcão (2000), esta família apresenta limites claros entre os subsistemas familiares, existindo uma definição clara dos papéis a desempenhar por cada membro da família.

Segundo Figueiredo (2009), o genograma é um dos instrumentos de avaliação mais utilizados pelos profissionais de saúde na colheita de dados familiares, possibilitando uma perceção da estrutura familiar e dos seus problemas. Este instrumento permite identificar a estrutura interna e externa, bem como o contexto, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família. É um diagrama visual da árvore genealógica familiar que evidencia o sistema relacional da família e os principais acontecimentos biográficos (Figueiredo, 2009).

Achamos importante salientar que as informações recolhidas nos instrumentos de avaliação familiar foram fornecidas apenas pelo paciente identificado J: durante as consultas de enfermagem realizadas na USCP Norte, uma vez que ainda não foi possível reunir todos os membros da família por motivos que nos são alheios. Esperamos completar essas informações no próximo estágio.

Da análise do genograma apresentado na figura 2, podemos verificar que se trata de uma família extensa e que existem vínculos significativos entre os membros que a compõem.

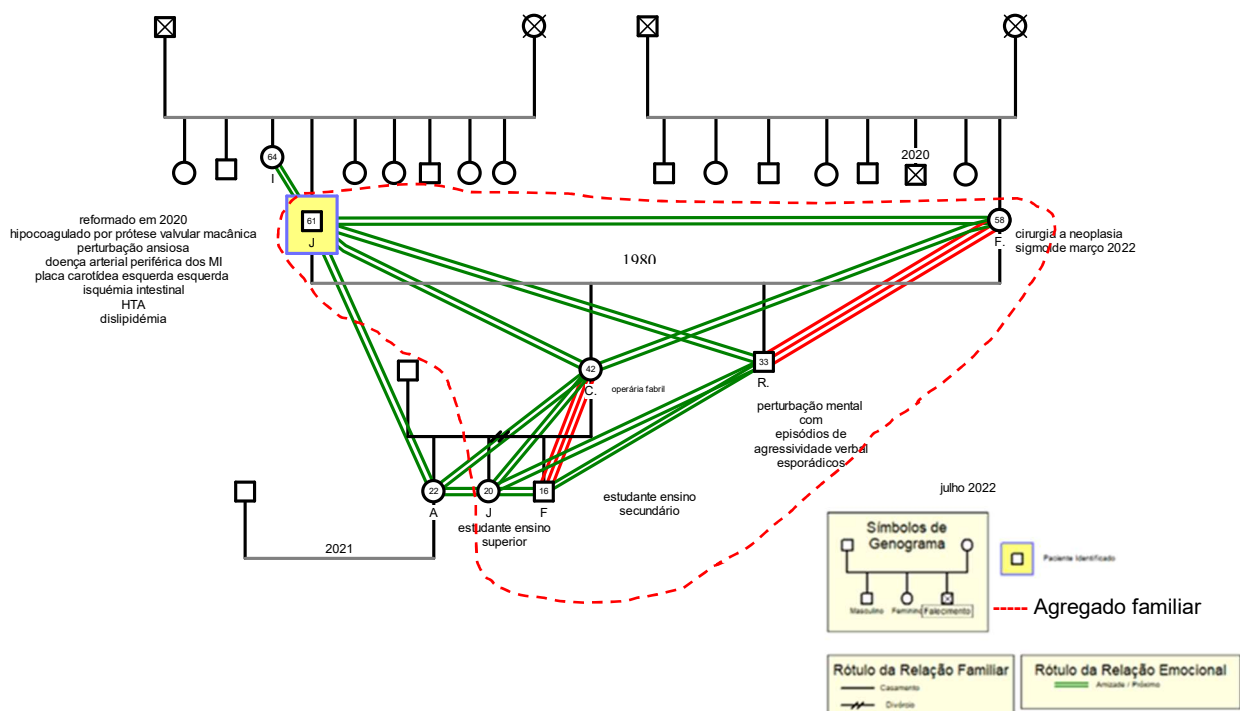


Figura 23 – Genograma
Fonte- Genopro®

1.1.2. Estrutura Externa

A estrutura externa engloba os seguintes itens: família alargada ou extensa e sistemas mais amplos.

A família alargada ou extensa inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e os membros da família alargada. É importante obter essa informação para compreender a quantidade e qualidade do apoio e recursos existentes, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2009).

De acordo com Figueiredo (2012), pretende-se identificar o tipo e a intensidade do contacto coma família extensa, além das funções das relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem, e outros parentes, não englobados no sistema familiar.

No que diz respeito à avaliação dos sistemas mais amplos, a mesma autora refere que inclui as interações entre contextos sociais em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada, situando no mesossistema as relações mais significativas que caracterizam a rede social familiar, suscetíveis de trazer à família ajudas percebidas como significativas ou diferenciadas (Figueiredo, 2012).

Para representação dessa dimensão, o ecomapa é um instrumento valioso.

O ecomapa, instrumento desenvolvido em 1975 por Ann Hartman, é representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que vive, desenhando o seu «sistema ecológico»; identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família. Ilustra, assim, três diferentes dimensões para cada ligação:

- Força da ligação (fraca; ténue/incerta; forte);
- Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/ energia);
- Qualidade da ligação (stressante ou não) (Agostinho, 2007).

Assim, o ecomapa permite:

- Representar graficamente informação importante sobre a família e o seu meio, num formato resumido e fácil de ver e compreender;
- Ilustrar a natureza e o impacto das relações da família com o meio, permitindo verificar se são fonte de suporte ou não;
- Uma melhor compreensão das situações geradoras de stress e dos recursos disponíveis quando tiver gula
- Uma base de informação para planear, com um envolvimento da família, as intervenções a implementar;
- Observar o progresso e resultado das medidas de intervenção, quer sobre a família, quer sobre o meio (Agostinho, 2007).

Da análise da família em estudo, reproduzido na figura 4, podemos verificar que o paciente identificado, J., em particular, e a família como um todo, têm uma rede de apoio razoável: uma das irmãs do J., segundo ele próprio afirma, é um recurso valioso quando a família necessita.

O paciente identificado tem um vínculo fraco com o Hospital de Leiria, porque segundo as suas palavras não confia nessa instituição, tendo até faltado a algumas consultas programadas; por isso recorre algumas vezes à Dr^a L., que embora já não trabalhe na sede, mas sim num dos polos da UCSP Norte, permitiu e incentivou que o J. mantivesse contacto com ela caso necessitasse de ajuda; na realidade foi a mesma que atualizou o esquema terapêutico do Varfine após a visitação domiciliária.

Este genograma carece de alguma informação devido aos motivos já referidos anteriormente e será atualizado no próximo estágio.

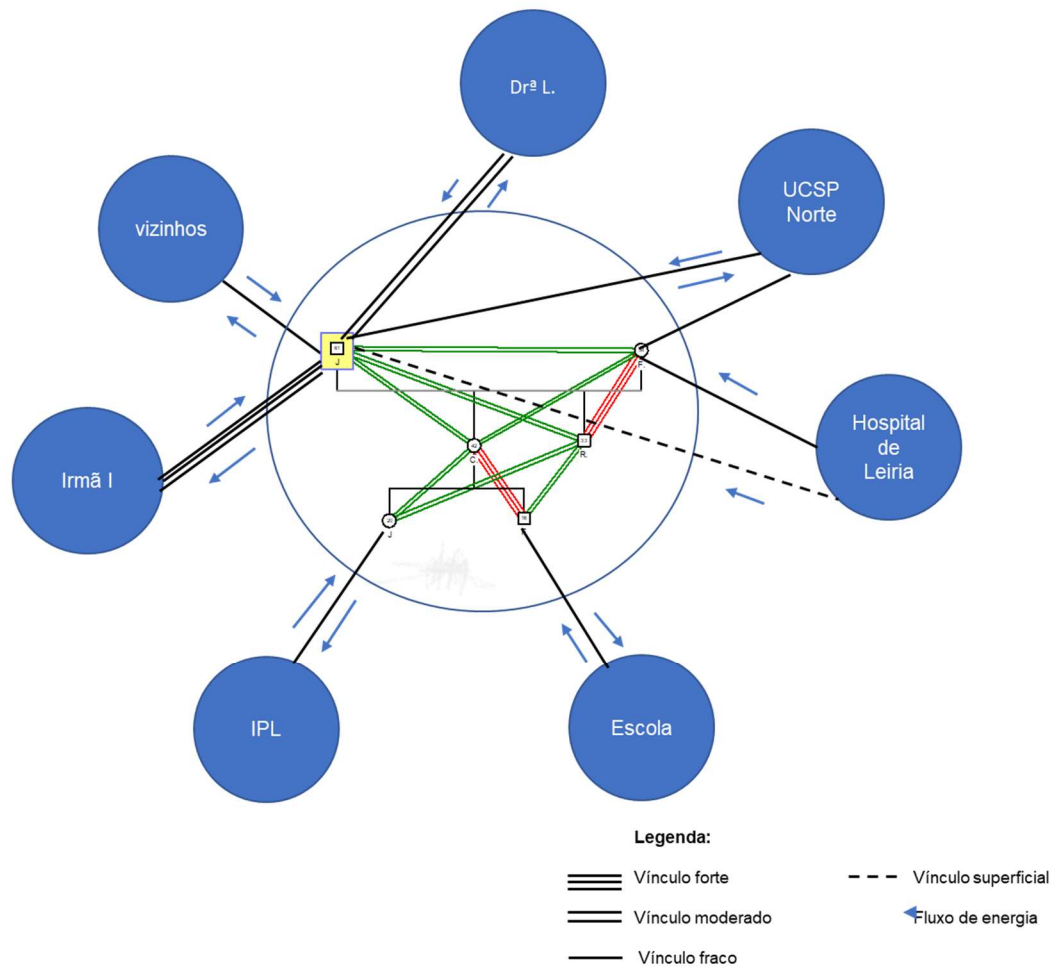


Figura 24 - Ecomapa

1.1.3. Contexto

O contexto é avaliado através de quatro subcategorias: etnia e raça, religião e espiritualidade, classe social e ambiente.

Todos os membros da família são de raça caucasiana e de nacionalidade portuguesa.

Relativamente à religião e espiritualidade, só tivemos oportunidade de falar com o paciente identificado, que referir não ir à igreja, e que não sentia nela um recurso.

Para determinar a classe social a que pertence a família em estudo, utilizámos a escala de Graffar

A escala de Graffar avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo classificá-la quanto à classe social, e conhecer os seus recursos e possíveis fatores de stress, possibilitando prever algumas condições de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial. As características da família são classificadas

nos seguintes cinco itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona habitacional (Figueiredo M. , 2009).

A cada um dos critérios é atribuída pontuação num intervalo de 1 a 5, e o somatório final permite incluir a família numa classe indicativa do nível socio económico, segundo a seguinte classificação:

- Classe I - Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9
- Classe II - Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13
- Classe III - Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17
- Classe IV - Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21
- Classe V - Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Após a aplicação da escala de Graffar, que foi registada no suporte informático Sclínico, conforme mostra a figura 5, obtivemos a pontuação de 15 pontos, podendo concluir que a família em estudo pertence à classe III, ou seja, classe média.

The screenshot shows a software window titled 'Processo Familiar'. At the top, there are navigation icons for 'RSE AI', 'Marcação', 'Notas', 'Alergias', 'Vigil', 'Proc. CUI', 'Vacinas', 'RSE AP', 'Ajuda', 'Gravar', and 'Sair'. Below this, there are input fields for 'Morada' and 'Telefone'. The main part of the interface is a table with the following columns: Nome, Dta. Nasc., Idade, Parentesco, Médico Família, Enfermeiro Família, N°, Ano Ant., and Rest. The table contains three rows of data, with some cells highlighted in blue. Below the table, there are tabs for 'Habitação', 'Graffar', 'C.Duvall', 'Tipo de Família', 'Risco Familiar Garcia-Gonzalez', and 'Risco Familiar Segovia Dreyer'. The 'Graffar' tab is active, showing a grid with five columns: Profissão, Instrução, Fonte principal de rendimento, Tipo de habitação, and Local de residência. The grid contains various categories and their corresponding descriptions. At the bottom right, there is a 'Classe Social' field with the value 'MÉDIA'.

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	N°	Ano Ant.	Rest
	22-10-1960	61 anos	PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)		30	37	223
	18-06-1964	58 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)		19	7	70
	09-11-1987	34 anos	SEGUNDO FILHO	SEM MEDICO (UCSP20)		10	3	40

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.	Espçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electromésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA

Figura 25 - Escala de Graffar – SClínico
Fonte: *Print screen* do programa SClínico

O ambiente familiar, segundo Figueiredo (2012), é o conjunto dos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em vários níveis estruturais interdependentes, que se influenciam e evoluem de forma recíproca e recursiva.

