



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

ATITUDE DOS ENFERMEIROS PERANTE A FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Inês Filipa Freitas Travassos

Leiria, Julho de 2025



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

ATITUDE DOS ENFERMEIROS PERANTE A FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Apresentação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Inês Filipa Freitas Travassos (nº 5230037)

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional em
Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF,
com Relatório

Professor Orientador: Professor Doutor João Frade

Leiria, Julho de 2025

AGRADECIMENTOS

Como ninguém é capaz de fazer nada completamente sozinho, reservo este espaço para a agradecer a todos os que contribuíram neste percurso...

Aos meus pais por terem tornado este percurso mais fácil, obrigada por estarem sempre disponíveis para a minha falta de tempo, obrigada por todas as marmitas feitas à pressa para não me faltar nada, obrigada por me ouvirem sempre mesmo no meu dia mais insuportável. Mãe uma obrigada gigante a ti por teres sido sempre colo e suporte das lágrimas e a palavra certa na hora certa quando já só queria desistir e obrigada por seres sempre a chamada-casa mesmo quando não estava perto só para dizer que estava bem. Nunca vou ter palavras para agradecer tudo o que fazes por mim diariamente. Obrigada por nunca desistires e me mostrares o que é ser forte e resiliente dia após dia. Quando for grande quero ser como tu.

À minha família, pelas vezes que dizia; “não consigo, estou a trabalhar”, porque este percurso não se faz só a estudar, obrigada pela vossa compreensão e pelo vosso carinho e paciência nesta fase.

Ao João que entrou na minha vida nesta fase tão caótica e que percebeu o tempo que era pouco, a paciência que era pouca em muitos dias e pelo mau feitio na hora em que o cansaço mais apertava. Obrigada pelo tempo que perdeste a ler cada linha deste relatório e pela palavra de incentivo a cada dia.

Aos meus amigos pelo tempo que não tive para eles mas que se foram sempre fazendo presentes.

Ao Professor João pela disponibilidade que sempre teve e pelo conhecimento e acompanhamento ao longo de todo o percurso.

À Enfermeira Patrícia, pelo que me ensinou, os conselhos que me deu, o colo, o desabafo, por tudo, não podia ter tido melhor para me acompanhar neste percurso.

A todos,

O meu muito obrigada.

RESUMO

Enquadramento: A família assume um papel essencial na vida de cada indivíduo nas diversas fases de vida, sendo a base nos momentos de crise, transição ou no processo de saúde-doença. Os desenvolvimentos da ciência e da profissão de enfermagem tem demonstrado que o enfermeiro deve reconhecer a família como unidade de cuidados e como elemento ativo nesse processo sendo parte integrante dos cuidados de enfermagem. (Oliveira et al, 2011). As atitudes dos enfermeiros afetam a disposição de interagir e envolver as famílias nos cuidados em enfermagem e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seu contexto familiar (Frade et al, 2021). Benzei et al (2008) definiu determinadas atitudes agrupadas em dimensões podendo ser positivas: (família como parceiro dialogante e recurso de coping e famílias como recurso nos cuidados de enfermagem) ou negativas (família como um fardo).

Objetivos: Identificar a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidar; conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar e associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional que integrou uma amostra de 72 enfermeiros. O instrumento utilizado no questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais e a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitude dos Enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira, et al em 2009.

Resultados: As atitudes de suporte positivas apresentaram médias superiores à atitude negativa, sendo que na “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, obteve-se uma média de 37,86, na dimensão “Família: recuso nos cuidados de enfermagem” a média foi de 32,68 e na dimensão “Família como um fardo” a média obtida foi de 8,694. As variáveis sociodemográficas e profissionais não são estatisticamente significativas para definir as atitudes dos enfermeiros perante a família, sendo que na sua maioria os valores de p eram superiores a 0,05.

Conclusão: De forma geral os enfermeiros apresentam atitudes favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância às mesmas no processo de cuidar.



Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Atitude; Enfermeiro; Família; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Background: The family plays a fundamental role in the life of each individual throughout the different stages of life, serving as a crucial support system during moments of crisis, transition, or throughout the health-illness process. Advances in science and the nursing profession have shown that nurses should recognize the family as both a unit of care and an active participant in this process, being an integral part of nursing care (Oliveira et al., 2011). Nurses' attitudes influence their willingness to interact with and involve families in nursing care. Understanding these attitudes helps us comprehend how nurses contextualize the individual and their health or illness within their family environment (Frade et al., 2021). Benzein et al. (2008) identified specific attitudes, grouped into dimensions, which may be positive—such as “family as a conversational partner and coping resource” and “family as a resource in nursing care”—or negative, such as “family as a burden.”

Objectives: To identify the importance attributed to the family by nurses in the care process; to understand the attitudes adopted by nurses regarding the family's role in care; and to explore the association between nurses' sociodemographic and professional variables and the practice of family-centered care.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, analytical, and correlational study involving a sample of 72 nurses. Data were collected using a questionnaire that included sociodemographic and professional variables, as well as the “Importance of Families in Nursing Care—Nurses' Attitudes” (IFCE-AE) scale, validated for the Portuguese population by Oliveira et al. in 2009.

Results: Positive supportive attitudes showed higher averages than negative attitudes. In the dimension “Family as a dialoguing partner and coping resource”, the mean score was 37.86; in “Family: resource in nursing care”, the mean was 32.68; and in “Family as a burden”, the mean obtained was 8.694. Sociodemographic and professional variables were not statistically significant in determining nurses' attitudes toward the family, as most p-values were greater than 0.05.

Conclusion: Overall, nurses demonstrate favorable attitudes toward involving families in nursing care and assign a high level of importance to the family in the caregiving process.

Keywords: Family Health Nursing; Attitude; Nurse; Family; Nursing Care

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

CBF - Cuidar Baseado nas Forças

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

FACES II - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale

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

FNPS - Family Nurse Practice Scale

IFCE-AE - A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem

IFNA - Associação Internacional da Enfermagem de Família

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAIF - Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Integrados

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSBM - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

Índice

AGRADECIMENTOS.....	2
RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	5
ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE QUADROS.....	10
ÍNDICE DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO.....	12
1-ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF.....	14
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE	14
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF	15
1.2.1 A USF.....	15
1.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	18
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	21
2.1 MODELOS DE ENFERMAGEM E OS SEUS CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	26
2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	31
3-COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	35
3.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA	35
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	36
3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	37
3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	37
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	39
4.1 CUIDAR A FAMÍLIA ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	39
4.2 - LIDERAR E COLABORAR NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	44
5- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	47
5.1 INTRODUÇÃO	47

5.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	49
5.2.1. Conceptualização do estudo e objetivos.....	50
5.2.2 Tipo de estudo.....	50
5.2.3 Questão de investigação.....	52
5.2.4 Hipóteses.....	52
5.2.5. Operacionalização das variáveis.....	53
5.2.6 População alvo e amostra.....	54
5.2.7 Instrumento de Recolha de Dados.....	55
5.2.8 Procedimentos formais e éticos.....	58
5.2.9 Procedimentos e análise de dados.....	59
5.3 RESULTADOS.....	61
5.4 DISCUSSÃO.....	72
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

Apêndices:

Apêndice 1 – Aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

Apêndice 2 – Manual da Visita Domiciliária

Apêndice 3 – Programa de Saúde Familiar

Apêndice 4 – Prevenção de Acidentes na Criança

Anexo:

Anexo 1 – Projeto “CuidarFam” e Questionário Aplicado

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases do Processo de Enfermagem

Figura 2 - Teoria Geral dos Sistemas

Figura 3 - Modelo Sunrise

Figura 4 - Teoria das Transições

Figura 5 - Cuidar Baseado nas Forças

Figura 6 - Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary

Figura 7 - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Quatro níveis da prática de Enfermagem de Friedman

Quadro 2 - Operacionalização de Variáveis

Quadro 3 - Cálculo da fidelidade das várias dimensões da escala

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Teste Normalidade Kolmogorov-smirnov - dimensões da Escala IFCE-AE

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o grau académico

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o título profissional

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a área de especialização do enfermeiro(a) especialista

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o contexto de trabalho

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a Formação no âmbito da Enfermagem de Família

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o contexto onde desenvolveu formação (n=32)

Tabela 12 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE

Tabela 13 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género – Teste de Mann-Whitney

Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman

Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional - Teste de Spearman

Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções - Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 18 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família - Teste de Mann-Whitney

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) que se insere no primeiro semestre do segundo ano do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este foi realizado numa USF do Centro de Saúde da Figueira da Foz- Buarcos e teve início no dia 9 de Setembro e terminus a 31 de Janeiro de 2025.

Segundo Frade et al., em 2021, a implementação de políticas de saúde com o compromisso de integrar as famílias no contexto dos cuidados têm emergido pela pertinência das famílias nos cuidados de saúde.

É essencial olhar a família como uma unidade, de forma a entender a sua complexidade, globalidade e multidimensionalidade, numa abordagem que considere quer a sua história quer o contexto e assim ampliar o foco do enfermeiro não só no individuo como na família e no ambiente onde a mesma se insere(Figueiredo, 2012).

Para além disso a Associação Internacional da Enfermagem de Família (IFNA) afirma em 2015, que o domínio das competências gerais na prática de enfermagem familiar é fundamental para a posterior prática avançada da mesma, com a preparação através de mestrado, pois só assim, é integrado o conhecimento científico em enfermagem de família, obtido a partir de práticas e de investigação (IFNA,2017).

Em 2012, Figueiredo afirma que a saúde familiar é “Processo dinâmico de ajustamento co-evolutivo dos padrões transacionais que num contexto ecossistémico são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes das transições normativas e acidentais. Traduz-se na capacidade do sistema familiar promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar reposta às necessidades individuais dos seus membros”.

Assim, perante este paradigma, emergem os cuidados de enfermagem à família, tendo como base um processo interpessoal, terapêutico, significativo e centrados no enfermeiro-família (Figueiredo, 2012).

Segundo o Planeamento de Estágio (2024, p.5), os objetivos gerais são: “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.” Quanto aos

objetivos específicos contamos com “executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva; refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.”.

Inicialmente irei apresentar e caracterizar o contexto onde realizei o ensino clínico, de seguida, reflito sobre as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas da enfermagem de saúde familiar. E por fim, abordo a minha competência na área de investigação, contribuindo assim para a prática baseada na evidência.

1-ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF

O conceito de enfermeiro de família surgiu em Portugal com o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto que veio afirmar a figura do enfermeiro de família atribuindo a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por área geográfica.

Na enfermagem de saúde familiar a saúde é vista como um processo dinâmico vivenciado pela família existindo interação entre o bem-estar e a doença.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2017, afirma que a família em todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e na sua complexidade cultural interage com o ambiente sendo influenciado pelo mesmo ao longo do tempo.

A mesma identifica 6 categorias de enunciados descritivos fundamentais para compreender a enfermagem de saúde familiar e para aplicação prática nas atitudes dos enfermeiros: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE,2017).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF) concebe a sua prática numa relação de parceria com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto na doença. O foco é a família como unidade de cuidados, sendo valorizado simultaneamente a relação entre a saúde dos diferentes membros da família e a saúde global da mesma (OE,2017).

O EEESF aplica conhecimentos na avaliação de saúde da família, considerando não só a família como unidade, mas também a interação entre os seus membros, para isso, este profissional tem que possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada (OE,2017).

No próximo subcapítulo irei abordar a caracterização do centro de saúde.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

A reformulação recente dos cuidados de saúde criou as Unidades Locais de Saúde (ULS) que são estruturas organizacionais que garantem a promoção da saúde, prevenção da doença,

diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde da população da área abrangente pela mesma (Ricardo Mestre, 2024).