Relativamente ao ambiente, tivemos oportunidade de realizar uma consulta no domicílio devido a doença aguda do paciente identificado J., e foi possível avaliar o ambiente físico

onde este vive: reside numa moradia de rés-do chão, que é sua propriedade, com um ótimo aspeto em termos de manutenção. A casa tem três quartos, uma cozinha, uma sala e uma casa de banho. Esta equipada com mobiliário confortável e suficiente, e também com eletrodomésticos suficientes.

Além do edifício principal, possui um anexo, com uma cozinha (que é a que a família usa mais frequentemente) e uma casa de banho. Tem um quintal espaçoso e bem cuidado, assim como uns canteiros floridos na frente da casa.

A família tem um gato com 9 anos, que se encontra devidamente vacinado e desparasitado.

A residência está ligada à rede de esgotos, tem abastecimento de água de rede pública, eletricidade, garrafa de gás, e o aquecimento é feito através de uma bailarina que se encontra na sala; tem bom estado de higiene e boa luminosidade, incluindo a natural; Não existem barreiras arquitetónicas relevantes.

Foi realizada a avaliação no Sclínico conforme mostra a figura 6:

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeira Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
[Redacted]	22-10-1960	61 anos	PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	120	37	223
[Redacted]	18-06-1964	59 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	19	7	70
[Redacted]	09-11-1987	34 anos	SEGUNDO FILHO	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	10	3	40

Habitação | Graffar | C.Duval | Tipo de Família | Risco Familiar Garcia-Gonzalez | Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo

Tipo de alojamento: Moradia

Regime de ocupação: Própria

Estado geral de conservação: Bom

Casa de banho: No alojamento

Higiene: Boa

Água: Sim

Distribuição: No alojamento

Salubridade da zona residencial: Salubre

Tipologia: T2

Conforto: Bom

Aquecimento: Nenhum

Electricidade: Sim

Barreiras arquitectónicas: No interior

Figura 26 - Avaliação do edifício residencial – Sclínico
Fonte: *Print screen* do programa SClinico

O espaço envolvente é calmo e verdejante, e tem alguns vizinhos com quem o Sr. J. diz ter uma boa relação.

Relativamente ao acesso a serviços, existe um minimercado na localidade, mas os principais serviços da comunidade, incluindo a UCSP Norte distam cerca de cinco quilómetros.

1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento de acordo com o MCAF integra três subcategorias: as etapas, tarefas e vínculos.

Assim, inclui a avaliação do ciclo vital da família, que se refere à trajetória típica que a maioria das famílias percorre (Figueiredo & Martins, 2010).

O ciclo vital é então o percurso previsto para todas as famílias, definido por etapas, que apresentam tarefas e papéis específicos, assim como transições que condicionam a evolução da família. A determinação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra é fundamental para melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face à sua especificidade (Figueiredo, 2012).

1.2.1. Etapas

Duvall apresentou um modelo compreensivo do ciclo vital da família, na década de 50 do século passado, onde foi introduzida a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar. Identificou oito estádios considerando como critério para a sua delimitação a presença de crianças, a sua idade, e evolução do filho mais velho (Relvas, 1996):

- I- Casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho);
- II- Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar);
- III- Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola);
- IV- Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência);
- V- Família com filhos adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores);
- VI- Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa);
- VII- Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma);
- VIII- Família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família) (Figueiredo M. , 2009).

Em 1996, Relvas (1996) definiu cinco etapas para o ciclo de vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução, integrando as tarefas de desenvolvimento inerentes a cada uma das transições que decorrem do processo evolutivo da família ao longo do seu desenvolvimento:

- 1- Formação do casal;
- 2- Família com filhos pequenos;
- 3- Família com filhos na escola;

4- Família com filhos adolescentes

5- Família com filhos adultos (Figueiredo M. , 2012).

Uma vez que o suporte informático ScLínico SCP está parametrizado tendo em conta o Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido por Figueiredo em 2012, o modelo do ciclo vital que está definido para os registos é o de Duvall.

Esta família é uma família alargada, uma vez que residem na mesma casa três gerações.

Assim, relativamente à família em estudo, e uma vez que, apesar do paciente identificado J. estar reformado desde 2020 por invalidez, a sua esposa continua a trabalhar; os seus dois filhos continuam a partilhar a residência, sendo que o mais novo, R., devido aos seus problemas de saúde, dificilmente irá sair do lar familiar; por esses motivos, considerámos que esta família se encontra na VIIª etapa (Família de meia-idade) do ciclo vital de Duvall, o que registámos, conforme ilustra a figura 7:

The screenshot shows a software interface titled 'Processo Familiar'. At the top, there is a 'Morada' field and a 'Telefone' field, both containing redacted information. Below this is a table with the following columns: Nome, Dta. Nasc., Idade, Parentesco, Médico Família, Enderecamento Família, Nº, Ano Ant., and Rest. The table contains three rows of data:

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enderecamento Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
[Redacted]	22-10-1960	61 anos	PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	120	27	223
[Redacted]	18-06-1964	58 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	119	7	70
[Redacted]	09-11-1987	34 anos	SEGUNDO FILHO	SEM MEDICO (UCSP20)	[Redacted]	110	3	40

Below the table, there are tabs for 'Habituação', 'Orçar', 'C. Duvall', 'Tipo de Família', 'Risco Familiar Garcia-Gonzalez', and 'Risco Familiar Bagoña Dreyer'. The 'C. Duvall' tab is selected, showing a list of radio button options for different family stages:

- 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)

Figura 27 - Ciclo Vital de Duvall - ScLínico

Fonte: *Print screen* do programa ScLínico

Se nos basearmos nas etapas do ciclo vital definido por Relvas (1996), a família encontra-se na 5ª etapa: família com filhos adultos.

1.2.2. Tarefas

Para Relvas (2006), o ciclo vital é uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, que se relacionam com as características individuais dos elementos que a compõem, e com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema-família. Afirma ainda que a fronteira entre as várias etapas não é rígida, ou seja, as tarefas desenvolvimentais de cada uma não cessam no exato momento em que se inicia a seguinte.

Na família em estudo, apesar de se encontrar na fase de família com filhos adultos (baseando-nos no ciclo vital de Relvas (1996)), devido ao atraso mental do filho mais novo R., o sistema parental formado pelo paciente identificado e pela sua esposa ainda tem de manter as suas tarefas parentais; apesar de ainda não ter sido possível reunir com a família, é expectável que também tenha de partilhar as tarefas parentais com o subsistema parental formado pela sua filha mais velha C., em relação aos seus netos, sobretudo ao mais novo F., que é adolescente. É expectável que esses factos dificultem o desempenho de uma tarefa importante do subsistema conjugal nesta etapa, que é a renegociação a sua relação de casal, o que pode ser um fator de stress, e que poderá comprometer a satisfação conjugal.

As tarefas domésticas são partilhadas pela esposa F. e pela filha C., embora todos contribuem para as mesmas.

1.2.3. Vínculos

De acordo com as informações fornecidas pelo paciente identificado, os vínculos entre os membros da família são fortes, o que permite o suporte recíproco no seio da família.

Relativamente à família alargada, existem vínculos normais com os irmãos, mas o paciente identificado mantém um vínculo muito forte com a sua irmã I., que, apesar, de residir a alguns quilómetros, se desola para apoiar o irmão, em particular, e a sua família em geral, sempre que é solicitada para tal.

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Nesta avaliação são explorados dois aspetos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida diária, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (Wright & Leahey, 2012).

1.3.1. Instrumental

A dimensão instrumental de um funcionamento familiar está associada às atividades quotidianas da família, assumindo esta maior relevância quando um dos membros se encontra doente, sendo necessária a reorganização e redefinição dos papéis habituais (Figueiredo & Martins, 2010).

Relativamente às atividades de vida diária, e de acordo com os dados que conseguimos colher até ao momento, a maioria não se encontra afetada, tais como manter um ambiente seguro,

comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, a higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, movimentar-se.

Relativamente à atividade trabalhar e divertir-se, o paciente identificado mantém alguma atividade, cuidando dos seus animais de quinta (ovelhas), e realizando muitos trabalhos de bricolage; no entanto refere sentir falta do seu emprego; neste momento, devido à sua ansiedade, também a capacidade de se divertir se encontra afetada, incluindo a existência de pensamentos suicidas ocasionais, que neste momento melhoraram graças a uma conversa com a Dr.^a L.

O sono e repouso também se encontra afetados pelo mesmo motivo.

1.3.2. Expressiva

Nesta dimensão, em que a família é vista como um sistema de membros que interagem, o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação entre todos os membros da família (Figueiredo & Martins, 2010).

Não tendo tido oportunidade de ver os membros da família em interação, não foi possível avaliar objetivamente:

- A comunicação emocional, que diz respeito aos sentimentos e expressões emocionais manifestadas pelos membros da família, influenciados pelos seus padrões culturais (Figueiredo M. , 2009); no entanto o paciente identificado referiu sempre que todos os membros da família pode e é capaz de expressar as suas opiniões e emoções , mesmo que sejam divergentes das dos outros, de acordo com o Questionário das Forças Familiares a que respondeu, e que será abordado mais à frente.

- A comunicação circular, relativa à comunicação recíproca entre as pessoas;

- A influência e poder nas relações, ou seja, à capacidade de influenciar os comportamentos dos outros membros da família;

As crenças são definidas pelas autoras do MCAIF como definidas como atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias (Figueiredo M. , 2009). Obtivemos pouca informação sobre as crenças da família, mas foi evidente a crença de que o papel da família para o apoio mútuo é importante.

Relativamente às alianças e uniões, que dizem respeito a orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre a família ou entre famílias e outros sistemas, baseada nas informações fornecidas pelo paciente identificado, parece existir uma união forte entre este e a sua esposa, constitui para os dois um recurso.

No que diz respeito a soluções de problemas, ou seja, a capacidade da família para dar uma solução eficaz aos próprios problemas, esta é influenciada pelas crenças sobre as suas capacidades e experiências anteriores semelhantes. Tivemos oportunidade, durante uma consulta de enfermagem com o Sr. J. de intervir pontualmente, baseada no modelo do Cuidar Baseado nas Forças, usando uma abordagem para identificar esperança, mencionando ao utente situações de stress anteriores que a família conseguiu trabalhar com sucesso. Ficou patente que os membros da família se ouvem mutuamente nas decisões que a família diz respeito.

Para complementar a avaliação familiar, ainda no âmbito da relação dinâmica, aplicámos a Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES II), o APGAR Familiar de Smilkstein, e Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe, de modo a percebermos aspetos fundamentais do funcionamento familiar, respetivamente, a coesão e adaptabilidade da família, e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.

O FACES II é um questionário individual de autoavaliação que classifica famílias, tendo sido originalmente desenvolvida em 1982, com a pretensão de avaliar especificamente a coesão e adaptabilidade familiares; foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Otilia Fernandes em 1995.

A FACES II contém 30 itens. Cada questão é respondida numa escala, tipo likert, de frequência ascendente. Onde 16 itens avaliam a coesão e 14 itens a adaptabilidade familiar.

Durante este estágio apenas foi possível ser aplicado ao paciente identificado, conforme ilustrado no quadro 2.

Quadro 2 - FACES II- Versão Portuguesa (continua)

	Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Veze (3)	Muitas Veze (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

(Continuação)

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

(Conclusão)

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 comuns com os outros					X

Para a coesão familiar são considerados 16 itens, e para a adaptabilidade são contabilizados 14; os itens cotados inversamente são os seguintes: 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29.

Para esta família, e seguindo as regras de interpretação da FACES II, obteve-se a cotação de 62; para a adaptabilidade, obteve-se um total de 60.

De acordo com os critérios da interpretação linear da escala, obtivemos uma pontuação de 6, podendo então concluir que a família em estudo é uma família moderadamente equilibrada, conforme ilustrado no quadro 3, sendo ligada no que diz respeito à coesão, e muito flexível relativamente à adaptabilidade.

Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II no caso da família em estudo

Coesão		Adaptabilidade			Família-tipo			
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada	
	74		65					
7	73		7	64				7
	71		55					
6	70	Ligada	6	54	Flexível	6	Moderadamente equilibrada	
	65		50					
	64		5	49				5
	60		46					
4	59	Separada	4	45	Estruturada	4	Meio-termo	
	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					

Fonte: Figueiredo M. , Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2012

O APGAR familiar, desenvolvido por Smilkstein, permite avaliar a percepção do indivíduo acerca da funcionalidade da família, em determinado momento; deve ser aplicado a cada membro individualmente. Leva à classificação da família em: família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada.