As ULS devem maximizar o acesso, eficiência e qualidade técnica bem como a efetividade dos cuidados de forma a garantir a satisfação de utentes e profissionais como o objetivo de ganhos em saúde. Perante isto, a ULS deve caracterizar a população da sua área de abrangência e as suas necessidades de saúde; estabelecer parcerias com as entidades locais para a promoção de saúde; fomentar a participação da população na aquisição e promoção de estilos de vida saudáveis; envolver o utente na sua gestão da saúde e prevenção da doença em parceria com o seu enfermeiro e médico de família; ajustar os recursos disponíveis à necessidade da população; promover o acesso aos serviços de saúde; garantir a continuidade de cuidados e satisfação do utente e promover ganhos em saúde (Ricardo Mestre, 2024).

Assim, o Centro de Saúde de Buarcos, insere-se na ULS Baixo Mondego (ULSBM) que presta cuidados de saúde diferenciados na sua área de atuação que contempla o Hospital Distrital da Figueira da Foz, os Centros de Saúde da Figueira da Foz, os Centro de Saúde do concelho de Soure e os Centros de Saúde do concelho de Montemor-o-Velho (ULSBM,2024).

A ULSBM pretende garantir o acesso, continuidade, proximidade, equidade, efetividade e eficiência, de forma a garantir a sustentabilidade, inovação e conseqüente criação de valor para todos os utentes e profissionais (ULSBM, 2024).

O centro de saúde de Buarcos encontra-se dividido em três USF e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA USF

Neste capítulo será apresentada a USF onde executei o estágio, com descrição e análise do funcionamento e do método de trabalho.

1.2.1 A USF

A USF onde realizei o estágio iniciou a sua atividade a 19 de Novembro de 2018, possuindo um edifício sede do Centro de Saúde Buarcos e um polo em Vila Verde.

Esta USF tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade, com rigor científico e humanismo, garantir o respeito pela pessoa, desenvolver ações de intervenção na prevenção, diagnóstico e tratamento de forma a contribuir para a vigilância e promoção da saúde das famílias, criar uma relação terapêutica com o utente e família de forma aberta, honesta e

disponível, incentivar a formação para a melhoria da saúde de todos (BI-CSP e Manual de acolhimento da USFN).

A equipa da USF pretende crescer gradualmente, mantendo a capacidade de adaptação a novos desafios, interagindo com o meio que o rodeia de forma a poder constituir-se como um porto de abrigo para os utentes, famílias e seus profissionais de saúde, para isso, conta com uma equipa multidisciplinar altamente motivada, focada na capacitação das famílias e na humanização dos cuidados (Manual de acolhimento da USFN).

Nesta unidade há valores que estão sempre presentes como a acessibilidade, competência, cooperação, dedicação, eficiência, equidade, honestidade, humanismo, qualidade, respeito e responsabilidade (Manual de acolhimento da USFN).

A USF possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos. Esta funciona todos os dias úteis das 8 às 20 horas e aos Sábados das 9-13h e encerra aos Domingos e Feriados, este horário encontra-se afixado em local visível para que seja possível a sua consulta. Durante o horário de funcionamento encontra-se pelo menos um elemento de cada grupo profissional.

No entanto, esta USF possui um polo externo à sede que se localiza em Vila Verde e que funciona à 2ª feira das 9-13h; de 4ª a 6ª feira das 8:30 às 13h e encontra-se encerrado às 3ª e aos fins de semana (BI-CSP, 2025).

A USF encontra-se inserida dentro do Centro de Saúde de Buarcos, composta pelo atendimento e admissão de utentes, duas salas de espera subjacentes, uma sala de tratamentos, sete gabinetes de enfermagem, seis gabinetes médicos e um gabinete para médicos internos. Possui ainda uma sala de apoio, um armazém, três espaços de arrumação embutidos numa área de circulação e ainda três casas de banho, sendo uma delas adaptada para utentes que tenham mobilidade reduzida. Esta USF apresenta condições necessárias em termos de recursos materiais necessários para a avaliação e intervenção dos utentes nos diversos programas de saúde, incluindo no tratamento a feridas (USFN,2019).

A USF é composta por 17 profissionais, dos quais 7 são médicos, 7 são enfermeiros e 3 secretários clínicos. Esta unidade é composta por sistemas de micro equipas constituídas pelo médico, enfermeiro e assistente técnico. Relativamente à estrutura orgânica da USF é constituída pelo Conselho Geral, Conselho Técnico, Coordenador, Equipa Multiprofissional.

Esta unidade abrange o seu compromisso assistencial de 10 987 utentes e para facilitar a acessibilidade destes a comunicação pode ser feita através de telefone, e-mail ou

presencialmente. A ligação entre os utentes, a equipa médica e a equipa de enfermagem é realizada pelos Assistentes Técnicos (USFN,2019 e Carta de Compromisso, 2024).

Na primeira abordagem são identificados os utentes e a natureza do contacto, sendo que os utentes têm resposta imediata ao pedido, quer seja por marcação de consulta no próprio dia, no dia seguinte, em visita domiciliaria (VD) ou mesmo de esclarecimento durante todo o horário de funcionamento.

Quando é realizada a alocação do utente ao seu ficheiro clínico fica garantido o direito à liberdade de escolha, tendo em consideração a dimensão diferenciada de cada ficheiro em termos de o número de utentes já existentes e unidades ponderadas e a respetiva área de residência considerando as freguesias integradas na área geográfica abrangente (Manual de acolhimento da USF).

A USF oferece cobertura assistencial à população de três freguesias pertencentes ao conselho da Figueira da Foz que são Buarcos, Tavadrede e Vila Verde, no entanto, encontram-se inscritos utentes não residentes nesta área geográfica, no entanto, em caso de necessidade de VD quer pela parte médica quer pela enfermagem não será possível a deslocação da equipa ao domicílio (Manual de Acolhimento da USF).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (consultado em Janeiro de 2025), o município da Figueira da Foz tinha uma população residente de 60670 habitantes em 2023, sendo a maioria dos indivíduos do sexo feminino. A maioria destes utentes encontra-se na faixa etária dos 15 aos 64 anos, no entanto é evidente também uma grande quantidade de população idosa.

O Índice de Dependência Total, que se caracteriza pela relação entre a população jovem e idosa (dependente) e a população ativa (adulto), obtida através do quociente entre o somatório de utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos mais os utentes com idade igual ou superior a 65 anos pelo número de utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, comprova isso mesmo uma vez que este valor segundo a PorData é de 66,6% para a população da figueira da foz. O índice de dependência de Jovens é de 20,3% e o Índice de Dependência de Idosos é de 38,2%. O que demonstra que dentro da população dependente existem mais idosos comparativamente a crianças com idades inferiores a 14 anos (BI-CSP, 2025 e PorData,2025, Carta Compromisso USFN,2024).

O envelhecimento provoca profundas alterações nos sistemas de saúde, uma vez que existe uma maior prevalência de doença crónica e dependência desta faixa etária pela sua

vulnerabilidade, assim, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS,2003), as doenças crónicas estão a tornar-se as maiores causas de morte e incapacidade, perante isto, é de extrema importância implementar medidas, programas e parcerias que impeçam o aumento das mesmas.

O EEESF é o profissional que atua ao longo de todo o ciclo vital quer na promoção da saúde quer na prevenção de doença, para além disso é o profissional que mais conhece a família, os seus elementos, as perspetivas e crenças, as suas forças e motivações, as suas dificuldades e recursos, sendo desta forma, capaz intervir de forma a promover ganhos em saúde e prevenir a doença. (Regulamento nº367/2015) No entanto, esta visão ainda não se encontra enraizada e os cuidados de saúde primários ainda não tem o reconhecimento necessário pois os esforços encontram-se mais direcionados para a atuação na doença do que numa possível prevenção ou atraso na evolução das mesmas, o que se acontecesse seria possível diminuir os gastos em saúde e diminuir quer a morbilidade quer a mortalidade.

1.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Nesta USF existem diversas consultas disponíveis como a Consulta de Saúde infantil e Juvenil, Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso (incluem a consulta da Hipertensão arterial), Visitação Domiciliar, Consulta Aberta, Consulta de Saúde Materna, Consulta de Planeamento Familiar, Consulta de Hipocoagulados, Consulta de Diabetes, Vacinação, Rastreio Oncológico, Tratamentos, Consulta de Intersubstituição e Consulta não presencial (USFN,2019).

Para além das apresentadas anteriormente, esta USF possui uma carteira adicional de serviços que neste momento, consiste no funcionamento aos sábados das 9-13h permitindo assim uma maior acessibilidade, dar respostas a situações agudas e possibilitar a marcação de determinadas consultas programadas quando os utentes não conseguem realizar durante a semana (USFN,2019).

Assim, com foco no maior seguimento ao longo do ciclo vital e ser o maior conhecedor daquela família, o método adotado é por enfermeiro de família, sendo que este é o “profissional de enfermagem, que integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Diário da República, 2014, p.4070).

Silva (2016), revela que para os enfermeiros, este método é uma mais-valia (não só para os enfermeiros, como também para os utentes e famílias), estabelecer uma relação de confiança

e a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital, o que, conseqüentemente, facilita a adesão ao regime terapêutico. Considera ainda que a metodologia permite um melhor reconhecimento profissional dos enfermeiros”. Apesar de ser o melhor método nas VD nem sempre é o enfermeiro de família que presta os cuidados, devido a necessidades de serviço, sendo algumas VD realizadas por outro profissional de enfermagem pertencente à equipa.

Os enfermeiros em qualquer consulta utilizam o processo de enfermagem, pois este é a base científica que sustenta as intervenções de enfermagem, sendo uma forma sistemática de organizar e prestar cuidados (Potter e Perry,2006).

Ao usar o processo de enfermagem o enfermeiro identifica as necessidades dos cuidados de saúde de um cliente, define os diagnósticos de enfermagem ou os focos de atenção, determina prioridades do cuidado, estabelece objetivos e resultados esperados para o cuidado, elabora um plano de intervenções as quais vai executar e avaliar os resultados da sua prestação (Potter e Perry,2006).

O processo de enfermagem encontra-se esquematizado na imagem abaixo.

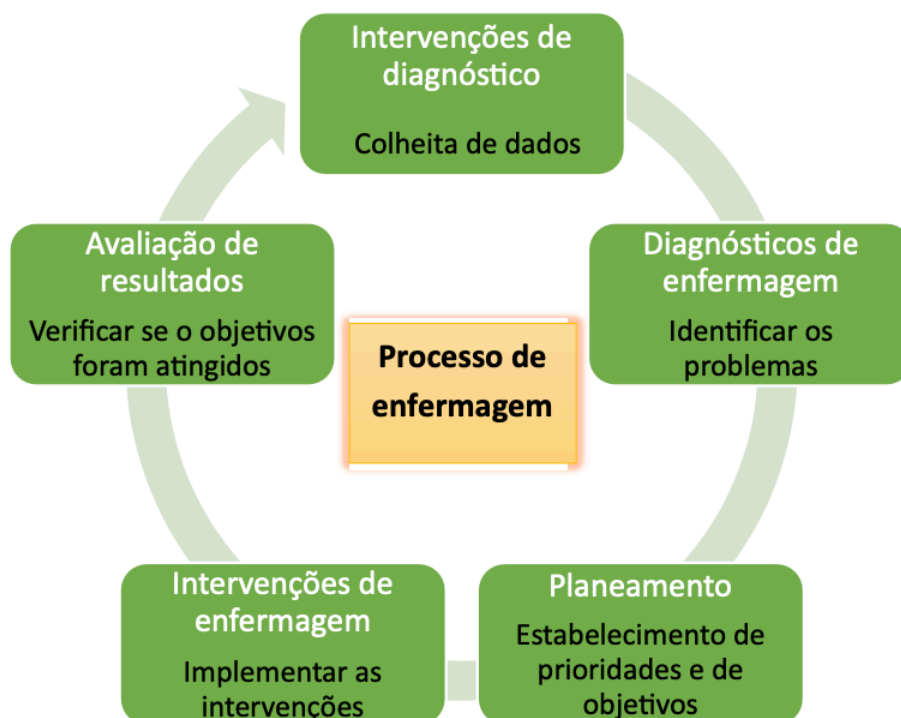


Figura 1- Fases do processo de enfermagem

Fonte: Adaptado de Perry e Potter (2006)

Para documentar corretamente o processo de cuidados deve ser utilizada a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que é um sistema internacional da linguagem de enfermagem que padroniza o registo e a documentação da prestação dos cuidados pelos enfermeiros (ICN,2011).

Após a realização das consultas quer em contexto de USF quer em contexto de VD, os enfermeiros executam no SClinico os registos de enfermagem conforme a linguagem CIPE bem como a marcação da consulta seguinte ou tratamento. Se for uma consulta de planeamento familiar com necessidade de rastreios o mesmo recorre à plataforma SiiMA Rastreios (USFN,2019).

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

Todos nós enquanto pessoas e sociedade temos um conceito que atribuímos ao significado da palavra família, que é criada ou pensada ao longo da nossa experiência de vida, do meio onde nos inserimos, da família onde crescemos e daí vamos criando este conceito, mas então enquanto enfermeiros como a podemos definir?

Segundo Hanson (2005), até à década de 70 do século XX, a definição de família era muito circunscrita às pessoas que coabitavam, ou estavam ligadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção, relacionando-se uns com os outros dentro dos seus papéis sociais criando uma cultura comum.

No entanto, Figueiredo em 2009, afirma que a família é um sistema social que integra uma diversidade de valores, crenças e práticas que a tornam singular e única, sendo impensável descrever as famílias apenas com base nos indivíduos que a constituem, já que estas se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais.

Já 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.

A evidência teórica e a prática sobre o significado que a família dá destaque ao bem-estar e à saúde dos membros, bem como a influência da doença na mesma o que implica necessariamente, que os cuidados centrados na família sejam parte integrante da prática de enfermagem, a qual possui a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo elas o foco de cuidados do enfermeiro (Wright & Leahey, 2005; Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Segundo Minuchin (1979, citado por Alarcão 2000, p.54), a estrutura familiar pode ser definida como uma “rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem”.

As famílias organizam-se em estruturas relacionais onde definem as funções e os papéis de cada um dos seus membros. Cada família tem peculiaridades que a caracterizam como única

e diferenciam das demais quanto à identidade, unicidade, estrutura e características dos seus membros e a forma como exercem as funções e papéis familiares, pelo que “(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal” (Relvas 2000).

Perante todas estas definições de autores distintos é possível perceber que todos eles apresentam conceitos e definições diferentes para a mesma palavra: Família.

No regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), a OE define família como:

“(...) grupo de seres humanos visto como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.” (OE,2015).

A ESF alia-se ao pensamento sistémico colaborativo, centrado no sistema familiar evidenciando a interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman,1998).

Segundo o mesmo autor, existem quatro níveis de prática de ESF:

Nível	Visão da Família	Foco
I	Família como contexto	Cada um dos membros da família, sendo a família vista como um recurso e fator contextual
II	Família como soma das partes	Cada um e todos os diferentes elementos da família
III	Subsistema familiar como cliente	Subsistemas familiares (trabalho com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos
IV	Família como cliente	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.
--	--	---

Quadro 1- 4 Níveis da Prática de ESF
Fonte: Friedman, 1998

Para cuidar da família como unidade de cuidados o EEESF necessita de se focar no nível IV.

A OE em 2015 descreveu a missão dos enfermeiros de saúde familiar como:

- A prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, promovendo 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;
- Identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na saúde família;
- Reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde;
- Ser parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários ao empoderamento e autonomia;
- Ser elo entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade de forma a garantir quer o acesso aos cuidados de saúde quer a uma continuidade dos cuidados;
- Ser mediador na definição de políticas de saúde para a família.

Segundo Araújo (2014) foi através da Saúde 21 criado pela OMS, que o papel do enfermeiro na saúde da família foi reconhecido. Nesta foram criadas 21 metas em que na meta 15 destacam o papel do enfermeiro de família como elemento essencial nos cuidados, sendo alguém experiente, que proporciona a um número limite de famílias, um vasto leque de aconselhamento sobre o estilo de vida, apoia a família e presta cuidados no domicílio.

A declaração de Munique em 2000 sublinhou a importância do enfermeiro de família, mas só em 2002 é que Portugal iniciou a discussão deste papel do enfermeiro através da conferência da OE “A cada família o seu enfermeiro” onde discutiram as declarações presentes na Declaração de Munique.

Nesta conferência da OE em 2002 concluíram que é possível oferecer uma melhor resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidade, se o foco da prestação de cuidados for

a família, assim começou a pensar-se na reformulação dos cuidados de saúde primários e surgiu então a figura do enfermeiro de família.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010 foi norteado para a prevenção das doenças nas suas perspetivas primárias, secundárias e terciárias e surge também uma visão da organização dos cuidados de saúde em unidades de saúde para garantir a acessibilidade e a continuidade de cuidados.

Pisco em 2011 afirmou que para dar resposta a esta prevenção e prestar melhores cuidados de saúde era necessário dar condições aos profissionais e aos cidadãos, deste forma e com o XVII Governo Constitucional foi possível reestruturar os cuidados de saúde primários, que afirmaram ser o pilar central do sistema de saúde. Perante isto, procederam a sua reestruturação e criaram as designadas USF, que seriam pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia organizativa funcional e técnica, com uma contratualização de uma carteira básica de serviços, meios de diagnóstico descentralizados e com sistema retributivo que presenteasse a sua produtividade, acessibilidade e qualidade.

Segundo o Decreto-Lei nº298/2007 estabeleceu o regime jurídico dos modelos afetos as USF, o A, B e o C, em que no modelo A existe uma fase de aperfeiçoamento do trabalho em equipa para uma transição para o modelo seguinte, sendo as remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao setor e às respetivas carreiras profissionais. O modelo B exigiu uma maior maturidade organizacional e com um nível de contratualização de desempenho mais exigente e desta forma passam a usufruir de um acréscimo no ordenado de suplementos e compensações pelo desempenho. O modelo C foi um modelo idealizado que ainda não se encontra efetivado, mas tinha o objetivo de articular o setor social, cooperativo e privado, articulados com um centro de saúde, mas sem depender dele hierarquicamente.

Com esta nova visão começa a surgir o foco na enfermagem de saúde familiar e em 2009 Figueiredo afirma que para a compreensão da família enquanto unidade é essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considere o histórico da família, o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade, perante isto a ideia do papel do enfermeiro de família e perante as metas da Saúde 21 começa a ganhar forma.

O Decreto de Lei nº118/2014 vem desta forma reforçar e atribuir valor a este papel do enfermeiro afirmando que o enfermeiro de família é o profissional que cuida da família como uma unidade de cuidados e que presta cuidados gerais e específicos a longo de todo o ciclo vital quer do indivíduo quer da família, quer ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde.

Já em 2018 e com o Decreto de lei nº428 é criado então a divisão da Enfermagem comunitária em duas vertentes a de Saúde Pública e a de Saúde Familiar, desta forma é atribuído ao EEESF as seguintes competências cuidar da família enquanto unidade de cuidados e cada um dos seus membros ao longo de todo o ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito de enfermagem de saúde familiar.

Para compreendermos uma disciplina é necessário definir as principais noções fundamentais que a sustentam e quer a IFNA quer a OE definem para esta especialidade quatro premissas fundamentais que são elas: Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem.

Segundo a OE em 2017 a saúde é um processo dinâmico vivenciado pelas famílias sendo que as relações familiares são um pilar fundamental para a saúde da família, esta engloba a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família e reflete também uma interação biopsicossocial espiritual e outros.

As famílias apresentam um património cultural e histórico, assim como aptidões e interações próprias que influenciam a perceção da saúde, atitudes, objetivos. Todas tem a capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde (OE, 2017).

O ambiente influencia o modo como os membros da família interagem dentro de contextos ambientais comuns, transformando-o e sendo influenciado pelo mesmo. O enfermeiro tem como papel essencial colaborar com as famílias de modo a criar ambientes seguros e promotores de saúde e bem-estar de forma a prevenir a doença (OE,2017).

A enfermagem representa o compromisso e a obrigação de colaborar e apoiar a família, a ESF tem como foco a interação entre a família e o enfermeiro, promovendo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde e do empoderamento da família (OE,2017).

Perante o acima citado percebemos que a prática de enfermagem deve ser organizada e baseada na ciência de enfermagem e na prática baseada na evidência.

2.1 MODELOS DE ENFERMAGEM E OS SEUS CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A enfermagem como ciência tem desenvolvido diferentes modelos teóricos, sendo que não existe nenhum modelo ideal para a intervenção em enfermagem, pois todos eles apresentam contributos diferentes e ampliam o plano de ação dos enfermeiros conforme o contexto e a família, pois cada família é única.

Ao longo deste capítulo irei abordar alguns modelos teóricos que regeram a minha prática ao longo destes estágios.

A família vista como um sistema amplo constituído por diversos subsistemas demonstra a influência da Teoria Geral dos Sistemas, este modelo foi conceptualizado por Betty Neuman, cujo esquema se encontra na figura abaixo.

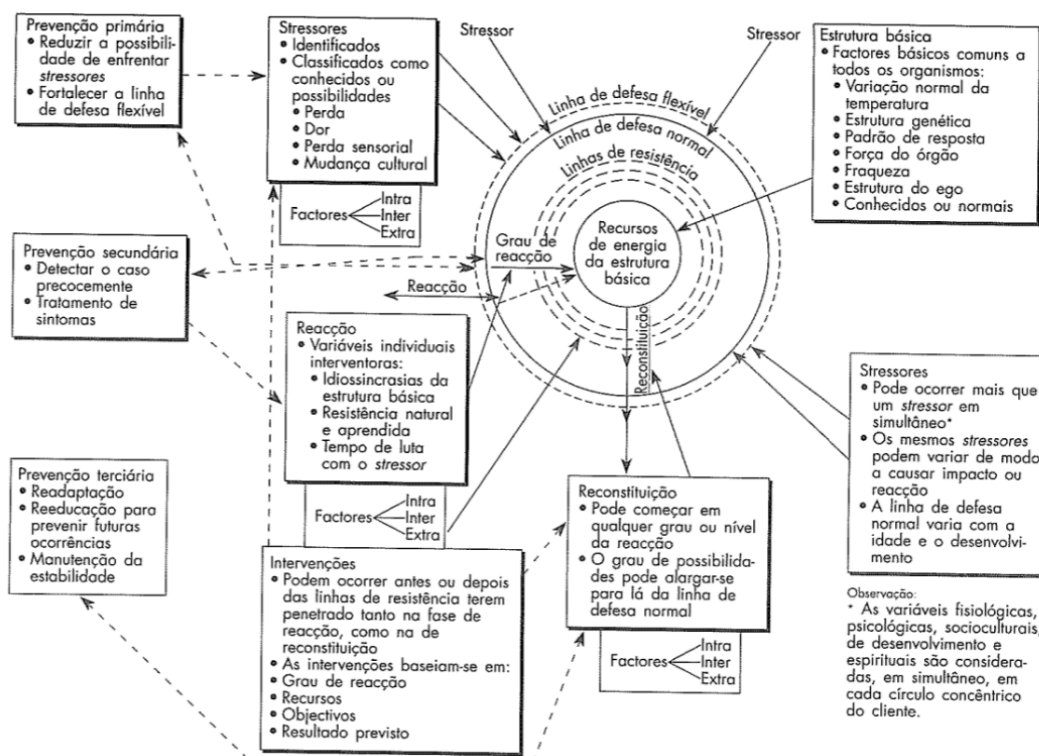


Figura 2 -Teoria Geral dos Sistemas

Fonte: Adaptado de Tomey e Alligood,2004

Para Neuman, o sistema é constituído por um individuo ou grupo de indivíduos, e é composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, espirituais, socioculturais e de desenvolvimento que estão em constante interação (Tomey e Alligood,2004).

Este modelo é essencial na prática do EEESF pois este contempla a família como unidade de cuidados e prevê a intervenção nos três níveis de prevenção e pode ser utilizado quando é notório a existência de uma fonte de stress que afeta a saúde da família.