Este instrumento da avaliação familiar apresenta um conjunto de 5 questões que avaliam:

- Adaptação (*Adaptability*), ou seja, o modo como os recursos são partilhados, refletindo o grau de satisfação com a assistência recebida quando um dos membros recorre à família;
- Participação (*Partership*), que é o modo como as decisões são partilhadas, demonstrando a satisfação do membro com a reciprocidade na comunicação e resolução de problemas;
- Crescimento (*Growth*), que se relaciona com o modo como a maturidade é partilhada, manifestando a satisfação do membro pela liberdade concedida para mudança de funções, no processo de crescimento físico e emocional;
- Afeto (*Affection*), relacionado com a forma como as experiências são partilhadas, revelando a satisfação do membro com a intimidade e interação emocional partilhada na família;
- Decisão (*Resolve*), que tem a ver com a forma como o tempo é partilhado no seio familiar, refletindo a satisfação do membro com a partilha de tempo, espaço e recursos materiais com a família.

O questionário possibilita 3 possíveis respostas que conferem as seguintes pontuações: quase sempre: 2 pontos, algumas vezes: 1 ponto, quase nunca: 0 pontos.

A soma final revela o nível funcional da família (Caeiro, 1991).

Conforme justificado anteriormente, só foi possível aplicar este instrumento ao paciente identificado, e na sua percepção, a sua família somou um total de 10 pontos, o que a classifica como uma família altamente funcional, o que se encontra ilustrado no quadro 4:

Quadro 4 - APGAR Familiar

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase Nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	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		

(Continuação)

5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:		10	

Fonte: Figueiredo M. , Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, 2012

A Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições familiares e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (Figueiredo M. , 2009).

Esta escala surgiu na década de 70, criada por especialistas em stress da universidade de Washington, Holmes e Rahe, sendo constituída por um índice de 43 fatores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua potencialidade para provocar stress.

Para a sua aplicação, devem se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano, o que permite prever a possibilidade de aparecer doença de acordo com os seguintes critérios:

- >300 pontos: 80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica;
- >200 ≤ 300 pontos: 50 % de probabilidade de adoecer;
- 150-200 pontos: menor incidência de doenças.

Quadro 5 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada ao paciente identificado (continua)

Nº	Acontecimento	Valor Médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	27
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	53	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração de hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de família	44	33	Mudança de escola	19
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	18
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de atividades religiosas	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17

(Continuação)

16	Mudança de situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no número de reuniões familiares	15
18	Mudança no tipo de trabalho	36	40	Mudança nos hábitos alimentares	15
19	Alteração número de discussões com cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29	TOTAL		187

Fonte: Adaptado de Figueiredo M. , 2012

Em conclusão, de acordo com o quadro 5; o paciente identificado J. considerou que os acontecimentos stressantes no último ano foram: acidente ou doença grave, reforma virgula doença grave de família, dificuldades com a família do cônjuge, mudanças NOS hábitos de sono, somando um total de 187 pontos, que corresponde a uma menor incidência de doenças.

Para completar a avaliação familiar, também nos pareceu oportuno o Questionário Das Forças Familiares, apresentado no quadro 6; este é um instrumento de autorrelato, construído para avaliar a percepção que as famílias têm das suas forças familiares, sendo composto por 29 itens avaliados numa escala do tipo Likert de cinco pontos (1 – Nada parecidas; 2 – Pouco parecidas; 3 – Mais ou menos parecidas; 4 – Bastante parecidas; 5 – Totalmente parecidas). A cotação é obtida pela soma das pontuações dos itens, sendo o Índice Global de Forças Familiares obtido pelo somatório das pontuações dos itens da escala total.

Quadro 6- Questionário das Forças Familiares

1. Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2. na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas	1	2	3	4	5
3. na minha família somos muito unidos	1	2	3	4	5
4. Na minha família Toda A Gente tem o direito de dar a sua opinião	1	2	3	4	5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto	1	2	3	4	5
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar	1	2	3	4	5
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si	1	2	3	4	5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo	1	2	3	4	5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas	1	2	3	4	5

(continuação)

10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros	1	2	3	4	5
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer	1	2	3	4	5
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir	1	2	3	4	5
13. Na minha família fazemos coisas e atividades em conjunto	1	2	3	4	5
14. Na minha família a boa disposição e encontramos sempre momentos para rir	1	2	3	4	5
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente virgula mesmo coisas negativas, sem magoar os outros	1	2	3	4	5
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto	1	2	3	4	5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que NOS ajudam quando precisamos	1	2	3	4	5
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas	1	2	3	4	5
19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge	1	2	3	4	5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar	1	2	3	4	5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão	1	2	3	4	5
22. Na minha família há valores que se deseja que Toda A Gente aprenda	1	2	3	4	5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades	1	2	3	4	5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes	1	2	3	4	5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz	1	2	3	4	5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos	1	2	3	4	5
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece	1	2	3	4	5
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros	1	2	3	4	5
29. Na minha família as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto	1	2	3	4	5

TOTAL

130

Fonte: Melo & Alarcão, 2011

Tendo em conta que o Índice Global máximo é de 145, podemos considerar que existe uma boa perceção sobre as forças da família.

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A avaliação desta família através do MCAF, permitiu-nos compreender melhor as características da família em estudo, avaliar as suas necessidades e os problemas reais e potenciais que esta pode enfrentar, e dessa forma formular os diagnósticos de enfermagem, e a elaboração do plano de cuidados à família, que terá de ser completado e executado em parte no próximo estágio.

Em 2011 o MDAIF foi adotado como referencial teórico e operacional da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme consta na proposta do programa formativo da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, publicada a 16 de julho desse ano, pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (Melo P. , 2015); por outro lado o sistema informático de informação SClinico SCP está parametrizado em função do MDAIF, ainda que tenha ainda de ser completado, baseado na terminologia CIPE®; por esses motivos o plano de cuidados é baseado nesse modelo.

Tal Modelo desenvolvido por Figueiredo (2012) sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família.

Apresentamos na figura a matriz operativa do MDAIF na figura 8:

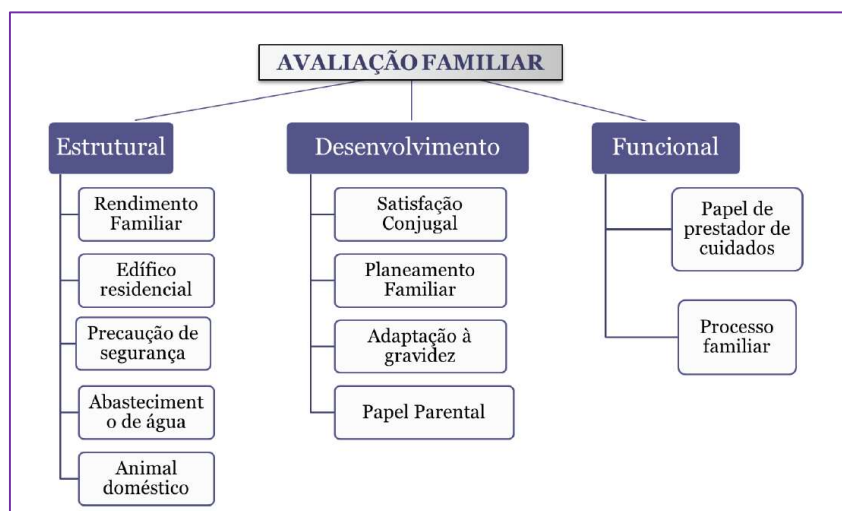


Figura 28- Matriz Operativa do MDAIF
Fonte: Guedes, 2022

Partindo do princípio de que a família é o nosso alvo de cuidados, o enfermeiro de família coordena os cuidados que as famílias possam receber, colaborando com a família no planeamento destes cuidados (Hanson, 2005).

Consideramos importante a identificação colaborativa das necessidades da família e, a subsequente enunciação dos diagnósticos como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias.

Foi planeada uma primeira entrevista familiar, que foi preparada na primeira consulta de enfermagem com o paciente identificado, no âmbito da consulta de hipocoagulados, conforme guião apresentado no quadro 7; não tendo sido possível realizar a entrevista, os dados foram recolhidos junto do utente J. durante as três consultas realizadas, uma das quais no domicílio; temos intenção de concretizar a mesma no próximo estágio.

Quadro 7 - Guião da entrevista familiar planeada (continua)

	Objetivos	Conteúdo	Observações
Introdução (3 min.)	Promover um ambiente facilitador da expressão de sentimentos, das vivências e das preocupações da família	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Informação do objetivo da consulta de enfermagem - Informação sobre objetivo e estrutura da entrevista - Mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. 	Usar linguagem e postura adequadas
Desenvolvimento (45min.)	<p>Avaliar a estrutura familiar interna e externa</p> <p>Avaliar o contexto</p> <p>Conhecer a experiência da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha de informação sobre os participantes - Elaborar genograma e ecomapa - Usar as escalas de avaliação familiar: FACES II, - Graffar, Apgar familiar, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. - Solicitar a perspetiva de cada membro sobre o problema - Encorajar a participação - Enfatizar objetivos comuns - Pesquisar sucessos e problemas anteriores - Identificar recursos e forças - Identificar recursos clínicos e outros - Estabelecer um plano; - Identificar pontos fortes da família; - Clarificar o papel e o contributo de cada membro da família; - Resumir áreas consensuais e confirmar os próximos passos; - Enfatizar objetivos comuns 	Ter atenção à linguagem não verbal
Conclusão (12min.)	Finalizar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir/clarificar - Identificar problemas e estruturar plano de ação 	

(continuação)

		<ul style="list-style-type: none"> - Agradecer pela disponibilidade - Informar sobre a possibilidade de uma nova entrevista - Mostrar disponibilidade para esclarecimentos 	
--	--	---	--

Com base na avaliação da família, e tendo em conta os focos de atenção e intervenções de diagnóstico, foram formulados os diagnósticos de enfermagem adequados (de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), delineados os resultados esperados e implementadas algumas intervenções de enfermagem. Seguidamente, apresentamos o plano de cuidados referente à família e indivíduo J., adaptado do Clínico, respetivamente na tabela 8 e 9.

A avaliação dos resultados é ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. A avaliação do processo permite a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

Quadro 8 - Plano de cuidados à família – adaptado do Scfínico (continua)

Foco de atenção	Intervenção de diagnóstico	Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Edifício residencial	Avaliar edifício residencial	- Edifício residencial seguro - Edifício residencial não negligenciado	Que a família tenha uma habitação segura	- Avaliar o tipo de habitação - Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro e negligenciado	Habitação, na generalidade, adequada às necessidades da família; no entanto, uma vez que o neto F. partilha o quarto com a sua mãe C., pode prejudicar as dinâmicas entre ambos, e os processos relacionados com a individuação do adolescente.
Rendimento familiar	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimento	Rendimento familiar não insuficiente	Que a família tenha um rendimento adequado às suas necessidades	Avaliar o conhecimento sobre a gestão de rendimentos	A família demonstra conhecimento sobre a gestão de rendimentos, que são suficientes e não são fator de stress familiar, de acordo com a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
Abastecimento de água	Avaliar o abastecimento de água	Abastecimento de água adequado	Que a família tenha o abastecimento de água adequado	Avaliar o abastecimento de água	A habitação tem abastecimento de água da rede pública
Precaução de segurança	Avaliar conhecimento sobre a prevenção de acidentes	- Precaução de segurança demonstrada - Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Status Demonstrado - Conhecimento sobre utilização equipamento de gás Status Demonstrado	Que a família tenha conhecimento sobre a prevenção de acidentes	Avaliar o conhecimento sobre a utilização de equipamento de gás	A garrafa de gás encontra-se no exterior da habitação.
Animal doméstico	- Avaliar animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado	Que o animal doméstico não constitua risco para a saúde familiar	- Avaliar animal doméstico - Ensinar sobre cuidados a ter com o animal doméstico	O gato da família está devidamente vacinado e desparasitado, e tem consultas