Nos dias de hoje cada vez mais residem no nosso país emigrantes em que muito são diferentes de nós e na Figueira da Foz não é exceção segundo o INE (2025) com análise dos dados do ano de 2023 a população residente na Figueira da Foz tem vindo a aumentar e neste momento conta com 3366 habitantes de outras nacionalidades, estes dados permitem nos perceber que há mudanças e adaptações que a equipa multidisciplinar necessita de fazer perante a multiculturalidade presente nos seus cuidados.

Madeleine Leininger, em 1960, começou a perceber que as pessoas conforme o ambiente, a sua cultura e os seus valores se comportavam de maneira diferente, assim como, apresentavam comportamentos em relação a sua saúde bastante distintos (Oriá ,M.; Ximenes, L.; Alves, M., 2005). Desta forma, Leininger foi precursora da enfermagem transcultural, que se centra num objetivo primordial de promover cuidados, com uma visão holística do doente de acordo com a cultura e valores e mantendo a base de enfermagem científica e humanística. (Queiroz, M. e Pagliuca, L., 2001). O Modelo Sunrise apresenta dimensões da estrutura social e cultural composta pelos fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, parentesco e sociais, valores culturais e estilos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais, que são fatores determinantes na vida das pessoas. (Figura 3)

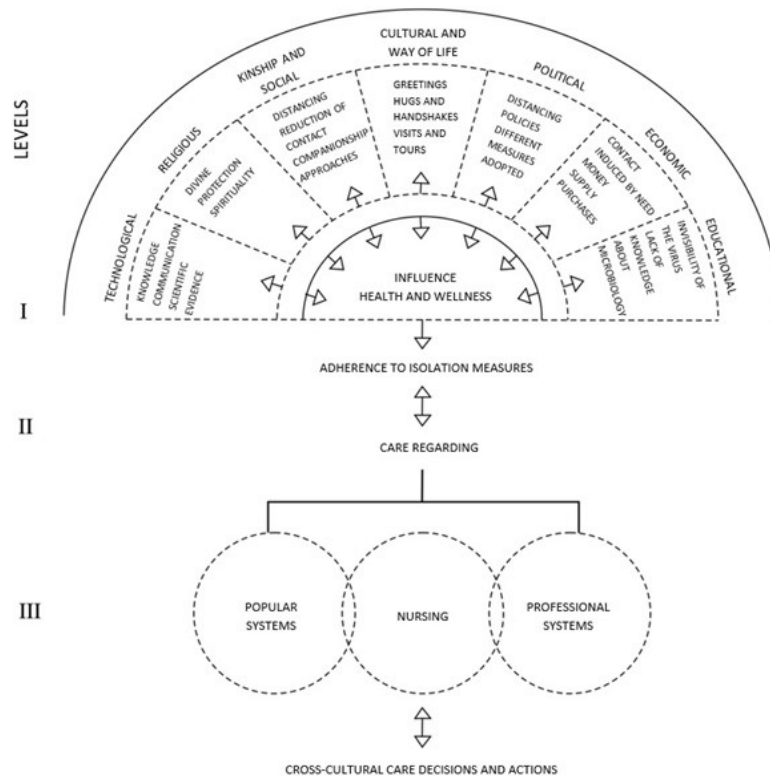


Figura 3 - Modelo Sunrise
Fonte: Madeleine Leininger, 2001

Como é possível de observar na figura acima, o diagrama possui setas em duas direções, demonstrando a dupla reciprocidade das influências sociais no contexto da pessoa. Desta forma é nos possível demonstrar que as dimensões sociais e culturais são moldadas pelo ambiente e contextos da linguagem em que eles se inserem.

O modelo acima apresentado encontra-se dividido em três níveis que vão desde a estrutura cultural e social até às decisões e ações do cuidar em Enfermagem. O nível um centra-se a visão do mundo, da cultura e a sua interação com os seres humanos, no nível dois existe uma focalização do individuo, famílias, grupos, instituições socioculturais e por fim o nível três representa o sistema popular, o sistema de Enfermagem, sendo que este último, inclui as características de cada nível anterior assim como aspetos específicos do cuidado de cada um. Após a consideração de todos estes níveis é possível, enquanto enfermeiros tomar decisões e ações do cuidar tendo em conta a preservação/acomodação/restruturação do cuidado cultural, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa e da família e proporcionar um cuidado culturalmente congruente (Leininger,2001).

Segundo o Código deontológico dos enfermeiros, podemos verificar que se encontra presente, de forma indireta, a presente teoria, no artigo 103o, alínea b), temos evidência de que o enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

Outra das teorias aplicada, ao longo destes meses, é a teoria das Transições de Afaf Meleis, esta é uma tórica que explica os padrões de transição, as características das experiências de transição, os contextos das transições (facilitadores e inibidores), os indicadores processuais, os indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem (Meleis, et al, 2000).

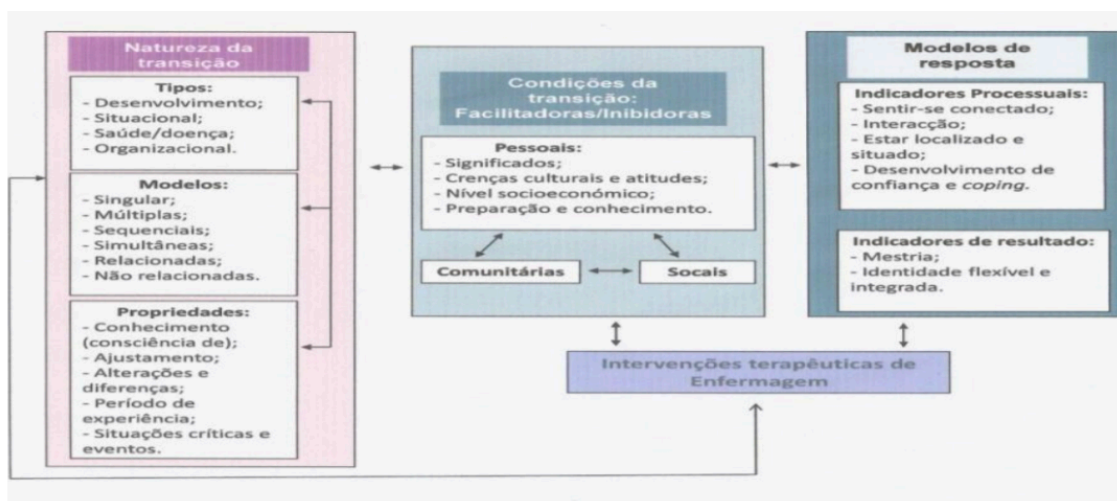


Figura 4 – Teoria das Transições
Fonte: Meleis et al, 2001

A presente teoria identifica o enfermeiro como o agente facilitador da transição, pelo que é possível aplicá-lo na ESF pelas transições normativas e as acidentais vivenciadas pelas famílias ao longo do ciclo vital.

O Cuidar Baseado nas Forças (CBF) foi um modelo desenvolvido pela universidade de McGill tendo sido uma mudança de paradigma no processo de cuidar em enfermagem pois de um modelo prévio baseado no défice damos agora lugar ao novo baseado nas forças do individuo, comunidade e da família (Gottlieb, 2016).

Gottlieb, em 2016, afirma que as forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e família e que definem personalidade, sendo multidimensionais na sua origem e natureza. O mesmo afirma que podem surgir de diferentes formas quer sejam elas aptidões, ativos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos ou dons.

Os enfermeiros ao trabalharem com as forças tem de ter em atenção que as pessoas e as famílias possuem forças já existentes e que devem ser descobertas através do processo em espiral, forças potenciais e défices que podem ser convertidos em forças. (Gottlieb,2016)

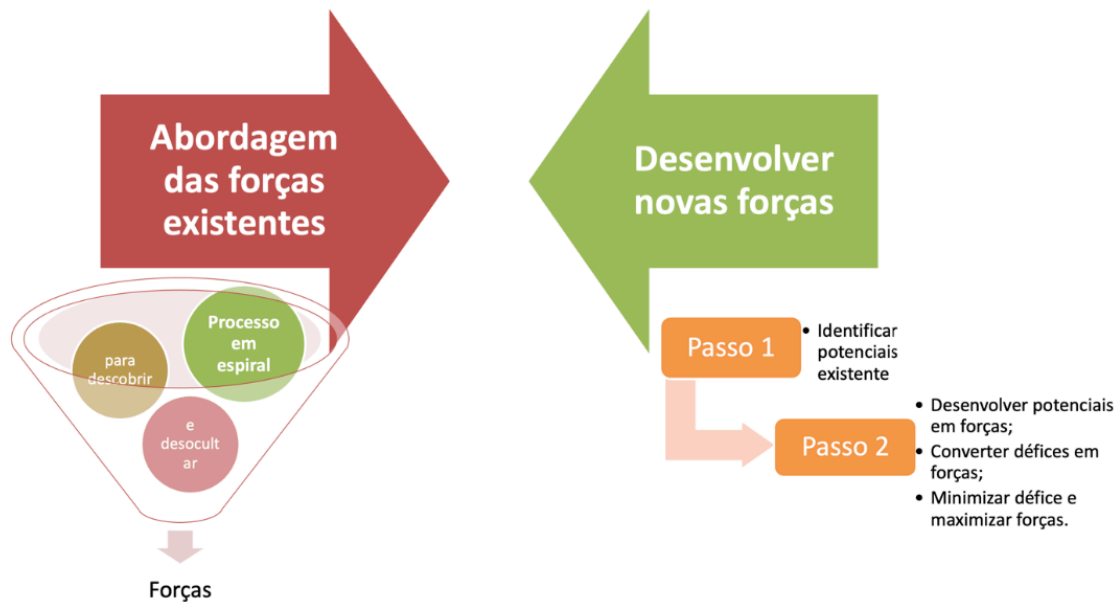


Figura 5 – CBF
Fonte: Gottlieb,2016

Esta teoria é caracterizada por se concentrar nas competências e recursos das pessoas e família para encontrar soluções para lidar com as situações difíceis e complexas, ultrapassar dificuldades e encontrar sentido em cada contexto e transição de vida.

Para além das teorias específicas de enfermagem existem teorias que sustentam o conhecimento para compreender e cuidar das famílias, estas servem de base para a intervenção sistémica e colaborativa para compreender a família como um sistema, quer a forma como se regula, quer a forma como se comunica e por que etapas se desenvolve a longo do ciclo vital.

As teorias colaborativas para a prática de enfermagem de saúde familiar são a teoria geral dos sistemas, teoria da cibernética, teoria ecossistémica da comunicação e as etapas do ciclo vital.

A teoria geral dos sistemas afirma que a família é um sistema que faz parte de um suprassistema com muitos outros sistemas e pode conter diversos subsistemas (conjugal, parental, filial, individual e fraternal). Os sistemas têm propriedades como a totalidade, retroação e equifinalidade. A estrutura familiar diz respeito à forma como os subsistemas se

organizam e o tipo de relações que se desenvolvem. E existem limites e movimentos de abertura ou de fecho (Alarcão, 2000).

A teoria da cibernética afirma que a família é um sistema auto-organizado e aberto à mudança. O sistema é informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, recebe informação múltipla, mas é um sistema autónomo quanto ao processamento desta informação (Alarcão,2000).

Teoria Ecosistémica da comunicação afirma que não existem sistemas nem interação entre eles sem comunicação. Esta teoria explica como é que os sistemas e as pessoas comunicam entre si. A comunicação ocorre sempre que as pessoas estão em presença e pode ser verbal ou não verbal e só pode ser efetiva num contexto (Alarcão,2000).

Quanto às etapas do ciclo vital é uma sequência de possíveis transformações na estrutura familiar, em função dos cumprimentos de tarefas bem definidas. É um esquema que define em estádios que definem uma sequência previsível de transformações e com tarefas e transições normativas para cada etapa (Relvas,1996).

2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O aviso nº6702/2021 da OE (2021/a) define como programa formativo que integra o ciclo de estudos do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar a utilização de modelos e técnicas de intervenção familiar tais como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MCAIF) e o CBF, instrumentos de avaliação familiar (escalas, questionários e entrevistas), técnicas de intervenção colaborativa (entrevistas familiares e motivacionais.) e o processo de enfermagem de saúde familiar (OE,2021/a).