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, FUNDAMENTADO

NO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

(continuação)

					no veterinário quando está doente
Satisfação conjugal	- Avaliar satisfação conjugal		Que o casal mantenha uma satisfação conjugal mantida	- Avaliar relação dinâmica do casal - Avaliar comunicação do casal - Avaliar interação sexual - Avaliar função sexual	
Papel parental	- Avaliar papel parental				A desenvolver no próximo ensino clínico
Processo familiar	- Avaliar processo familiar - Avaliar comunicação familiar - Avaliar coping familiar - Avaliar interação de papéis - Avaliar relação dinâmica	- Processo familiar não disfuncional - Comunicação familiar eficaz - Coping familiar eficaz - Interação de papéis eficaz - Relação dinâmica não disfuncional	- Processo familiar efetivo mantido	- Avaliar a Coesão e Adaptabilidade da Família, através da escala Faces II; - Avaliar a funcionalidade da família através do instrumento APGAR Familiar de Smilkstein; - Avaliar a coesão e a adaptabilidade familiar através da FACES II; - Avaliar os fatores de mudança suscetíveis de serem fatores de stress familiar através da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe - Avaliar a capacidade de resolução de problemas da família através do questionário de forças familiares	A família parece ter uma boa comunicação, procuram resolver sempre os problemas em conjunto; - Família moderadamente equilibrada; - Família altamente funcional. Uma vez que o paciente identificado mantém níveis de ansiedade ainda relevantes, daremos continuidade à avaliação e intervenção no próximo estágio

Quadro 9- Plano de cuidados de enfermagem ao paciente identificado J. (continua)

Adaptado do SClinico

Foco de atenção	Intervenção de diagnóstico	Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Hemorragia	Avaliar hemorragia	Sem hemorragia	Que o utente mantenha os valores do I.N.R. dentro do intervalo terapêutico	- Monitorizar I.N.R - Referir para o serviço médico (se necessário)	O utente tem mantido os valores dentro do intervalo terapêutico, exceto quando iniciou quadro de erisipela no membro inferior direito
Infeção	- Avaliar infeção	Infeção membro inferior direito	Que a infeção seja controlada	- Vigiar sinais de infeção - Monitorizar temperatura corporal - Avaliar conhecimento sobre prevenção de infeção - Referir para o serviço médico	Não foi possível ainda avaliar.
Aceitação do estado da saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde comprometida	Que o J: aceite o seu estado de saúde	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde - Encorajar a aceitação do estado de saúde - Ensinar sobre estratégias adaptativas - Ensinar sobre serviços de saúde - Incentivar a comunicação de emoções - Incentivar aceitação do estado de saúde - Incentivar o envolvimento da família - Promover a consciencialização - Referir para o serviço médico	J. refere que a sua ansiedade começou quando lhe foi diagnosticada a doença cardíaca e que se agravou com: a reforma, a emigração da neta mais velha, a doença da esposa. Incentivámos o utente, com êxito, a recorrer à sua unidade de saúde quando necessário.
Ansiedade	- Avaliar ansiedade - Avaliar autocontrolo: ansiedade	Ansiedade	Melhorar os níveis de ansiedade do J.	- Assistir a pessoa a identificar fatores	O utente refere melhoria da ansiedade

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, FUNDAMENTADO

NO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

(continuação)

				<p>desencadeantes de ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar suporte emocional - Escutar - Encorajar a expressão de crenças - Incentivar a comunicação de emoções - Incentivar o apoio/suporte da família - Vigiar resposta comportamental - Orientar para médico de família 	
Comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde	Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde	Que o utente não falte às consultas no hospital e recorra à UCSP quando necessário	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre comportamento de procura de saúde - Ensinar sobre recursos da comunidade - Ensinar sobre serviços de saúde - Incentivar comportamento de procura de saúde 	O J. recorria a serviços particulares, mas queixava-se da despesa; diz não querer “dar trabalho”; Neste momento já está encaminhado para o enfermeiro de família.

Apresentamos abaixo o registo no SClínico de algumas intervenções:

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE
 Nome: RUA [REDACTED] Nº Utente: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE
 PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO
 Início: 19-07-2021 Fim: 19-07-2022 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Processo Familiar		19-07-2022 14:17	
Habitación	Conhecimento sobre habitación	19-07-2022 14:14	
Rendimentos	Conhecimento sobre gestão de rendimentos	19-07-2022 14:01	
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	19-07-2022 14:01	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: CLAUDIA MAROARDA FERRERA SA Resp. Termo: [REDACTED]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO
 Todas Ativas Inativas

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

Última Avaliação: Sem avaliação.

Figura 29 - Processo Família – Sclínico
 Fonte: Print-screen do programa SClínico

Registo da escala - processo familiar

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE
 Nome: [REDACTED] Idade: [REDACTED] Nº Utente: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

processo-familiar Data: 21-07-2022 Hora: 09:36

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
 Processo familiar

ITEMS DO GRUPO
 [ADEQUADO]
 [COMUNICAÇÃO]
 [COPING]
 [INTERAÇÃO DE PAIS]
 [RELAÇÃO DINÂMICA]
 [CONFLITOS]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Adequado	sim
Comunicação	não comprometida
Coping	não comprometido
Interação de papéis	não comprometida
Relação dinâmica	não comprometida
Conflitos	não

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
processo familiar	1
Score total	1

Figura 30 - Avaliação da Comunicação Familiar Sclínico
 Fonte: Print-screen do programa SClínico

CONCLUSÃO

A utilização do Modelo de Calgary permitiu-nos avaliar uma família do ficheiro da Enfermeira Orientadora nas diferentes dimensões, considerando a mesma como o alvo dos cuidados de enfermagem.

Achamos que os objetivos inicialmente definidos foram concretizados, e que este foi fundamental para atingir os objetivos do Estágio II.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3). Obtido em julho de 2022, de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. Obtido em julho de 2022, de <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar. *Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em maio de 2022, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (jul./set. de 2010). Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), pp. 552-559. Obtido em julho de 2022, de <https://pdfs.semanticscholar.org/c489/cdd8cff252c7a6d09936c0b011b798b04a61.pdf>
- Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice*. Stamford: Appleton& Lange.
- Guedes, V. (março de 2022). Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *PowerPoint de apoio à Unidade Curricular: Modelos e Técnicas de Intervenção Familiar, leccionada na Escola Superior de Saúde de Leiria*.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Melo, P. (2015). A Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal. *Jornal Enfermeiro*. Obtido em julho de 2022, de <https://livrozilla.com/doc/818980/a-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar-em-portugal>
- Melo, A., & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*(48), pp. 34-41.
- Oliveira, A. (2019). *Aplicação Do Modelo Calgary De Avaliação Familiar A Pacientes Com Câncer Em Cuidados Paliativos*. Tese inserida na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos-Filosóficos do Cuidar apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Centro De Ciências Da Saúde, Brasil. Obtido em julho de 2022, de https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19176/1/AmandaMaritsaDeMagalh%C3%A3esOliveira_Tese.pdf
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). The Family Nurse: frameworks for practice. International Council of Nurses.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.

APÊNDICE II - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DIRIGIDA À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCSP NORTE

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DIRIGIDA À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCSP NORTE

TEMA	Parametrização do SClínico CSP - Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera
DATA	20-01-2022
HORA	14H
DURAÇÃO	1H
LOCAL	UCSP Norte – Sede – sala de reuniões
DESTINATÁRIOS	Equipe de enfermagem da UCSP NORTE
OBJETIVOS	GERAL: Promover uniformização dos registos no Sclínico na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none">▪ Refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados em Saúde Familiar;▪ Descrever o Processo de Enfermagem de Família;▪ Sensibilizar para a importância dos registos de enfermagem nos sistemas de informação;▪ Caracterizar a Visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera como exemplo de intervenção e registos na área da Saúde familiar

Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação dos formadores; ▪ Agradecer a presença; ▪ Explicar o contexto da sessão (Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar); ▪ Apresentar os objetivos da sessão; ▪ Expetativas do grupo relativamente à sessão. 	<p style="text-align: center;">Expositivo</p> <p style="text-align: center;">Interativo</p>	<p style="text-align: center;">PowerPoint</p> <p style="text-align: center;">Retroprojektor</p>	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contextualizar Enfermagem Especializada em Saúde familiar; ▪ Descrever o processo de Enfermagem de Família; ▪ Caracterizar os sistemas de informação em Enfermagem em CSP; ▪ Apresentar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); ▪ Exemplificar os registos de Enfermagem de Saúde Familiar no Sclínico CSP; ▪ Destacar a importância da Visita Domiciliaria no âmbito da Saúde Familiar, mais especificamente ao recém-nascido e puérpera; ▪ Apresentar padrão de registos no Sclínico no âmbito do programa de Saúde Infantil; ▪ Apresentar padrão de registos no Sclínico no âmbito do programa de Saúde Reprodutiva 			35 minutos
Conclusão			10 minutos
Avaliação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a sessão de formação 			10 minutos

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Esta avaliação é anónima; não coloque o seu nome.

Por favor, responda colocando uma cruz na resposta que lhe parece adequada

	Sim	Não
O tema é pertinente e útil para a minha prática		
A sessão contribui para aquisição de conhecimento e competências		
Os meios utilizados foram adequados		
Na apresentação foi utilizada uma linguagem clara e perceptível		
A sessão foi de encontro às minhas expectativas		
A duração da sessão foi adequada		

Agradecemos a sua presença e colaboração durante todo este percurso académico.

APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DIRIGIDA À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCSP NORTE

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE FAMILIAR

Parametrização do SClínico CSP

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

Elaborado por: Carina Carvalho, Helena Lobo
Enfermeiras Orientadoras: Alexandra Remígio, Cláudia Santos

janeiro 2023



SUMÁRIO

1. Introdução
2. Objetivos
3. Breve definição de Enfermagem de Saúde familiar
4. Padrões de documentação
5. Visita domiciliária ao recém nascido e à puérpera
 - 5.1. Registos
 - 5.2 Indicadores
 - 5.3 Panfleto informativo
6. Conclusão
- Bibliografia

OBJETIVOS

GERAL:

- Promover a uniformização dos registos no Clínico na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar.

ESPECÍFICOS:

- Refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados em Saúde Familiar;
- Descrever o Processo de Enfermagem de Família;
- Sensibilizar para a importância dos registos de enfermagem nos sistemas de informação;
- Caracterizar a Visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera como exemplo de intervenção e registos na área da Saúde familiar.

Enfermagem Saúde Familiar

Família

Não existe uma definição universal de família. Esta tem vindo a evoluir ao longo do tempo e com o contexto cultural e sociodemográfico.

Relvas e Alarcão (2002) definem família como um **sistema** vivo e aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é mais que a soma de todas as partes, e onde se estabelece entre os elementos que a constituem um sentimento de pertença.

O *International Council of Nurses* (ICN) define família como um grupo, unidade funcional ou todo coletivo, composto por pessoas unidas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes (ICN, 2015).

Enfermagem Saúde Familiar

Segundo Hanson (2005), **saúde familiar** é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.

A inclusão da família como foco dos cuidados de enfermagem teve o seu início nas metas de Saúde 21, estabelecidas pela OMS para o século XXI, em 2000, reconhecendo que a família é uma unidade chave na melhoria da saúde na Região Europeia, uma vez que é no seu seio que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes, ou não, a estilos de vida saudáveis. Estas orientações fundamentam o conceito do Enfermeiro de Família, que foi referenciado pela primeira vez na Declaração de Munique em 2000.

Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo. A meta 15 realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP.

Abordagem Sistémica da Família

Na visão sistémica, a família é considerada como algo mais do que a soma dos indivíduos que a compõem: como um sistema de interações que supera e articula dentro dela os vários elementos individuais;

Deste modo, a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida da família como grupo é necessária para a compreensão do comportamento de cada um dos membros que a formam;

O grupo familiar é um sistema entre sistemas, e é essencial o estudo das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros.

Enfermagem Saúde Familiar

Na sequência da subscrição da Declaração de Munique, a Ordem dos Enfermeiros (OE) organizou em 2000, a conferência nacional “**A Cada Família o seu Enfermeiro**”, cujo objetivo era a partilha de experiências de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família (Figueiredo, 2009).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários que teve início em 2005, em Portugal, levou à criação das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiar, e deu origem a um quadro legislativo que contempla a **família como alvo dos cuidados de saúde**, evidenciando o **papel do enfermeiro de família** como agente de mudança, numa perspetiva de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica (Figueiredo , 2012).

Enfermagem Saúde Familiar

A primeira referência legal ao enfermeiro de família, em Portugal, surge com a regulamentação das USF no Decreto-Lei (DL) n.º 298/2007 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e consagra a prática do enfermeiro de família, atribuindo 300 a 400 famílias.

Processo de Enfermagem de Família

É um processo sistemático e dinâmico no sentido de promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado para os resultados.

- sistemático pela sua abordagem de resolução de problemas,
- interativo pela interação com o cliente dos cuidados
- flexível porque permite a adaptação a todos os contextos de cuidados.

Alfaro-LeFevre(2002)

Processo de Enfermagem de Família

A sua aplicação de modo sistemático, planeado e dinâmico possibilita aos enfermeiros:

- Identificar
Compreender ➡ como as famílias respondem aos problemas de saúde
Descrever
- Determinar que aspetos dessas respostas necessitam de cuidados profissionais específicos.
- Permite a organização dos processos de pensamento:
 - Planificação dos cuidados a desenvolver, com base num a abordagem colaborativa com a família,
 - Permite a coevolução processual

A utilização do processo de enfermagem promove um cuidado humanizado.

Processo de Enfermagem de Família



Alfaro-LeFevre(2002)

Processo de Enfermagem de Família

O processo de enfermagem integrará dois níveis:

- um dirigido aos membros individualmente
- outro dirigido aos subsistemas e às dimensões internacionais do sistema.

Esta conceção, inerente aos níveis em que a ênfase é colocada nas interações e reciprocidade do sistema, implica maior complexidade do processo de cuidar.

Friedman& Levac(1998)

Padrões de documentação Sistemas de Informação em Enfermagem

Os sistemas de informação em enfermagem (SIE)



Tomada de decisão dos enfermeiros



- Continuidade
- Acessibilidade
- Qualidade.



Informação sobre os cuidados prestados

**Ferramenta essencial para a gestão eficiente dos
serviços de saúde**

Sistemas de Informação em Enfermagem

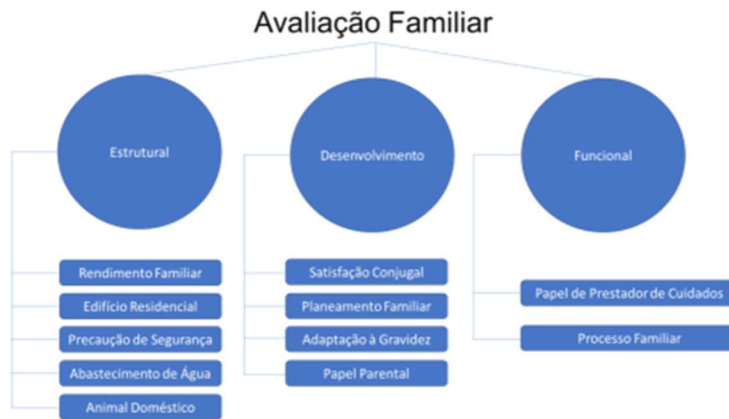
Maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde :

- Produção automática de indicadores
- Desenvolvimento de investigação
- Monitorização da qualidade
- Formação
- Financiamento
- Decisão de políticas de saúde
- Comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional
- Prática baseada na evidência

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®



Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012)

Sistemas de Informação em Enfermagem

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR
MAPEAMENTO DE INDICADORES

Enfermagem de saúde familiar

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial / Nº total de famílias X 100
 Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar / Nº total de famílias X 100
 Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança / Nº total de famílias X 100
 Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água / Nº total de famílias X 100
 Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico / Nº total de famílias X 100

b. Dimensão Desenvolvimento

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal / Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar / Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez / Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental / Nº total de famílias com subsistema parental X 100

c. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados / Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar / Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro / Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado / Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente / Nº total de famílias X 100

Processo Clínico da Família

04-01-2023

Enfermeiro: HELENA MARIA FERRERA LOBO

Sala: []

Agendados: [] Realizados: [] Anulados: []

CM, N. Ag. N. Adm. Estado: [] Processo: [] Identific. a: [] Made: [] Consulta: [] Tipo Data: [] Local: [] Enf. Cont.: [] H. E. Oper.: []

00:00 Agendado 2017 Trv-G Lobo 00:00

Consulta de Enfermagem

NOTAS/TAREFAS DIA

MENSAGENS INTERNAS

Med. Família: [] Enf. Família: [] Agendado: Helena Lobo

CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS				ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS			
Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional	Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional
05-01-2023	00:00	Consulta de Enfermagem	Helena Lobo				

Processo Clínico da Família

Família

04-01-2023

CONTACTOS UTENTES FAMÍLIAS COMUNIDADES

FAMÍLIAS

Nº Processo: [] Último Contacto: []

Morada: TRV []

Nº Telefone: [] Cód. Postal: 2430-0

Família: []

NOTAS/TAREFAS DIA

MENSAGENS INTERNAS

CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS

Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional

ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS

Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional

Processo Clínico da Família

Abrir contacto

The screenshot shows a web-based form titled "Horário do Contacto" (Contact Schedule). The form is for a family (Família: TRV 0) and includes the following sections:

- Header:** Contacto Nº: 0, Data: 04-09-2023, Hora: 14:45.
- Local de Contacto:** Unidade De Saúde, Sala.
- Equipas:** A dropdown menu for selecting a team.
- Tipos de Contacto:** Radio buttons for "Acto de entrega" and "Consulta de Entrega".
- Programas de Saúde activos:** A list of active health programs.
- Projectos activos:** A list of active projects.
- Elementos presentes no contacto:** A table with columns for "Elemento" and "Presença" (checkboxes).
- Processos:** A section for "Nº processo" and "Tipo" (radio buttons for "Agendado" and "Não Agendado").
- Bottom Section:** Includes "Projectos associados" and "Equipa associada" with associated data tables.

Processo Clínico da Família

Programa de Saúde da família

The screenshot shows a web-based form titled "Programas de Saúde / Projectos". It includes the following sections:

- Header:** "Programas de Saúde / Projectos" with "Gravar" and "Limpar" buttons.
- IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR:** Fields for "Nome: TRV 0", "Nº Utiliz:", and "Nº Processo:".
- Programas de Saúde / Projectos:** A tabbed interface with "Programas de Saúde" and "Projectos" tabs. A sub-tab "Activos" is selected.
- Table:** A table with columns: "Programas", "Inicio", "Termino", and "Associar". The first row is "Saúde da Família" with "04-09-2023 15:00" in the "Inicio" column and a checked "Associar" checkbox.
- Footer:** Fields for "Resp. Início: Helena Lobo" and "Resp. Termo:".
- Observações:** A text area for notes, with "Guardar" and "Terminar" buttons.

Processo Clínico da Família

Avaliação Inicial

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome : TRV [redacted] N° Utilizador : N° Processo : [redacted]

ITEM A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Cuidados solicitados no CS
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social
 - Observações
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - PRESTADOR DE CUIDADOS
 - OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: Data: Hora:

POR PROGRAMA

Serviço: UCSP ATLÁNTICA N° Contacto: 1072215 Processo Familiar

Vigilância Médica

SP	SM	CM	HTA	RD

Sociedade:

Act D:

Processo Clínico da Família

Avaliação Inicial

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome : TRV [redacted] N° Utilizador : N° Processo : [redacted]

ITEM A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - Tipo
 - Número de divisões
 - Número de quartos
 - Casa de banho
 - Localização casa de banho
 - Observações
 - Abastecimento de água
 - Saneamento básico
 - Electricidade
 - Conservação da habitação
 - Higiene da habitação
 - Observações gerais
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA

Registado por: Data: Hora:

POR PROGRAMA

Serviço: UCSP ATLÁNTICA N° Contacto: 1072215 Processo Familiar

Vigilância Médica

SP	SM	CM	HTA	RD

Sociedade:

Act D:

Processo Clínico da Família

Avaliação Inicial

Processo Clínico da Família

Processo Clínico da Família

Escala de Graffar

Escala de Graffar

Nome: _____

Data: _____

Grupos	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1ª	- Gr. Indus. e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiros/Generais/Marceles; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento.	- Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível.	- Casa ou andar luxuosos, espaços com máximo de conforto.	- Zona de residência elegante.	5 - 9	I Classe Alta
2ª	- Médicos Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Ofícios das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (2º Doutoramento).	- Bacharelato ou Curso Superior.	- Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional).	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável.	- Bom local.	10 - 13	II Classe Média Alta
3ª	- Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios, chefes de secção; - Emp. Escritório (grau); - Médicos Agricultores; - Sargentos e equiparados.	- 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade.	- Vencimentos certos.	- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	- Zona intermédia.	14 - 17	III Classe Média
4ª	- Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau); 22-25	- Escolaridade >= 4 anos.	- Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos.	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	- Bairro social/operário. - Zona antiga.	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5ª	- Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos.	- Assistência (subsídios).	- Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	- Bairro de lata ou equivalente.	22 - 25	V Classe Baixa

Processo Clínico da Família

Escala de Graffar

Processo Familiar

Telefone: _____

Nome	Idade	Estado	Parentesco	Mãe/Família	Endereço Família	Id.	Ano Ant.	Dist.
MC	25-07-1964	38 anos	MARCELO TOLUAR	PELRO TOLUAR	CARRA MARINA	42	9	27
MA	27-03-1967	35 anos	FRANCO FILHO	PELRO TOLUAR	CARRA MARINA	5	9	21

Habituação: Graffar C Davel Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Ortiz Risco Familiar Segovia-Drevel

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
Médicos industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaços e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Eletrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados e escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem eletrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social: _____

Processo Clínico da Família

Rendimento familiar



The screenshot shows a software window titled 'Rendimento Familiar'. It features a list of 'INTERVENÇÕES DE' (Interventions) on the left, including 'Analisar adaptação', 'Analisar capacidade', and 'Analisar habitação'. A central window displays 'Notas a enviar à regência' (Notes to be sent to the administration) with a date of '20-01-2023' and a time of '10:35'. A purple callout box with the text 'Rendimento Familiar' is overlaid on the right side of the interface.

Processo Clínico da Família

Rendimento familiar



The screenshot displays a software window titled 'Intervenções do Serviço' (Service Interventions). It shows a list of interventions with a search bar and filters. A table on the right lists the following data:

Horário	Data	Tempo
Neste Contacto	04-01-2023	15:25
Neste Contacto	04-01-2023	15:33
Neste Contacto	11-01-2023	16:36
Neste Contacto	11-01-2023	16:36
Neste Contacto	11-01-2023	16:37
Neste Contacto	11-01-2023	16:37
Neste Contacto	11-01-2023	16:38
Neste Contacto	11-01-2023	16:41
Neste Contacto	11-01-2023	16:42
Por Programa	13-01-2023	15:25
Neste Contacto	13-01-2023	15:34
Neste Contacto	20-01-2023	10:35
Neste Contacto	20-01-2023	10:36

The interface also includes a search bar for 'Pesquisar intervenção' and a 'Seleção' section with radio buttons for 'Sugeridas' and 'Todas'.

Processo Clínico da Família



Rendimento familiar

Registo da escala: Rendimentos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE
Nome: TR [redacted] Mãe: N.º Utente: N.º Processo: [redacted]

Rendimentos Data: 20-01-2023 Hora: 10:37

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Classe Social (Escala Orfanar adaptada)
Conhecimento sobre gestão rendimento

ITEMS DO GRUPO
- GESTÃO DO RENDIMENTO DE ACORDO COM AS DESPESAS FAMILIARES
- Não demonstrado
- Demonstrado

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	Demonstrado

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Classe Social (Escala Orfanar adaptada)	4
Conhecimento sobre gestão rendimento	10

Score total 10

Processo Clínico da Família



Rendimento familiar

Registo da escala: Rendimentos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE
Nome: TR [redacted] Mãe: N.º Utente: N.º Processo: [redacted]

Rendimentos Data: 20-01-2023 Hora: 10:37

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Classe Social (Escala Orfanar adaptada)
Conhecimento sobre gestão rendimento

ITEMS DO GRUPO
- SEM RENDIMENTO FAMILIAR
- Grau I
- Grau II
- Grau III
- Grau IV
- Grau V

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	Demonstrado
Origem rendimento familiar	Grau IV

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Classe Social (Escala Orfanar adaptada)	4
Conhecimento sobre gestão rendimento	10

Score total 14

Habitação

Registro da escala: Habitação

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: [REDACTED] Sexo: Nº Utilizador: Nº Processo: [REDACTED]
 Data: 04-01-2023 Hora: 15:18

Habitação
 Registrar Escala Histórico

GRUPOS
 Avaliação do tipo habitação (Escala Grawter adaptada)
 Avaliação da habitação

ITEMS DO GRUPO
 BARRERAS ARQUITETÓNICAS
 AQUECIMENTO
 ABASTECIMENTO DE GÁS
 AVISOS DA HABITAÇÃO

PARAMETROS DA ESCALA

Nome	Valor
Alugamento	Sim
Demoras arquitetónicas	Sim
Tipo de habitação	Grav. IV
Abastecimento de gás	Não
Avisos da habitação	Sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Avaliação do tipo habitação (Escala Grawter adaptada)	4
Avaliação da habitação	1
Score total	5