De Seguida irei apresentar os principais instrumentos utilizados na minha prática clínica.

O MCAIF foi desenvolvido por Wright e Leahey, em 2009,e é o modelo adotado pela OE como o modelo interventivo na área de saúde familiar.

Este modelo apresenta-se dividido em três grandes categorias (estrutural, de desenvolvimento e funcional) que se encontra subdividido, como podemos observar na figura abaixo



Figura 6- MCAIF
Fonte: Wright e Leahey, 2009

Durante os estágios anteriores elaborei uma avaliação familiar onde pude aplicar o MCAIF e que se encontra no apêndice 1.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial que sustenta as práticas de cuidados com as famílias e foi codesevolido em Portugal (Figueiredo, 2012).

A matriz operacional encontra-se apresentada abaixo na figura 7.

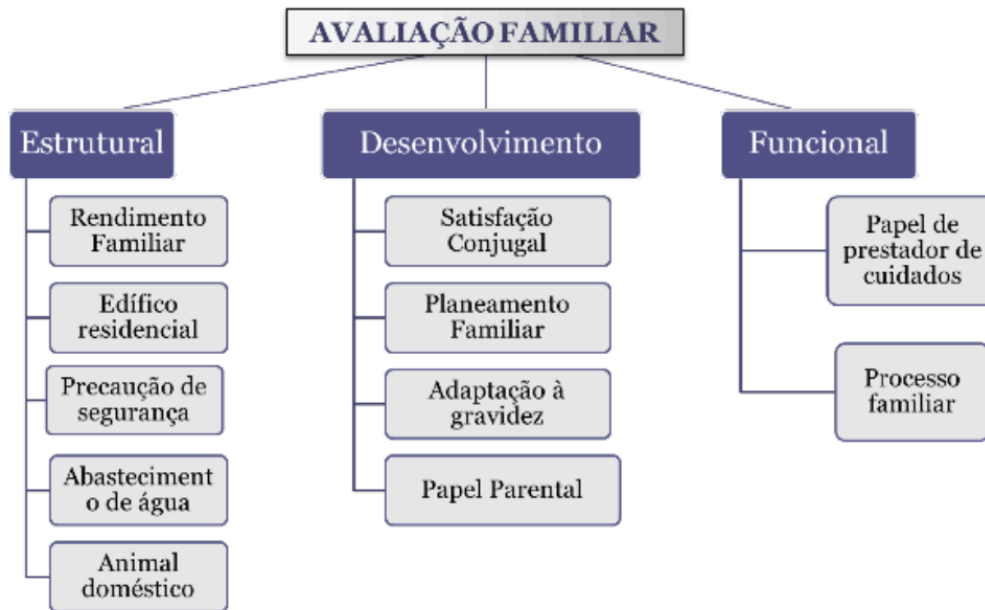


Figura 7 - MDAIF
Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012)

Tal como o MCAIF este modelo é dividido em 3 categorias cada uma dividida em dimensões passíveis de serem registadas no Sclinic, o que me permitiu ao longo dos estágios identificar algumas famílias com necessidade de intervirmos ao nível do papel de prestador de cuidados, pois muitos dos nossos utentes em VD tinham um prestador de cuidados que por vezes se encontrava com algumas lacunas que foram combatidas ao longo destes estágios.

Para avaliação das famílias com quem me cruzei nestes estágios apliquei algumas escalas e instrumentos que me foram bastante úteis para a sua avaliação. A escala de Graffar permitiu-me identificar o nível que a família ocupa na estratificação social, a escala de readaptação social de Homes & Rahes permitiu avaliar os eventos vitais que levaram ao reajuste da família depois de mudanças significativas na sua vida e a forma que pode levar a um desgaste ou perda de saúde.

Quanto à escala de FACES II (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale) esta permitiu-me avaliar a dinâmica familiar e obter um resultado sobre a coesão, adaptabilidade e o tipo de família.

Quanto ao Apgar Familiar este ajudou-me a avaliar as relações familiares, revelando a perceção de cada elemento sobre a funcionamento da família.

Para além destes usei também o genograma e o ecomapa dois instrumentos fundamentais de representação visual da família, sendo que no genograma temos uma visualização da família por elementos conforme a idade cronológica, permitindo avaliar a estrutura interna, externa, relações e os dados de saúde mais relevantes, já no ecomapa conseguimos observar as relações da família entre si e entre esta e o ambiente onde está inserida e com os fluxos de energia, forças e conflitos.

3-COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele que se especializa numa determinada área clínica e que adquire as competências e o Know-how adicional para providenciar cuidados de enfermagem mais específicos e complexos (Lopes et al,2018).

O EEESF tem que possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências na avaliação da saúde da família como unidade de cuidados e capaz de estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde/doença norteadores de juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo nas situações mais complexas (OE,2017).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e competências específicas e que são definidas pela OE em regulamentos para cada área de especialidade (OE,2019).

A certificação pela OE das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que utiliza para atuar nos diferentes contextos e níveis de prevenção (OE,2019).

Segundo o regulamento nº140/2019 da OE, relativo à competência comum do enfermeiro especialista existem quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria continua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA

“As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: 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 e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento 140/2019, p. 4745).

O enfermeiro especialista executa a tomada de decisão através de um processo reflexivo, no qual tem em consideração os princípios éticos e os valores deontológicos que regulam a sua profissão, contribuindo com os seus conhecimentos de forma a promover a reflexão ao longo

de todo o processo. A resolução de problemas é realizada em conjunto com o utente e compete ao enfermeiro especialista defender o respeito pelos seus direitos, como é o caso do acesso à informação, confidencialidade, privacidade, valores, crenças e práticas e o direito à escolha de cuidados especializados. Ao longo destas semanas, durante a prestação de cuidados demonstrei respeito pelos direitos supracitados, as consultas eram realizadas em gabinete de forma a permitir que o utente partilhasse as suas dúvidas sem fazer juízos de valor e transmiti as informações importantes e relevantes para a sua tomada de decisão, tendo sempre em conta os valores e as crenças dos utentes e das suas famílias. É da função do enfermeiro especialista identificar e analisar as práticas de risco relativas à ética e deontologia para atuar no sentido da prevenção das mesmas e da promoção da segurança.

Ao longo destas semanas assegurei a confidencialidade e a segurança da informação descrita, não deixando informação clínica visível. Assegurei o respeito pelo cliente e a sua escolha e incluindo o utente/família no seu plano de cuidados de acordo com as necessidades sentidas por estes. Procurei obter o consentimento informado dos utentes e famílias previamente a implementação de cuidados.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

O enfermeiro especialista detém conhecimentos na área da qualidade que não só aplica na prática como durante a prestação de cuidados, mas que também permite colaborar na realização de projetos institucionais. É também o profissional responsável por avaliar as práticas clínicas, planear e liderar programas de melhoria continua (Regulamento nº104/2019,p.4748).

O processo da governação clínica obriga a que organizações de saúde sejam responsáveis pela melhoria da qualidade dos serviços promovendo a excelência dos cuidados de saúde assim, de forma a promover a qualidade dos cuidados, senti necessidade e em partilha com a enfermeira orientadora do ensino clínico resolvi elaborar um manual da visita domiciliar onde faço evidência da importância da mesma ao recém-nascido que é uma prática inexistente na USF. Para além deste, tive a oportunidade de participar num projeto iniciado recentemente para apoio à população migrante, população esta que tem vindo a aumentar no concelho da Figueira da Foz (Apêndice 2).

A fim de melhorar a qualidade de registos e da aplicabilidade do programa de saúde familiar, programa ainda não utilizado pela equipa para a realização de registos no sistema informático, uma sessão formativa para todas as enfermeiras da USF sobre o mesmo (Apêndice 3).

3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento no 140/2019, p.4748).

O enfermeiro especialista é o profissional com conhecimentos e competências para responder aos desafios de forma eficiente, ou seja, é capaz de atingir o objetivo pretendido utilizando os recursos da melhor forma possível. Neste processo garante a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, tem a capacidade de gerir e liderar a equipa e de delegar tarefas.

Durante estas semanas de estágio, aquando da prestação de cuidados realizei uma gestão adequada dos recursos nos diversos contextos promovendo a qualidade dos cuidados. Para além disso, compreendi o meu papel dentro da equipa enquanto enfermeira em processo de aprendizagem e de aquisição de competências para me tornar enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar. Considero que ao longo do mesmo, tive uma postura adequada e colaborei com a equipa na prestação de cuidados e participei de forma ativa nas sessões formativas da equipa. Existiu nestas semanas uma partilha de conhecimento mútua e sinto que absorvi muito conhecimento que todas as enfermeiras foram partilhando comigo. Esta equipa tem um ambiente tranquilo e todos os elementos se dão bem entre si o que permite um ambiente favorável à prática.

3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Como enfermeira reconheço que para ser um bom enfermeiro tem de existir investimento quer na componente científica quer no autoconhecimento de forma que exista uma continua evolução do seu percurso de forma que exista uma constante melhoria na sua prestação de cuidados. Estas “características” influenciam diretamente a relação com o utente, pois podem servir como recursos, no entanto, há características que podem ter um impacto negativo, mas essas servem como alavancas para a melhoria e crescimento quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Durante o estágio consegui perceber e reconhecer a minha limitação no que diz respeito ao contexto dos cuidados de saúde primários pelo facto de trabalhar em cuidados de saúde diferenciados, pois ao nível das consultas de saúde infantil sentia bastantes dificuldades, no entanto, sinto que fui melhorando os meus conhecimentos ao longo do mesmo com a

aquisição de conhecimentos e de pesquisa neste âmbito. Com esta minha pesquisa e o aprofundar de conhecimento nesta área percebi que se verificou um aumento dos acidentes na criança no primeiro ano de vida e perante isto realizei uma sessão de educação para a saúde na prevenção de acidentes nas crianças no primeiro ano de vida bem como um poster e um panfleto para entregar às famílias (Apêndice 4).

A OE (2006) considera que a prática de enfermagem baseada na evidência incorpora a melhor evidência científica existente, reunida com a experiência, opinião de peritos e valores preferenciais dos utentes, tendo em conta os recursos disponíveis.

A prática baseada na evidência permite ao enfermeiro desenvolver cuidados de qualidade, visto que a sua prática é fundamentada com a mais recente evidência científica e desta forma contribui para melhores práticas e ganhos em saúde. A prática clínica é baseada na teoria, mas a teoria também é construída através da prática clínica, sendo que os enfermeiros especialistas devem contribuir para a construção do conhecimento através da investigação (OE, 2006).

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que pretende promover o conhecimento nesta disciplina que engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou objetivando uma morte digna (OE, 2006).

Uma necessidade sentida pela USF foi a lacuna que existe em identificar e intervir nas famílias com idosos e cuidadores informais. Estes nem sempre têm o suporte que necessitam e, para providenciar um apoio correto, é necessário primeiramente identificar em que ponto se encontra a situação, para que as intervenções sejam dirigidas e a gestão dos recursos eficiente. Desta forma, foi criado na USF o Núcleo de Apoio a Idosos e Família que conta já com diversas famílias identificadas e com intervenção já por parte da equipa. Este projeto pretende compreender o nível de dependência, as necessidades da pessoa idosa e também da capacidade do cuidador para tomar conta e nível de sobrecarga. Um dos principais objetivos deste trabalho de investigação é a criação de uma Consulta do Idoso.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A IFNA formulou uma declaração com as competências práticas avançadas para a enfermagem de família. Em 2015, reconhece que existe uma variabilidade internacional relativamente à prática educacional e à própria prática avançada da enfermagem com as famílias. Assim, foi criada uma declaração que permite formular uma visão clara das competências práticas do enfermeiro de família e criar uma norma orientadora para cada país adaptar (IFNA, 2017).

As competências específicas do EEESF apresentadas no Regulamento 428/2018, quando comparadas com as competências definidas pela IFNA, demonstram que o regulamento criado em Portugal seguiu as normas propostas pela IFNA e partilha a mesma visão para o futuro do enfermeiro de família.

“As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são: Cuidar a 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” (Regulamento 428/2018, p. 19355).

4.1 CUIDAR A FAMÍLIA ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Cuidar a família enquanto unidade de cuidados é um processo complexo, pois não se trata apenas de cuidar de um indivíduo de forma individual, mas de diferentes indivíduos que interagem entre si e todos estão inseridos em ambientes específicos. Quando cuidamos de uma família devemos ter sempre presente algo que é muito importante: o princípio da totalidade, isto é, o todo é mais do que a soma das suas partes.

A família é mais do que elementos individualizados, é um sistema em constante interação e desenvolvimento, e o comportamento de cada um dos seus membros é indissociável do comportamento dos restantes, ou seja, a ação de cada um afeta toda a família.

Quando faço a avaliação de uma família, tenho consciência de que estou a entrar na esfera pessoal e privada daquelas pessoas e tenho em atenção a minha abordagem para que eles

sintam que os trato com respeito de forma a não ultrapassar os limites e a não quebrar as barreiras nem quebrar a confiança com a mesma.

Com o estabelecimento de esta relação de confiança com a família é possível assim, delinear objetivos e realizar um plano de ação com vista a promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, ao funcionarmos em parceria obtemos ganhos em saúde e alcançamos os objetivos a que nos comprometemos.

Segundo a OE (2017, p. 9), o enfermeiro de família “possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde- doença, pelas famílias, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas”.

As famílias vivenciam de forma constante situações complexas que exigem mudanças na dinâmica familiar e compete ao enfermeiro de família identificar o processo de transição e ajudá-las a realizar a transição de forma saudável. Os enfermeiros especialistas devem conhecer-se enquanto pessoa e profissional e saber reconhecer os valores, ideias e conceitos com os quais se identificam, estando assim aptos para definir o seu quadro de referência de forma clara e orientar a sua prática por ele.

A teoria das Transições de Afaf Meleis é uma das teorias em que o enfermeiro valoriza o utente enquanto parceiro de cuidados, não valoriza apenas as transições relacionadas com a saúde e doença, mas todas as transições que tenham impacto na vida da pessoa, sublinhando também a influência das crenças e do ambiente nestas.

Considero que todas as pessoas têm potencial para mudar se tiverem recursos e a motivação necessários, cabe ao enfermeiro de família criar as condições necessárias para que as transições ocorram de forma saudável.

O EEESF tem a capacidade de identificar processos de transição nos utentes e famílias e reconhecer quando estes necessitam de realizar mudanças.

Alarcão (2000), citando Minuchin (1979), refere que existem quatro fontes de stress: quando um membro da família está em contacto com uma fonte de stress extrafamiliar, quando toda a família tem contacto com uma fonte de stress extrafamiliar, o stress relacionado com as

fases de transição do ciclo vital e o stress causado por problemas particulares. A mesma autora refere ainda que existem crises naturais e acidentais no sistema familiar. As crises naturais são expectáveis e estão associadas às diferentes etapas do ciclo vital, designando-se também por normativas. As crises acidentais são inesperadas e estão relacionadas com as restantes fontes de stress mencionadas.

O enfermeiro de família presta cuidados a todas as famílias pelas quais são responsáveis, “considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições de saúde e doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais” (OE, 2017, p. 10).

A identificação da etapa do ciclo vital fornece informação pertinente ao enfermeiro de família sobre a crise vivenciada, pelo que durante estas semanas aquando da prestação de cuidados tentei compreender em que etapa do ciclo vital os utentes se encontravam de forma a antever e facilitar as suas transições. As etapas do ciclo vital descrevem a trajetória típica das famílias ao longo da vida, o que permite compreender que tipo de transições as pessoas estão a vivenciar, as transformações esperadas na família, sua estrutura, assim como as tarefas correspondentes. O enfermeiro monitoriza as transições associadas às etapas do ciclo vital, identificando as necessidades da família e o ajuste da mesma às mudanças e novas tarefas e avalia a sua resiliência e as suas forças individuais e em conjunto, bem como as suas relações afetivas. O enfermeiro de família auxilia nos processos de estruturação familiar sendo ele próprio um recurso, nomeadamente através da identificação dos seus pontos fortes e fracos.

A identificação da etapa do ciclo vital é muito importante, no entanto, cada vez mais começam a existir trajetórias diferentes e novos ciclos vitais. As famílias tradicionais estão a diminuir e as famílias atuais trazem novos desafios ao enfermeiro de família. As famílias atuais vêm representar um desafio ainda maior porque os profissionais têm menor experiência com este novo tipo de complexidade e a sua representação na evidência científica é deficiente.

“Promove o processo de consciencialização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

A crise vivenciada pela família, requer uma mudança de segunda ordem. O enfermeiro de família tem o papel de ajudar a família a reconhecer que a crise não é necessariamente uma

coisa má, mas uma oportunidade de mudança para que esta possa crescer e retornar ao equilíbrio.

Em situações de crise o enfermeiro de família pode auxiliar a família a encontrar as forças, quer sejam elas, aptidões, capacidades, competências, recursos entre outros, que vão ajudar a pessoa a lidar com a sua situação. O enfermeiro deve reconhecer e valorizar as forças das pessoas e da família, mas também lhe compete incentivar a família a procurar as suas próprias forças e a focarem-se nelas. Quando é a própria pessoa que fala sobre o seu problema, está a demonstrar disponibilidade e abertura para procurar as suas forças e vencer as dificuldades.

Para intervir na família é necessário que exista uma avaliação adequada da mesma e para isso precisamos de recorrer a instrumentos de avaliação familiar. O MCAIF é um modelo que orienta para uma colheita de dados completa no que se refere à estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família. Este modelo requer a aplicação quer do Genograma quer do Ecomapa.

O Genograma é um instrumento que permite conhecer os seus elementos, relações e gerações. Este consiste num diagrama do grupo familiar, com pelo menos três gerações, as relações dentro da família, e quem pode ser um potencial recurso para a mesma.

No Ecomapa conseguimos avaliar os sistemas mais amplos e as relações com os mesmos e possibilita identificar os sistemas de suporte existentes e os potenciais sistemas de suporte. O enfermeiro pode utilizar a realização do Genograma e Ecomapa como uma oportunidade para explorar forças e recursos, assim como para definir intervenções. Com a aplicação destes dois instrumentos conseguimos rapidamente identificar a família nuclear, a família alargada, os seus recursos, e a relação entre eles, auxiliando na realização do plano de cuidados.

Durante o estágio realizei a avaliação familiar com o modelo supracitado em contexto de VD a uma filha que assume o papel de cuidar da sua mãe. A realização desta avaliação permitiu-me obter informações pertinentes que até então não tinham sido colhidas e que são importantes para nossa intervenção.

Como principal dificuldade na aplicação do modelo foi o facto de ter necessidade de obter alguma informação via telefónica, pois a utente teve alta dos cuidados à ferida, não necessitando mais da nossa intervenção no domicílio.

Reconheço que a avaliação e intervenção familiar é um processo longo, que demora tempo, e que este tem de ser reavaliado e discutido com a família de forma sistemática ao longo do tempo, para avaliar o progresso da mesma, dar feedback, e compreender quais vão sendo os novos desafios que ela enfrenta.

Um dos critérios de avaliação desta competência é “analisar como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

A dinâmica familiar é complexa quer na estrutura, nas relações e no seu desenvolvimento o que influencia a prestação de cuidados. Durante a avaliação da família é importante conhecer os seus limites pois, desta forma, conseguimos perceber e compreender como a mesma se regula quanto às funções e permeabilidade. Se a família tiver limites claros sabemos que as funções estão a ser cumpridas e que existe uma boa comunicação que permite a troca de influências, o que faz com que estas famílias tenham mais facilidade em aceitar a intervenção e realizarem mudanças necessárias. No entanto, se for uma família com limites difusos, não existe diferenciação nos subsistemas, o que leva a que exista uma dificuldade na intervenção pois as tarefas não estão bem definidas e torna-se então necessário intervir primeiramente a nível das relações. O mesmo acontece numa família com os limites rígidos pois estas apresentam dificuldades quer a nível da comunicação quer a nível da compreensão e necessitam de ser motivadas para utilizar estratégias que promovam uma comunicação saudável e assertiva. As relações, os limites e a dinâmica familiar têm impacto significativo nos nossos cuidados, devendo por isso também ser um alvo de cuidados.

A VD é a maneira ideal de avaliar o fator ambiental, antes de entrar no domicílio é possível avaliar o tipo de bairro, a aparência da casa no exterior, a acessibilidade, entre outros. Quando se entra no domicílio da pessoa é possível identificar logo fatores de risco, como por exemplo: obstáculos à deambulação, tapetes, se a casa esta iluminadas, se está arrumada, se o ambiente está arejado e se existem todo o tipo de apoios de acordo com a dependência existente.

Há diagnósticos de enfermagem que considero de extrema importância para utentes que se encontram no domicílio como o risco de queda, que após uma queda num idoso ele pode se tornar dependente, se pudermos realizar a visita domiciliaria a estes doentes podemos identificar previamente os fatores de risco e reduzir este tipo de acidentes e prolongar a qualidade de vida deste utentes, não os tendo de deslocar para fora do seu domicílio.

Se o enfermeiro de família realizar uma avaliação adequada, formular os diagnósticos e as respetivas intervenções é possível prevenir e atenuar os riscos e consequentemente prevenir a doença e promover a saúde quer da pessoa como da sua família.

Para além disto, o enfermeiro deve ter sempre em conta as crenças e os valores para a tomada de decisão, pois eles são um fator de influência relevante, no entanto, devemos enquanto enfermeiros encontrar um equilíbrio entre respeitar as crenças e não prejudicar a saúde do doente.

4.2 - LIDERAR E COLABORAR NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A segunda competência do EEESF diz-nos que o enfermeiro “Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento 428/2018, p. 19358).

O enfermeiro EEESF reconhece que é responsável por encaminhar a família para outro tipo de recursos que lhe possam trazer benefícios, como por exemplo, encaminhamento para consulta externa do hospital, consulta de sessão tabágica ou para a rede nacional de cuidados integrados (RNCCI).

Em contexto de VD, tive oportunidade de intervir em diversas famílias, no entanto, quer na família em que apliquei o MCAIF quer em outra que apresenta uma situação semelhante denota-se um cansaço e uma saturação do papel de prestador de cuidados. Na utente de estudo de caso, a filha, sua prestadora de cuidados presta os cuidados de higiene à mãe sem qualquer intercorrência e com as medidas adaptativas necessárias, no entanto, a mesma necessita de realizar todas as tarefas domésticas e encontra-se saturada de todas estas funções, sugerimos a esta família a inscrição na RNCCI para que a mesma possa descansar e aliviar um pouco da sobrecarga que sente cuidar um pouco de si. Encaminhamos a utente a uma consulta presencial no centro de saúde para preenchimento da rede, no entanto, ainda não foi possível inserir a mesma.

Para além deste caso, a outra família que acompanhei a utente já se encontra com a presença de diversas úlceras por pressão, já com apoio domiciliário para a higiene e a filha, sua prestadora de cuidados ao longo do dia otimiza os posicionamentos e alimenta a mãe, foi mais uma família que incentivamos a ingressão na RNCCI e abordamos a assistente social para a marcação de uma reunião.

O enfermeiro de família tem também a preocupação de acompanhar a situação do utente após o mesmo ser referenciado/encaminhado para os recursos que necessita, de modo a promover a continuidade de cuidados.

A avaliação desta competência reflete a valorização e a visibilidade da enfermagem de saúde familiar, através da partilha de conhecimentos e do desenvolvimento de programas de saúde familiar, políticas sociais.

A enfermagem de saúde familiar ainda é uma área recente e o trabalho do enfermeiro de família ainda é pouco reconhecido e é necessário esclarecer o que significa ser enfermeiro de família, a importância de cuidar da família como um todo, que é o profissional com conhecimentos especializados e baseia a sua prática na evidência, trazendo grandes ganhos para a saúde.