Registro da escala: abastecimento de água

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: [REDACTED] Sexo: Nº Utilizador: Nº Processo: [REDACTED]
 Data: Hora:

abastecimento de água
 Registrar Escala Histórico

GRUPOS
 Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO
 Tipo de abastecimento de água para consumo
 Não tem
 Rede privada
 Rede mista
 Rede pública
 Correlação de qualidade de água na rede privada
 Não
 Sim
 Serviços de tratamento de resíduos
 Não tem
 Fossa séptica
 Rede pública

PARAMETROS DA ESCALA

Nome	Valor
Sistema de abastecimento de água	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Sistema de abastecimento de água	
Score total	

Abastecimento de água

Processo Clínico da Família

Registo da escala: abastecimento de água_conhecimento

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: TIV... | Mãe: | Nº Utilizador: | Nº Processo: |
 abastecimento de água_conhecimento | Data: 04-01-2023 | Hora: 15:22

registar Escala | Histórico

GRUPOS
 conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO
 [CONTROLO DE QUALIDADE DE ÁGUA]
 não demonstrado
 demonstrado
 [MÉTODOS DE MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE ÁGUA]
 não demonstrado
 demonstrado

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Controlo de qualidade de água	demonstrado
Métodos de manutenção de qualidade de água	demonstrado

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Conhecimento sobre:	2
Score total	2

Processo Clínico da Família

Processo de Intervenção

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: TIV... | **Animal doméstico**

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição:

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe (e/c) do pai para tomar conta (meio)
- Avaliar capacidade da mãe (e/c) do pai para tomar conta (meio)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe (e/c) do pai para tomar conta (meio)
- Avaliar conhecimento da mãe (e/c) do pai para tomar conta (meio)
- 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

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Foco de Atenção:

- Papel Parental
- Definição de
- Papel de Pro
- Abastecimento
- Prevenção
- Habitatio
- Gen Status
- Especificações

INTERVENÇÃO

Intervenções:

Resp. Início: | Resp. Térmo: | **Animal Doméstico**

Fenómeno "Animal Doméstico"

Animal Doméstico | Não Negligenciado

negligência
 negligenciado
 não negligenciado

Cancelar | Especificar | Terminar

Especificação
 Animal doméstico não negligenciado

Data: 16-01-2023 | Hora: 16:14

Nota a anexar à especificação

Definição do Fenómeno

Definição do Fenómeno

Resp. Início: | Resp. Térmo: | **Animal Doméstico**

Início: | Térmo: | Especificações

Processo Clínico da Família

Planeamento Familiar

Planeamento Familiar

04-01-2023 15:19
04-01-2023 15:10
04-01-2023 15:08

Notas a anexar à vigilância
Data: 04-01-2023 Hora: 15:33

Inicio	Termino	Capacitações

Processo Clínico da Família

Adaptação à Gravidez

Adaptação à gravidez

Disposição para gerir novas situações e desafios relacionados com a gravidez

- Sim
- Não

Adopta comportamentos redutores de stress

- Sim
- Não

Item	Valor

Grupo	Score

Score total

Processo Clínico da Família

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO STENTE
Nome: TRV

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Adaptação à Gravidez

Processo Familiar

Papel Parental

Satisfação Conjugal

Papel de Prestador de Cuidados

Abastecimento de Água

Resp. Início: HELENA MARIA FERREIRA LOBO

Resp. Termo:

13 Jan 2023 15:32 Sem processo familiar compreendido (Responsável: HELENA MARIA FERREIRA LOBO)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Resposta: Helema Lobo

Resp. Termo:

Última Avaliação: 2023-01-18 12:15 (2)

Processo Clínico da Família

Papel Parental

IDENTIFICAÇÃO DO STENTE
Nome: TRV

PROGRAMAS

Registro de Intervenções do Tipo MOIAR

INTERVENÇÕES DE

Selecionar stente: Analisar papel parental

Descrição: **Com compromisso do papel parental**

Analise papel parental - stente selecionado

Com compromisso do papel parental

Notas a stente à vigilância

Data: 16-01-2023 Hora: 11:21

Última Avaliação:

Papel Parental

Resposta: Helema Lobo

Resp. Termo:

Última Avaliação: 2023-01-18 12:15 (2)

Processo Clínico da Família

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
Nome: TRV

PROGRAMAS: Registo de Intervenções do Tipo VOAR

INTERVENÇÕES DE:

- Programar sinais: Avaliar papel do prestador de cuidados
- Avaliar papel do prestador de cuidados - sinais selecionado
- Avaliar abastecimen
- Avaliar adaptação à
- Avaliar capacidade
- Avaliar capacidade c
- Avaliar conheçimen
- Avaliar conheçimen
- Avaliar conheçimen
- Avaliar conheçimen
- Avaliar conheçimen
- Avaliar conheçimen
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de pai
- Avaliar papel parent
- Avaliar planeamen
- Avaliar potencial do
- Avaliar processo fa
- Avaliar satisfação o

Com o compromisso do papel de cuidador

Com o compromisso do papel de cuidador

Notas a anexar à vigilância

Diex: 04-01-2023 Hora: 15:23

Última Avaliação: Sem avaliação

Funcional

Papel de prestador de cuidados

Processo Familiar

Início	Térmo	Especificações

Processo Clínico da Família

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
Nome: TRV

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Focos de Atenção e Diagnóstico

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Térmo
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	04-01-2023 15:23	
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	04-01-2023 15:19	
Precaução de Segurança		04-01-2023 15:19	

Resposta: Sugerido Resp. Início: HELENA MARIA FERREIRA LOBO Resp. Térmo:

Especificações: 04 Jan 2023 15:24 Papel de prestador de cuidados comprometido (Responsável: HELENA MARIA FERREIRA LOBO)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	Id	Nódo	Início	Térmo
Avaliar papel de prestador de cuidados		Realize contacto	04-01-2023 15:23	04-01-2023 15:23
Encorajar a expressão de medos				
Encorajar a regular informação				
Encorajar a regular serviços de cuidados		Realize contacto	04-01-2023 15:23	
Encorajar a regular				
Encorajar expressão de crenças				
Encorajar interação de papéis				

Resposta: Sugerido Resp. Início: Resp. Térmo:

Última Avaliação: NENHUMA: Avaliar papel de prestador de cuidados

Papel de prestador de cuidados

Processo Clínico da Família

Registo da escala: PPC_conhecimento_tomarConta

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: [redacted] Idade: N.º Utilizador: N.º Processo: [redacted]
 PPC_conhecimento_tomarConta Data: 04-01-2023 Hora: 15:23

Registar Escala | Histórico

GRUPOS
 Conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO

- ▶ PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS
- ▶ (TOMAR CONTA)
- ▶ (SAÚDE DA COMUNIDADE)
- ▶ (SERVIÇOS DE SAÚDE)

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Papel de prestador de cuidados	demanda
Tomar conta	demanda
Hábitos de saúde	demanda
Recursos da comunidade	demanda
Serviços de saúde	demanda

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Conhecimento sobre	5
Score total	5

Processo Clínico da Família

Registo da escala: PPC_capacidade_tomarConta

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: [redacted] Idade: N.º Utilizador: N.º Processo: [redacted]
 PPC_capacidade_tomarConta Data: 04-01-2023 Hora: 15:24

Registar Escala | Histórico

GRUPOS
 Capacidade para tomar conta

ITEMS DO GRUPO

- ▶ (ALIMENTAÇÃO)
- ▶ (HIGIENE)
- ▶ (LIMPEZA)
- ▶ (VESTUÁRIO)
- ▶ (REGIME TERAPÉUTICO)
- ▶ (PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A PROCESSOS CORPORAIS)

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Alimentação	demanda
Higiene	demanda
Eliminação	demanda
Vestuário	demanda
Regime terapêutico	demanda
Prevenção de complicações associadas a processos corporais	demanda

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Capacidade para tomar conta	6
Score total	6

Processo Clínico da Família

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TRV [redacted] Nº processo: [redacted] Dia: 04-01-2023

Estado: Em Realização | Data/Hora FICP: 04-01-2023 15:09 | Data/Hora Termo: [redacted]

Resp: 4789

Local: Unidade de Saúde

Elementos presentes no contacto

Intervenção	Data	Hora	Intervenção	Realizada	Esperanças
3. Introdução da família					
2. Avaliar habitação	04-01-2023	15:08	Avaliar habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	04-01-2023	15:10	Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Avaliar conhecimento sobre habitação	04-01-2023	15:15	Avaliar conhecimento sobre habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Avaliar abastecimento de água	04-01-2023	15:18	Avaliar abastecimento de água	<input checked="" type="checkbox"/>	
30. Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água	04-01-2023	15:19	Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Avaliar papel de prestador de cuidados	04-01-2023	15:20	Avaliar papel de prestador de cuidados	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	04-01-2023	15:22	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	04-01-2023	15:23	Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	04-01-2023	15:24	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Encorajar a usar os serviços de comunidade	04-01-2023	15:25	Encorajar a usar os serviços de comunidade	<input checked="" type="checkbox"/>	

Processo Clínico da Família

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TRV [redacted] Nº processo: [redacted] Dia: 04-01-2023

Estado: Em Realização | Data/Hora FICP: 04-01-2023 15:09 | Data/Hora Termo: [redacted]

Resp: 4789

Local: Unidade de Saúde

Intervenção	Data	Hora	Intervenção	Realizada	Esperanças
2. Avaliar habitação	04-01-2023	15:08	Avaliar habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	04-01-2023	15:10	Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Avaliar conhecimento sobre habitação	04-01-2023	15:15	Avaliar conhecimento sobre habitação	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Avaliar abastecimento de água	04-01-2023	15:18	Avaliar abastecimento de água	<input checked="" type="checkbox"/>	
30. Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água	04-01-2023	15:20	Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Avaliar papel de prestador de cuidados	04-01-2023	15:23	Avaliar papel de prestador de cuidados	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	04-01-2023	15:23	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	04-01-2023	15:24	Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	04-01-2023	15:24	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Encorajar a usar os serviços de comunidade	04-01-2023	15:25	Encorajar a usar os serviços de comunidade	<input checked="" type="checkbox"/>	

Fases Visita Domiciliária

1ª Planeamento

- Avaliação dos pedidos de VD e consulta do processo clínico;
- Preparação do material de acordo com a visita a realizar.

2ª Execução

- Identificação de problemas/necessidades;
- Definição de objetivos;
- Estabelecimento de prioridades;
- Definição de estratégias e atividades a desenvolver pela enfermeira, sem nunca esquecer o papel do cuidador.

(atender-se de forma prioritária às necessidades sentidas no momento pela família/utente)

Fases Visita Domiciliária

3ª Registo

- Registos no **SClínico** compatíveis com **Consulta de Enfermagem Presencial no Domicílio**.
- O registo administrativo de contacto (RAC) é altamente recomendável nos contatos presenciais.

Embora seja apresentado uma tipologia de registo padrão (caráter orientativo), não significa que tenha que ser registado e avaliado dessa forma. O enfermeiro que realiza a consulta tem autonomia para decidir perante a avaliação do utente quais as áreas que considera prioritárias para avaliação e intervenção.

4ª Avaliação

- Permite ao enfermeiro verificar se o método utilizado foi o mais adequado e se foram aplicados os princípios fundamentais da VD (processo de enfermagem), com vista a atingir os objetivos definidos.

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

- OMS
- Plano Nacional de Saúde (PNS)
- Programa de Saúde Infantil



- ✓ Contribui para a saúde da família
- ✓ Promoção do aleitamento materno

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

A implementação desta boa prática, cuja principal finalidade é **promover a parentalidade** através da prestação de cuidados domiciliários:

- Preenche uma lacuna importante no apoio comunitário;
- Mais-valia para os utilizadores (puérpera/recém-nascido/família);
- Contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se positivamente na qualidade de vida da população abrangida.

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

VD preventiva



Promoção da saúde dos Recém-nascidos, Puérperas/Famílias.

VD para diagnóstico, tratamento e reabilitação



Dar resposta à puérpera ou recém-nascido dependentes, temporariamente ou cronicamente, ou com doença aguda.

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

Fundamental na vigilância e promoção da saúde:

- ✓ Dias seguintes à alta da maternidade;
- ✓ Situações de doença prolongada ou crónica;
- ✓ Casos de crianças, famílias ou situações identificadas como *de risco* (programa saúde Infantil 2013).



- Prevalência da depressão pós-parto é de 12 a 16% das mães.
- Sobe para 50%, em casos de história anterior de depressão, de depressão anterior no pós-parto, gravidez na adolescência e isolamento social.
- Pode ocorrer no 1º ano de vida, no entanto, a maioria ocorre a partir da 6ª semana do período pós natal.

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.



Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Consentimento informado Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera



Consentimento Visitação Domiciliária de Enfermagem

Eu, _____, **AUTORIZO a Visitação Domiciliária de Enfermagem** ao meu/meus Recém-nascido/s e à minha Família, após o nascimento, preferencialmente até ao 15º dia.