Os indicadores que as USF contratualizam não tem em conta, ainda o papel do enfermeiro de família, ele apenas se centra no número ou tempos de espera de consulta, pois as nossas políticas de saúde pretendem que exista uma gestão de recursos e não compreendem que se a prevenção for bem feita ao nível dos cuidados de saúde primários conseguiremos prevenir a doença e diminuir os números de vezes que o utente recorre ao serviço de urgência e o número de internamentos, por exemplo.

Penso que esta mentalidade se encontra a mudar de forma gradual, é de notar que criaram USF e que esta tem de responder a indicadores e que para isso precisam de fazer um acompanhamento das famílias que seguem, evitando as complicações das doenças crónicas, prevenindo as mesmas e consequentemente a existência de ganhos em saúde.

No entanto, penso que há melhorias a serem feitas, como é o caso dos tempos de consulta, e as VD deveriam ter critérios mais alargados e não se focarem apenas nos doentes dependentes, mas ser possível também de realizar noutras faixas etárias por exemplo a visita à puérpera e ao recém-nascido, pois é uma nova transição para a família onde surgem dúvidas que são fonte de stress para toda a família.

Após a análise das competências e da minha descrição da sua aplicabilidade na prática, considero que desenvolvi competências para compreender a família como unidade de cuidados, promovi a sua capacitação focando-me na família como um todo e os seus



membros de forma individual ao longo do ciclo vital e nas suas transições, e geri os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

5- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Dadas as suas especificidades, a saúde é dos setores que mais depende de recursos humanos qualificados. Quais quer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento capital humano, dotando os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas de competências e ferramentas que lhe permitem incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

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

O conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE) significa o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde prestados (Rodrigues e Cardoso, 2022).

5.1 INTRODUÇÃO

A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo. Contudo a diferença nos resultados, as desigualdades de saúde e serviços de saúde com baixo desempenho continuam a apresentar um verdadeiro desafio aos enfermeiros (OE, 2012).

Atualmente, as práticas e condutas de saúde devem basear-se na melhor evidência científica disponível, daí a importância que este tema assume no meio académico dos mais diversos países. A PBE afirma-se pelo uso criterioso do resultado de pesquisas científicas, aplicadas na tomada de decisão clínica (Basto, 2020).

Como utilizadores de investigação, os enfermeiros também gerem conhecimentos, estes habitualmente estão bem posicionados para providenciar a informação importante acerca do contexto, dos diferentes sistemas, grupos populacionais e o papel das políticas locais, levando ao desenvolvimento de um ambiente que conduza a tomadas de decisão e a PBE (OE, 2012).

O objetivo da investigação em enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica. A melhoria da qualidade quer clínica quer do desempenho, concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clínica

e nos resultados de custo. Projetos de melhoria continua da qualidade poderão contribuir para a compreensão das melhores praticas ou processos de tratamento que envolvem os enfermeiros, no entanto, a melhoria da qualidade não esta projetada para o desenvolvimento de standards para a prática ou para a ciência de enfermagem (OE,2012).

Os Cuidados Baseados em Evidência (CBE), é um processo que identifica políticas ou perguntas clínicas dando-lhe resposta através da geração de conhecimento e evidencia para orientar a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e adequada, mais realista e significativa a para todos (Pearson, et al.,2005 citado por Apostolo 2017).

Ainda segundo o mesmo autor a adoção da PBE tem potência para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos utentes. Assim, a adoção, implementação e sustentabilidade da PBE torna-se cada vez mais importante para a saúde, para as organizações de saúde e para os profissionais.

Enquanto profissão regulada, a enfermagem especializada contempla, no seu Regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o domínio da melhoria continua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste domínio, o enfermeiro especialista devera ser responsável pela mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria continua da qualidade, avaliando as qualidades das práticas clínicas e planeando e liderando programas de melhoria continua. Para isso devera usar a evidência científica e normas necessárias para avaliação das práticas clínicas, integrando auditorias clínicas e analisando posteriormente os resultados obtidos, o que permite identificar oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades para assim agilizar a elaboração de guias orientadores para as boas praticas (OE,2019).

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o mesmo regulamento (OE,2019) estabelece como essencial a competência que refere que o enfermeiro deve basear a sua pratica clinica em evidência científica, atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando os ganhos em saúde, identificando lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investigando e colaborando em estudos de investigação, interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidencia que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem , discutindo as implicações da investigação e contribuindo para o novo conhecimento e para o desenvolvimento da pratica clínica especializada.

Da mesma forma, e de acordo com o Regulamento nº428/2018 de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o mesmo estabelece como unidade de competência o desenvolvimento da prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica, avaliados através de alguns critérios tais como a utilização de um pensamento sistémico e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente, quer da família, quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar (OE,2018).

O CIE refere que o uso de um método baseado na evidência permite o desafio sobre a abordagem para a prática, mantendo a responsabilidade e permitindo rever constantemente a prática clínica de enfermagem, procurando formas de prestação de cuidados, mais eficazes e eficientes, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar (OE,2012).

Para a qualidade clínica enfermagem é fundamental a relação entre os enfermeiros e a família, sendo que existem diversas investigações que procuram compreender a importância atribuída à família pelos enfermeiros e como as suas atitudes em relação à integração da família nos cuidados afetam o sucesso dos mesmos. (Frade et al,2021)

Para perceber as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados foram identificadas duas escalas como sendo as mais adequadas para esta avaliação são elas: a Family Nurse Practice Scale (FNPS) e a Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA) (Diaz et al.,2019).

5.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Fortin em 2009 salienta que “a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” e “quer o método qualitativo, como o quantitativo são técnicas que permitem a conduta de uma investigação”.

Já Vilelas, em 2022, define investigação científica como a atividade que nos permite obter conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis.

A metodologia refere-se às fases e aos procedimentos que se seguem numa investigação científica para elaborar modelos claros de trabalho (Vilelas,2022).

O conhecimento que resulta da investigação em enfermagem permite exercer a prática com base na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. A enfermagem, enquanto disciplina, sustenta-se na investigação sobre os focos de atenção, os resultados e as intervenções (OE,2006).

Face ao enunciado, a fase metodológica do trabalho de investigação sobre a temática “Atitude dos Enfermeiros Perante a Família nos Cuidados de Saúde” é constituída pela contextualização do estudo, o tipo de estudo, o instrumento de colheita de dados, a operacionalização das variáveis, o procedimento da colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico.

5.2.1. Conceptualização do estudo e objetivos

Perante a mudança de paradigma de centrar a família como alvo dos cuidados dos enfermeiros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, tal como é evidenciado nas competências específicas do EEESF é essencial compreender o impacto da atuação do enfermeiro enquanto agente de mudança nos cuidados centrados na família.

Os objetivos são enunciados de forma declarativa que especificam e evidenciam as variáveis, o teor do estudo e a população. Uma vez que os objetivos de estudo são as principais orientações do mesmo, é necessário que o investigador os tenha sempre presentes durante todo o trabalho no final de curso (Fortin,2009; Sampieri,Collado& Lucio,2006).

Desta forma, a presente investigação pretende dar a conhecer a perceção que os próprios enfermeiros têm acerca da importância da família no processo de cuidar e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo e para tal foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Identificar a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidar.

Objetivos específicos:

Conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar;

Associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família.

5.2.2 Tipo de estudo

De acordo com os objetivos acima definidos, o método de investigação utilizado foi o método quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico e correlacional.

Segundo Vilelas (2022) um estudo quantitativo pressupõe que tudo pode ser quantificável, ou seja, é possível traduzir em números, opiniões, as atitudes e informações para que possam ser classificadas e analisadas.

De acordo com o mesmo autor, em 2009, o mesmo citou Myers (2002), as principais características da investigação quantitativa podemos afirmar que esta colhe dados que comprovem teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos; caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar construtos científicos e hipóteses; é um modelo sistemático e lida com informações objetivas; esta associada a estudos positivistas e confirmatórios.

Trata-se de um estudo analítico pois baseia-se na análise dos dados e correlacional uma vez que permite determinar as relações entre duas ou mais variáveis, quantificadas através de provas estatísticas. A correlação entre duas variáveis é uma condição necessária para concluir que entre ambas exista causalidade. Indica o sentido das relações e o grau de dependência entre as variáveis. Estes estudos são muito eficazes na recolha de uma grande quantidade de dados relativos a um problema (Vilelas, 2022).

O mesmo autor, afirma que os estudos correlacionais medem a relação entre as variáveis mediante um coeficiente de correlação, que estabelece uma relação de variação entre as variáveis. Se variarem no mesmo sentido, ou seja, uma aumenta e a outra também aumenta, a outra também aumenta, ou quando uma diminui, a outra também diminui, ou seja, a correlação é positiva, se variarem no sentido contrário, isto é, quando um aumenta, a outra diminui, estamos perante uma correlação negativa. Quando uma variável aumenta ou diminui e a outra permanece constante, a correlação é nula (Vilelas,2022).

O tipo de estudo descritivo serve para descrever uma realidade e procura conhecer as características de uma população ou fenómeno, sendo ideal para investigar atitudes e descobrir possíveis associações entre variáveis (Vilelas,2022).

Segundo Fortin (2009), nos estudos descritivos e correlacionais, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever estas relações. Sendo que o principal objetivo é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno, permitindo explorar as relações entre as variáveis a fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado.

5.2.3 Questão de investigação

A questão de investigação integra um elemento fundamental do início de uma investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população que se pretende estudar. (Quivy & Campenhoudt, 1998 citado por Fortin, 2009)

De forma a perceber e estudar o valor que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de saúde e a relação entre o enfermeiro e as famílias na prática clínica surge então a seguinte questão de investigação:

- Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à participação das famílias nos cuidados de enfermagem?

5.2.4 Hipóteses

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis e combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos. (Fortin, 2009)

Na tentativa de responder à questão de investigação assim como para tentar estabelecer relações entre as atitudes que os enfermeiros assumem relativamente à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais, foram enunciadas as seguintes hipóteses de investigação:

H1- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género;

H2- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade;

H3- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico;

H4- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional;

H5- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estabelecimento onde exercem funções;

H6- Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família;

5.2.5. Operacionalização das variáveis

Segundo Vilelas (2022), operacionalizar variáveis significa definir conceitos de forma que possam ser observados e medidos.

Uma variável é uma característica observável e mensurável e cada variável que possa influenciar o estudo deve ser definida de forma operativa e padronizada e que permita comparar os resultados com outros estudos de forma clara e inequívoca (Duarte, Gonçalves e Sequeira,2022).

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Por definição, uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores (Fortin,2009).

A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à variável independente (Fortin,2009).

Neste estudo, a variável dependente é a “atitude do enfermeiro face à importância da família” e para operacionalização da mesma foi utilizada a escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al, 2011.

Segundo Fortin em 2009, a variável independente é utilizada para medir o seu efeito na variável dependente.

No presente estudo como variáveis independentes temos o género, a idade, grau académico, tempo de exercício profissional, unidade onde exercem funções, a formação em enfermagem de família.

Tipo de Variável	Variável	Escala de Medida	Continuidade de Variáveis	Opções de resposta
Dependente	Atitude do enfermeiro face à importância da família	Variável qualitativa	Discreta	1-Discordo completamente 2-Discordo 3-Concordo 4-Concordo Completamente
		Variável quantitativa	Continua	A variável será avaliada de

				acordo com a pontuação total da escala, variável entre 26 e 104 pontos
Independente	Género	Variável quantitativa nominal	Discreta	Masculino Feminino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Continua	0 - ∞
	Grau académico	Variável quantitativa nominal	Discreta	Bacharelato Licenciatura Especialidade Pós-graduação Mestrado Doutoramento
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa	Continua	0 - ∞
	Unidade onde exercem funções	Variável quantitativa nominal	Discreta	USF/UCC/UCSP Contexto Hospitalar
	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	SIM NÃO

Quadro 2 – Operacionalização de Variáveis

5.2.6 População alvo e amostra

A população é um conjunto de todos os indivíduos com características comuns e que se encontram num espaço/território conhecido e dos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas,2022).