Declaro que fui informada dos procedimentos no âmbito desta visita.

Deverá ser entregue em consulta de Saúde Materna (34ª semana) ou no 1º contato após o nascimento.

_____, ____ de _____ 2023

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera



Os enfermeiros estão aptos para avaliar a mulher, a criança e o ambiente familiar, para responder a perguntas, orientar, e se for necessário, encaminhar para os recursos da comunidade, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

(Lowdermilk & Perry, 2008)

As visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar, garantem uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

Carvalho & Tavares (2010)

Registos VD Recém-nascido - SI

- Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Saúde Infantil

- **1ª Consulta**

Foco	Atividade diagnóstica
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação
Audição	(Foco de atenção) Avaliar audição
Cólica	Avaliar cólica
Desenvolvimento infantil	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil
Ligação mãe-filho	Avaliar ligação mãe-filho (Lactente)
Mamar	Avaliar o mamar
Papel parental	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
Precaução de segurança	Avaliar precaução de segurança
Vinculação	Avaliar comportamentos de vinculação (0-3 meses)
Visão	(Foco de atenção) Avaliar visão

Os focos e atividades diagnósticas sinalizadas a cinza constituem o padrão documental mínimo nessa mesma área. Embora esteja definido como padrão mínimo, não significa que tenha que ser registado e avaliado em todas as consultas.
O enfermeiro que realiza a consulta tem autonomia para decidir perante a avaliação do utente quais as áreas que considera prioritárias para avaliação e intervenção.

Registos VD Recém-nascido - SI

□ VD ao Recém-nascido / Consulta Saúde Infantil

- Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.
- A VD de enfermagem deve ser realizada do 1º ao 14º dia de vida.

Registos VD Puérpera- Revisão Puerpério

• Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (consultas de planeamento familiar, pré-concepcional, saúde materna e revisão de puerpério)

Consulta de Revisão de Puerpério

Foco	Atividade diagnóstica
Adaptação	Avaliar adaptação
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação
Amamentar	Avaliar o amamentar
Auto Cuidado: Atividade Física	Avaliar auto cuidado: atividade física
Comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde
Edema	Avaliar edema
Excesso de peso	Monitorizar índice de massa corporal
Hipertensão	Monitorizar tensão arterial
Incontinência de stresse	Avaliar incontinência de stresse
Ingurgitamento Mamário	Avaliar ingurgitamento mamário
Mastite da Lactação	Avaliar mastite da lactação
Planeamento Familiar	Avaliar planeamento familiar

Registos VD – Saúde Familiar

• Padrão Registo na Área de Saúde Familiar

Foco	Atividade diagnóstica
Abastecimento de Água	Avaliar abastecimento de água
Adaptação à Gravidez	Avaliar adaptação à gravidez
Animal Doméstico	(Foco de atenção)
Crença Religiosa	Avaliar crença religiosa
Habitação	Avaliar habitação
Papel de Prestador de Cuidados	Avaliar papel de prestador de cuidados
Papel Parental	Avaliar papel parental
Precaução de Segurança	Avaliar precaução de segurança
Processo Familiar	Avaliar processo familiar
Rendimentos	Avaliar rendimentos
Satisfação Conjugal	Avaliar satisfação conjugal
Suporte	Avaliar suporte

Bilhete Identidade De Indicadores



CARINA MARINA LEMOS L
SANTOS CARVALHO

Unidade Funcional / Polo Hospitalar	Indicador	Mês	2022-09		
			Métrica	Num.	Den.
	RI 2013.002.01 FX Taxa de utilização global de consultas médicas		1.039,00	1.563	66,475
	RI 2013.006.01 FX Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos		1.330,00	1.563	85,093
	RI 2013.099.01 FX Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		965,00	1.563	61,740
	RI 2013.100.01 FX Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos		1.396,00	1.563	89,315
	RI 2013.003.01 FX Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos		3,00	1.594	1,882
	RI 2013.001.01 FX Proporção de consultas realizadas pelo MF		2.483,00	2.501	99,280
	RI 2013.005.01 FX Proporção de consultas realizadas pelo EF		1.165,00	1.426	81,697
	RI 2013.294.01 FX Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos		45,00	483	93,168
	RI 2013.015.01 FX Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		5,00	5.100,000	
	RI 2013.004.01 FX Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos		68,00	1.594	42,660

Bilhete Identidade De Indicadores



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE

Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

015	Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.42.04	2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	
Designação			
Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliar de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida			
Objetivo			
Monitorizar os cuidados prestados aos recém-nascidos. Parâmetro "domicílios de enfermagem a recém-nascidos".			
Descrição do Indicador			
Indicador que exprime proporção de recém-nascidos, que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Numerador: Contagem de recém-nascidos que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Denominador: Contagem de recém-nascidos.			

Regras de cálculo

NUMERADOR (A):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com pelo menos um domicílio de enfermagem, nos primeiros 15 dias de vida (ver alíneas A, B e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (B):

Validade: Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2015.

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Que completem 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (B):

Validade: Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Que completem 30 dias de vida durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida (ver alíneas B e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Bilhete Identidade De Indicadores



Observações Gerais

- A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicilio a recém-nascidos) é necessário que:
- O [tipo de contacto] seja classificado como [domicílio].
 - Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:
 - C006 | Consulta enfermagem com a presença do utente (SINUS) - SCSMCO
 - C011 | Consulta enfermagem com a presença do utente (SINUS) - MedicineOne
- B. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.
- C. Contabilizam-se crianças que se inscrevem antes do 15º dia de vida na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo da [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa]). Caso o procedimento seja o da anulação do registo "esporádico", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criança será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá um domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida. Assim, o prazo para registo neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 60º dia de vida. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2019.
- D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 15 dias de vida (p.e. por internamento hospitalar até aos 20 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador). Exceção: em casos em que a própria maternidade efetua os registos no âmbito do "Nascer Cidadão", incluindo inscrição do recém-nascido no RNU, com posterior migração da informação para o SINUS (com data de inscrição na unidade de saúde igual à data do registo no âmbito do "Nascer Cidadão"). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2019.
- E. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".
- F. Contabilizam-se consultas médicas registadas em qualquer unidade funcional do centro de saúde de inscrição do recém-nascido (regra válida para indicadores com data de referência igual ou posterior a janeiro de 2019).

Bilhete Identidade De Indicadores



Observações Sobre Software

SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM:

A. No SCLÍNICO, considera-se domicílio desde que seja selecionado um dos seguintes itens, em [local da consulta], na janela de [efetivação do contacto]:

- [Domicílio] (válido desde sempre);
- [Lar de idosos] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Centro de dia] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Locais comunitários] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Estabelecimento prisional] (válido a partir de janeiro 2023);

É irrelevante assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem].

A consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada].

MEDICINEONE:

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].

B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.

- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento (D1) e termina ao 15º dia de vida (D15).

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.

- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento (D1) e termina ao 15º dia de vida (D15).

Órmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
A / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Interpertho Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2022: [50; 100] Ano de 2023: [50; 100]	Ano de 2022: [10; 100] Ano de 2023: [10; 100]

Bilhete Identidade De Indicadores



PAGINAR POR: Ano Contratual: 2019 Tipo FUI/L: FID0 Grupo de Indicadores: Áreas Clínicas e Programas | Saúde Infantil e Juvenil Com ou Sem EAF: TOTAL Com ou Sem MAF: TOTAL

Enfermeiro (Nome+Código): 17538-CARINA MARINA LEMOS L. SANTOS CARVALHO

Unidade Funcional / Polo Hospitalar/Indicador	Mês		2022-09
	Mês	Num. Util.	Valor
02013.031.01 FX Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	4,00	5	33.000
02013.031.01 FX Proporção crianças com peso e altura [5; 7]A	7,00	7	100.000
02013.031.01 FX Proporção crianças 7A, 0 peso e altura [5; 7]A	15,00	15	100.000

Bilhete Identidade De Indicadores



Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

057	Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.13.01	2013.057.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	

Designação
Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida

Objetivo
Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "realização de diagnóstico precoce"

Descrição do Indicador
Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.
Numerador: Contagem de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.
Denominador: Contagem de recém-nascidos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):
Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:
A. Utentes incluídos no denominador.
B. Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):
Validade: Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.
Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:
A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).
B. Com [inscrição ativa] ou [inscrição] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).
C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).
D. Com [inscrição] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Bilhete Identidade De Indicadores



Observações Gerais

- A. Para efeitos de datação do tempo de vida em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.
- B. Consideram-se registos de TSHPKU (ou teste de Guthrie) desde que a respetiva data de realização ocorra até ao 7º dia de vida da criança, e desde que o registo ocorra até 30 dias após a data de referência do indicador. Os registos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Aceitam-se registos até ao 07 porque os sistemas fonte não registam a hora de nascimento da criança, nem a hora de realização do teste. Desta forma garante-se que os utentes incluídos no numerador, realizam o exame até, em média, 144 horas (6 dias completos) após a hora de nascimento.
- C. Consideram-se crianças que se inscrevem antes do 30º dia de vida na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo de [inscrição ativa] seja feito até ao 50º dia de vida e desde que se proceda à uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa]). Caso o procedimento seja o de atualização do registo "esporádico", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criança será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá o TSHPKU registado. Assim, o prazo para registos neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 50º dia de vida. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.
- D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 30 dias de vida (p.e. por internamento hospitalar até aos 35 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.
- E. O teste do pezinho pode também ser designado por teste de Guthrie.
- F. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNUI, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

Observações Sobre Software

- SCUÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM**
- A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce], ou através da [atitude terapêutica] "COLHEITA DE SANGUE PE ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE" (0000945).
- B. São considerados os dados documentados na [avaliação inicial] ou na [atitude terapêutica].
- C. O Código lido na [avaliação inicial] é o "TREDAP".
- SCUÍNICO - PERFIL MÉDICO**
- A. Não existe campo de registo de TSHPKU.
- MEDICINEONE**
- A. O registo de TSHPKU deve ser feito no módulo de saúde infantil, tabulador [préneo-natal].

Bilhete Identidade De Indicadores



Período em Análise

- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"**
- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.
 - Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de TSHPKU inicia-se com o nascimento e termina 30 dias após a data de referência do indicador.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"**
- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias durante o respetivo período em análise.
 - Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de TSHPKU inicia-se com o nascimento e termina 30 dias após a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / EB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012
Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável	
Desenvolvimento Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2022 [94, 100] Ano de 2023 [94, 100]	Ano de 2022 [83, 100] Ano de 2023 [83, 100]	

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	30 dias

Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho, RN - Recém-nascidos

Bilhete Identidade De Indicadores



PAGINAR POR: Ano Contratual: 2019 Tipo FX/FL: FLUTUANTE Grupo de Indicadores: Todos os Indicadores Com ou Sem EdF: TOTAL Com ou Se

1 2 3 4 de 4 páginas

Unidade Funcional / Polo Hospitalar/Indicador	Métrica	2022-09	
		Num.	Valor
ELMORB 250 01 FL Incidência de "osteoartrite da anca"		3.001.563	1.919
ELMORB 253 01 FL Incidência de "Infecção VIH/SIDA"		0.001.563	0.000
EL2013 002 01 FL Taxa de utilização global de consultas médicas		1.126.001.563	72.169
EL2013 006 01 FL Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos		1.339.001.563	85.669
EL2013 099 01 FL Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		992.001.563	63.466
EL2013 100 01 FL Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm - 3 anos		1.404.001.563	89.827
EL2017 330 01 FL Índice de utilização anual de consultas médicas		2.218.752.601	0.853
EL2017 331 01 FL Índice de utilização anual de consultas enferm		815.001.590	0.513
EL2013 003 01 FL Taxa de domicílios médicos por 1 000 inscritos		4.001.610	2.484
EL2013 001 01 FL Proporção de consultas realizadas pelo IMF		3.373.003.391	99.469
EL2013 005 01 FL Proporção de consultas realizadas pelo EF		1.484.001.845	80.976
EL2017 335 01 FL Prop. cons. ind. recet. c/ resposta 3 dias úteis		1.648.001.649	99.939
EL2017 342 01 FL Proporção consul. méd. insc. ut. <= 15 dias úteis		976.001.068	91.366
EL2017 344 01 FL Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam		2.172.003.394	63.995
EL2017 345 01 FL Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam		415.001.830	22.678
EL2017 346 01 FL Propor. consul. realiz. intervalo [8, 11h] (Q1)		2.938.005.239	56.079
EL2017 349 01 FL Propor. consul. realiz. intervalo [17, 20h] (Q4)		0.005.239	0.000
EL2017 348 01 FL Propor. consul. realiz. intervalo [14, 17h] (Q3)		882.005.239	17.026
EL2017 347 01 FL Propor. consul. realiz. intervalo [11, 14h] (Q2)		1.409.005.239	26.894
EL2013 294 01 FL Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos		76.00	487.156.057
EL2013 015 01 FL Proporção RH c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		8.00	8.100.000
EL2013 004 01 FL Taxa de utilização de consultas de enfermagem - 300 meses		101.001.610	62.733
EL2013 013 01 FL Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem		7.00	12.50.333
EL2013 093 01 FL Proporção crianças de 0 a 14 anos com domicílio de enfermagem		16.00	16.100.000
EL2013 094 01 FL Proporção crianças FA, c/ PNV cumprido ou execução		15.00	15.100.000
EL2013 095 01 FL Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução		15.00	15.100.000
EL2013 098 01 FL Proporção uterinos >= 25A, c/ vacina tétno		1.163.001.205	96.515
EL2013 030 01 FL Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe		388.00	543.71.455

UCSP Atlântica

Bilhete Identidade De Indicadores



REPÚBLICA PORTUGUESA

Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

SAÚDE

013	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	642.01	2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem

Designação

Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem.

Objetivo

Monitorização do programa de vigilância em saúde materna, área dos cuidados domiciliários de enfermagem a puérperas.

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de puérperas que recebem visita domiciliária de enfermagem.
 Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem.
 Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (A):

Contagem de uterinos em que a expressão [A e E] é verdadeira:

A. Uterinos incluídos no denominador

B. Uterinos que tiveram pelo menos 1 consulta domiciliária de enfermagem realizada durante o período do puérpério, ou seja, entre a [data de fim da gravidez] e o [42º dia de puérpério] (ver condições de registo de um domicílio de enfermagem para este indicador nas áreas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS) e registo para datação do puérpério nas áreas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (B):

Contagem de uterinos em que a expressão [A e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Sem mulher;

B. Gravidiz registada no módulo ou no programa de saúde materna;

C. Gravidiz não classificada como aborto (ver áreas F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICD-10 W70, W75 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [data início] e o [42º dia de puérpério] (ver áreas C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

E. Inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez] (ver áreas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS);

F. O 42º dia de puérpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver áreas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Bilhete Identidade De Indicadores



Observações Gerais

- A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicílio de enfermagem em puérperas) é necessário que:
- a) O [tipo de contacto] seja classificado como [domicílio]
 - b) Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]
 - CC05 | Consulta enfermagem com a presença do utente (distal) - SClínico
 - CC11 | Consulta enfermagem com a presença do utente (distal) - MedicinaOne
- B. Algumas aplicações permitem que os enfermeiros assinem que consultas por si realizadas são consultas de "REVISÃO DO PUÉRPÉRIO". Não é obrigatório o registo de [consulta de revisão do puérpério] para que um domicílio efetuado por enfermeiros seja considerado nas regras de inclusão deste indicador.
- C. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICP-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificarem-se 2 condições seguintes:
- a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [Data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS)
 - b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.
- D. A [Data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puérpério e é determinada da seguinte forma:
- a) se a [Data de parto] estiver registada, a [Data de fim da gravidez] é igual à [Data de parto]
 - b) se a [Data de parto] não estiver registada e a [Data prevista de parto completa] estiver registada e se a [Data de referência do indicador] for superior à [Data prevista de parto completa] em 8 semanas (56 dias), a [Data de fim da gravidez] é igual à [Data prevista de parto completa]
 - c) se a [Data de parto] não estiver registada e a [Data prevista de parto completa] não estiver registada e se a [Data de referência do indicador] for superior à [Data da última menstruação] em 40 semanas (336 dias), a [Data de fim da gravidez] é igual à soma da [Data da última menstruação] com 39 semanas e 6 dias (318 dias)
- E. Para efeitos de contabilização do puérpério, considera-se que a [Data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puérpério (P1).
- F. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICP-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Bilhete Identidade De Indicadores



Observações Sobre Software

- ICLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM
- 1. No SCLÍNICO, considera-se domicílio desde que seja selecionado um dos seguintes itens, em [local da consulta], na janela de [efetivação do contacto]:
 - [Domicílio] (válido desde sempre);
 - [Lar de idosos] (válido a partir de janeiro 2023);
 - [Centro de dia] (válido a partir de janeiro 2023);
 - [Locais comunitários] (válido a partir de janeiro 2023);
 - [Estabelecimento prisional] (válido a partir de janeiro 2023);
 - ! Inevitável assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem]
 - ! consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada]
- ICLÍNICO - PERFIL MÉDICO
- 1. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puérpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher [tipo de parto]
 - 2. No SCLÍNICO existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICP-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: C. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICP-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]
 - 3A. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICP-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [Data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [Data de fim da gravidez])
 - 3B. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [Data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [Data de fim da gravidez])
 - 3C. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.
- MEDICINEONE
- 1. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] for definido como [domicílio]
 - 2. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio]
 - 3. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [Data da última menstruação] e da [Data de parto])

Bilhete Identidade De Indicadores



Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.
 - A principal variável de "anoregim" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.
 - Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na [data de fim da gravidez] e termina no 42º dia do puerpério.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de puéperas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

Legenda

RP - Revisão do Puerpério



Questionário Avaliação da Visita Domiciliária Enfermagem

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Nº Filhos: _____

É a primeira vez que recebe uma visita domiciliária? Sim _____ Não _____

	Nada satisfeita	Pouco satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
A informação recebida foi adequada às minhas necessidades				
A visita constituiu um ótimo meio para esclarecimento das minhas dúvidas				
A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos				
A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé				
Aconselharia a visita a outras mães/famílias?				
O tempo da visita foi adequado?				



Questionário Avaliação da Visita Domiciliária Enfermagem

Panfleto informativo VD

Parabéns a toda a família!

★ O vosso bebé já nasceu?

Pode solicitar o apoio da sua Enfermeira de Família, para a visita domiciliária até aos 15 dias de vida do recém-nascido, na sua casa após o parto.

Peça informação durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou contacte a sua Enfermeira de Família para planeamento da Visita Domiciliária!



Sede Monte Redondo – 244 685 692
Polo Monte Real Carvide – 244 612 841
Polo Coimbra – 244 606 450
Polo Bajouca – 244 684 308

Papás
Cheguei! ...

e agora?

Visita Domiciliária
Ao recém-nascido e puérpera

Panfleto informativo VD

Objetivos principais da visita domiciliária

O nascimento de uma criança gera um conjunto de alterações na estrutura familiar. Este período é de grande felicidade, mas também é acompanhado de preocupações e ansiedade em relação ao novo papel dos membros da família. Caracteriza-se por uma acentuada aprendizagem e necessidade de educação em muitas áreas, até agora, desconhecidas pelos pais. A ansiedade e preocupação com o novo papel nos primeiros dias de vida do recém-nascido, é normal e faz parte do processo de adaptação a esta nova fase da vida!

A visita domiciliária realizada pela sua Enfermeira de Família é um momento excelente e descontraído, para calmamente serem tiradas todas as suas dúvidas e realizados ensinamentos materno-infantis de acordo com as necessidades encontradas.

Pretendemos que se sintam mais seguros e ganhem maior confiança ao cuidar do vosso bebé!



Cuidados ao Bebê

Educação Para a Saúde sobre:

- Alimentação
- Banho e Conforto ao Bebê
- Vacinação
- Vigilância de Saúde do Bebê
- Planeamento e Encaminhamento de Consultas
- Precauções de segurança.
- Outros esclarecimentos.



Cuidados à Mãe/Casal/Família

- Realização do penso e/ou extração de pontos de sutura

Educação para a Saúde sobre:

- Cuidados na Amamentação
- Planeamento Familiar
- Vacinação
- Planeamento de Consultas



... entre outros cuidados

Conclusão

Os registos de enfermagem são fundamentais, fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período de tempo e constituem-se como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados.

Constituindo os enfermeiros o maior grupo profissional da área da saúde estes são, por conseguinte, os que mais decisões tomam e atos praticam. Pela natureza e especificidade das suas funções de proximidade, intimidade, tempo de contacto com os utentes, entre outros, os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos cidadãos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2005)



Os registos são parte integrante do processo de enfermagem, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes. De igual forma são uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática de enfermagem.

A implementação e uniformização de boas práticas nos diversos contextos dos cuidados de enfermagem, devem ser prioritárias para os enfermeiros, pois conduzem indiscutivelmente à melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias/comunidades e contribuirão para o alcance das metas de saúde nacionais e internacionais difundidas e para a excelência do CUIDAR.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alfaro-Lefèvre, R. (2002). *Aplicação do Processo de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). *Amamentação: bases científicas*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Friedman, M., Levac, A. (1998). The Family Nursing Process. In M. Friedman, *Family nursing : Research, theory and practice* (pp. 49-66). Stamford: Appleton & Lange.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.) Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 - Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para Todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Pereira, Alexandra, (2019). *Registo Clínico no SClínico, Manual de Apoio para equipas de Saúde Familiar*, Grupo SAPE ARS Norte.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Revista da Ordem dos Enfermeiros* nº 17/julho.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Resumo de tertúlia sobre consultas de enfermagem*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Saude-Infantil-Juvenil-2013.pdf>
- Relvas, A., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.



Obrigada!

APÊNDICE IV – FOLHETO: VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA

Parabéns a toda a família!



O vosso bebé já nasceu?

Pode solicitar o apoio da sua Enfermeira de Família, para a visita domiciliária até aos 15 dias de vida do recém-nascido, na sua casa após o parto.

Peça informação durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou contacte a sua Enfermeira de Família para planeamento da Visita Domiciliária!



Sede Monte Redondo – 244 685 692

Polo Monte Real Carvide – 244 612 841

Polo Coimbra – 244 606 450

Polo Bajouca – 244 684 308

Papás

Cheguei! ...

e agora?

Visita Domiciliária

Ao recém-nascido e puérpera

Objetivos principais da visita domiciliária

O nascimento de uma criança gera um conjunto de alterações na estrutura familiar. Este período é de grande felicidade, mas também é acompanhado de preocupações e ansiedade em relação ao novo papel dos membros da família. Caracteriza-se por uma acentuada aprendizagem e necessidade de educação em muitas áreas, até agora, desconhecidas pelos pais.

A ansiedade e preocupação com o novo papel nos primeiros dias de vida do recém-nascido, é normal e faz parte do processo de adaptação a esta nova fase da vida!

A visita domiciliária realizada pela sua Enfermeira de Família é um momento excelente e descontraído, para calmamente serem tiradas todas as suas dúvidas e realizados ensinamentos materno-infantis de acordo com as necessidades encontradas.

Pretendemos que se sintam mais seguros e ganhem maior confiança ao cuidar do vosso bebé!



Cuidados ao Bebê

Educação Para a Saúde sobre:

- Alimentação
- Banho e Conforto ao Bebê
- Vacinação
- Vigilância de Saúde do Bebê
- Planeamento e Encaminhamento de Consultas
- Precauções de segurança.
- Outros esclarecimentos.



Cuidados à Mãe/Casal/Família

- Realização do penso e/ou extração de pontos da sutura

Educação para a Saúde sobre:

- Cuidados na Amamentação
- Planeamento Familiar
- Vacinação
- Planeamento de Consultas



... entre outros cuidados

APÊNDICE V - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

“IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira lobo, a frequentar o 2º ano, do 5º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria, a realizar um estudo com o título “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem”, vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem 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 2 partes distintas: a primeira parte é constituída por 9 questões, onde se pretende colher dados, para a caracterização da amostra, 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”).

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas exclusivamente para fins académicos. as questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Desta forma, a sua resposta pessoal e sincera é muito importante.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si.

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos antecipadamente, toda a atenção dispensada.

Ao responder a este questionário, está a confirmar o seguinte:

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre este e os métodos a utilizar;
- Tem conhecimento de que os dados obtidos, e por si respondidos, serão usados somente para fins científicos;
- Reconhece que não terá qualquer encargo económico, não receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;
- Foi-lhe assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a sua privacidade e identidade;
- Compreende que é livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

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.

QUESTIONÁRIO

Ex.mo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

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. São garantidos o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contatar as investigadoras coordenadoras do projeto.

Obrigada pela sua colaboração.

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Qual a sua idade? _____(anos)

3. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Solteira(o)

União de fato/ Casada(o)

Separada/Divorciada(o)

Viúva/o

4. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro: _____

5. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

6. 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 Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

7. Qual o seu número de anos de exercício profissional?

Anos: _____

8. 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: _____

8.1. Se assinalou CSP, em que unidade funcional exerce funções ? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- UCSP
- USF
- UCC

10. 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.