Sendo o objetivo deste estudo analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e as possíveis relações ou diferenças selecionou-se então como população os enfermeiros.

Como critérios de inclusão temos então todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar no estudo através de um questionário online através da plataforma Google Forms. Tendo obtido uma amostra de 72 enfermeiros. Não sendo aplicado nenhum critério de exclusão para o presente estudo.

5.2.7 Instrumento de Recolha de Dados

A seleção do instrumento de colheita de dados relaciona-se com a determinação da informação que se pretende recolher da realidade e a sua construção apropriada permite que o estudo obtenha a desejada correlação entre a realidade e a teoria (Vilelas,2009).

A técnica mais comum de recolha de dados nos estudos quantitativos é o questionário, composto por questões de resposta fechada previamente estabelecidas e codificadas, o que torna a recolha e o processamento dos dados muito simplificada e rápida (Victoria,2000 citada por Vilelas em 2009).

O questionário aplicado no estudo encontra-se no Anexo 1 e é constituído por duas partes diferentes, a primeira consta dos dados sociodemográficos e na segunda parte é aplicada a escala “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem-Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE), este foi elaborado na plataforma “Forms” do Microsoft Office 365 e divulgado para os grupos de Whatsapp do serviço onde me encontro a trabalhar e do anterior e para o grupo da turma do mestrado. A utilização de questionários online permite uma maior rapidez, facilidade de administração e é mais conveniente para o participante pois pode preencher em qualquer altura que lhe for mais favorável (Batista et al. ,2021).

A versão portuguesa da escala IFCE-AE com 26 itens contempla três dimensões: Família como parceiro dialogante e recurso de coping; Família como recurso nos cuidados de enfermagem; Família como um fardo como podemos verificar na figura abaixo e conta com quatro opções de resposta à qual é atribuída uma pontuação que varia desde (1 ponto) “Discordo completamente” ao (4 pontos) “Concordo completamente”.

Na figura 8 encontram-se as dimensões e itens da escala IFCE-AE.

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

Figura 8 – Dimensões e itens da escala IFCE-AE
Fonte: Oliveira et al,2011

A fidelidade e a validade de uma escala são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. A fidelidade diz respeito ao grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio enquanto a validade se refere ao grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento de medida (Fortin,2009).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. Esta é avaliada através da correlação ou pela covariância de todos os enunciados de um instrumento examinados simultaneamente. Esta operação indica como cada enunciado

está ligado aos outros enunciados da escala. Quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento (Fortin,2022).

O coeficiente α Cronbach foi apresentado para estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em pesquisa, este mede a correlação entre as respostas de um questionário através das análises das respostas dadas pelos participantes. É calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição podendo variar entre 0 e 1. (Cronbach,1951 citado por Vilelas 2022)

A maioria dos autores considera aceitável um α Cronbach $> 0,7$. Quanto menor for a variância individual dos itens e maior variância que estes produzem em conjunto, maior será o coeficiente de fidedignidade ou a consistência interna do instrumento (Pasquali,2003 citado por Vilelas em 2022).

De acordo com Oliveira et al. (2011), após a tradução da escala para a versão portuguesa, a mesma apresentava um α Cronbach de 0,87, ou seja, encontra-se dentro dos valores satisfatórias e praticamente inalteráveis relativamente à escala total, o que comprova a fiabilidade da tradução da mesma.

Para o presente estudo foi calculado o α Cronbach relativo à escala IFCE-AE apresentando um valor de $\alpha = 0,862$, variando entre 0,687 a 0,871 nas três dimensões, concluindo que existe uma boa correlação e homogeneidade dos itens que a compõem.

No quadro 3 apresenta-se o cálculo da fidelidade das várias dimensões da escala validada no presente estudo, através do coeficiente α Cronbach.

Dimensões	Item	α da dimensão
Dimensão 1 – família: parceiro dialogante e recurso de coping	4	0,871
	6	
	9	
	12	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	24	
Dimensão 2 – família: recurso cuidados de enfermagem	25	0,823
	1	
	3	
	5	
	7	
	10	
	11	
	13	
	20	
	21	
Dimensão 3 – família: fardo	22	0,687
	2	
	8	
	23	
	26	
0,862		

Quadro 3 – Cálculo da fidelidade das várias dimensões da escala

5.2.8 Procedimentos formais e éticos

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin,2009).

De acordo com as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem existem seis princípios éticos que devem guiar a investigação são eles: beneficência; maleficência; fidelidade; justiça; veracidade e a confidencialidade (Nunes,2020).

Sendo o instrumento de recolha de dados através de um questionário online foi respeitada a confidencialidade e o anonimato de cada participante, sendo os mesmos informados no início do questionário que o mesmo seria para fins académicos.

O presente estudo de investigação tem por base o projeto “CuidarFam- A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem”, cujo respetivo parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que se encontra no Anexo 1.

5.2.9 Procedimentos e análise de dados

No processo de investigação, é preciso ter em conta o plano teórico e o plano empírico. O plano teórico, convenientemente operacionalizado, indica quais os dados que são necessários obter para satisfazer as questões de investigação. Quanto ao plano empírico, existe uma tentativa de aproximação da teoria à prática, através de um tipo de estudo concretizado, utilizando técnicas de recolha de dados que sintetizarão os dois planos mencionados de forma a obtermos a informação necessária (Vilelas, 2022).

Finalizada a fase de recolha de dados é possível retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado no início do trabalho. Mas para se chegar a uma conclusão é preciso que os dados sejam organizados e ordenados. São essas ações que integram o chamado processamento de dados (Vilelas,2022).

No presente estudo foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial.

A estatística descritiva consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos como: gráficos, quadros e indicadores numéricos (Reis,1996, citado por Vilelas,2022). Estatística descritiva é definida como um conjunto de técnicas e regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou população, sem distorção nem perda de informação (Huot,2002, citado por Vilelas,2022).

Para além da descrição dos dados, a estatística inferencial pretende ajudar a inferir até que ponto os nossos resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas,2022).

Existem duas dimensões na análise dos resultados, uma em que a estatística revela até que ponto o que se vê na amostra é estatisticamente significativo, e outra em que se procura

verificar até que ponto os resultados implicam associações entre variáveis ou diferenças importantes (Vilelas,2022).

Para o processamento de dados do presente estudo de investigação foi utilizado o programa estatístico- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para a verificação das hipóteses é necessário escolher o teste estatístico mais adequado – teste paramétrico ou não paramétrico. A função dos dois tipos de testes é idêntica, ou sejam, ambas pretendem verificar se os resultados de uma experiência ocorreram devido a flutuações aleatórias causadas por variáveis desconhecidas. A diferença entre os testes mencionados, diz respeito ao método de cálculo desta probabilidade (Green e D’Oliveira, 1991 citado por Vilelas,2022) .

Metodologia:

Relativamente às técnicas de estatística descritiva foram aplicadas:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%)
- Medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}), mediana (*me*), moda (*mo*)
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (σ), máximos e mínimos

Quanto às técnicas de estatística inferencial para avaliação da aderência da distribuição dos dados à normalidade, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (Tabela 1), método estatístico mais adequado para amostras desta dimensão (n=72), conforme recomendado por Marôco(2007).

Os resultados obtidos revelaram uma distribuição não normal para a maioria das dimensões analisadas. Especificamente:

- “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, o teste aplicado apresentou um valor de $p=0,039$
- “Família como um fardo”, o $p= 0,013$

Em ambos os casos, os valores de significância inferiores a 0,05 permitem rejeitar a hipótese da normalidade da distribuição. Apenas na dimensão “Família como recurso dos cuidados de enfermagem” foi possível verificar um valor de p superior a 0,05 ($p>0,05$), indicando que esta dimensão apresenta uma distribuição normal.

Estes resultados sugerem a necessidade de cuidados especiais na escolha de métodos estatísticos subsequentes, particularmente no que diz respeito às duas dimensões que não apresentam uma distribuição normal. Desta forma, a abordagem analítica, deverá ter em conta esta particularidade da distribuição de forma a garantir a robustez nas conclusões.

Dimensões da Escala IFCE-AE	Kolmogorov - Smirnov		
	Estatística	n	p
Família como parceiro dialogante e recurso de <i> coping </i>	0,107	72	0,039
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	0,073	72	0,200
Família como um fardo	0,119	72	0,013

Tabela 1 – Teste Normalidade Kolmogorov-smirnov - Dimensões da Escala IFCE-AE

Em suma, como a amostra do estudo não apresentou uma distribuição normal nas principais dimensões analisadas, optou-se pela utilização de testes não paramétricos para as análises inferenciais.

Estes testes constituem uma alternativa eficaz quando não são verificados os pressupostos necessários para a utilização de testes paramétricos, nomeadamente a normalidade da distribuição (Marôco,2007).

Os testes não paramétricos apresentam uma vantagem de não exigirem qualquer suposição prévia sobre a distribuição da variável em estudo, tornando-os adequados para a presente análise.

Para avaliar a relação entre a variável dependentes e as variáveis quantitativas contínuas ou ordinais, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (Mâroco,2007). Quando a amostra é composta por dois grupos, aplicou-se o teste de Mann-Whitney para analisar a variação da variável dependente. Nos casos em que são analisados mais de dois grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

A apresentação de resultados será efetuada através de tabelas descritivas, que permitem uma visualização clara e objetiva dos dados, facilitando a interpretação dos achados.

Na tabela abaixo conseguimos verificar a avaliação estatística para cada altitude e dimensão dos enfermeiros perante a família.

5.3 RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo serão apresentados de forma sistemática, organizados segundo as diferentes dimensões analisadas. Inicialmente, serão expostos os dados descritivos referentes às características da amostra, seguidos pelos principais achados das análises estatísticas realizadas.

Em virtude da não normalidade dos dados, comprovadas pelos testes de Kologorov-smirnov, todas as análises inferenciais foram conduzidas mediante a aplicação de testes não

paramétricos. Os valores serão apresentados sob a forma de medianas e valores interquartis, acompanhados dos respetivos valores de p , permitindo uma avaliação rigorosa das associações estatisticamente significativas,

Esta abordagem de apresentação visa garantir uma exposição clara e objetiva dos resultados, facilitando a sua interpretação no contexto dos objetivos do estudo.

Caracterização sociodemográfica:

Na parte da apresentação dos resultados iremos apresentar os dados demográficos de uma amostra de 72 enfermeiros, atendendo a características como: idade, anos de exercício profissional, sexo, estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização, contexto de trabalho e formação na área de enfermagem de família.

Relativamente à tabela 2 é possível verificar que a amostra é predominantemente do sexo masculino.

Género	n	%
Masculino	10	13,90
Feminino	62	86,10

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género (n=72)

A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra com base na variável idade dos participantes. A idade mínima observada foi de 24 anos e a máxima de 61 anos.

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	72	24,00	61,00	40,43	10,693

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a idade

A tabela 4 mostra a distribuição dos participantes quanto ao estado civil. A maioria é casada ou vive em união de facto, totalizando 50 indivíduos. Apenas 17 participantes são solteiros e 5 são divorciados. Estes dados indicam uma predominância de participantes com relacionamentos estáveis na amostra.

Estado Civil	n	%
Solteira	17	23,60
Casado(a)/União de facto	50	69,40
Separado(a)/divorciado(a)	5	6,90

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil (n=72)

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra com base no nível de escolaridade dos participantes. A maioria possui licenciatura (56 enfermeiros), 13 participantes têm mestrado enquanto 2 enfermeiros indicaram ter outro tipo de formação. Por fim, apenas 1 enfermeiro possui o bacharelato como nível de escolaridade.

Grau académico	n	%
Bacharelato	1	1,40
Licenciatura	56	77,80
Mestrado	13	18,10
Outro	2	2,80

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o grau académico (n=72)

A tabela 6 apresenta a maioria da distribuição conforme o título profissional dos participantes. A maioria é composta por enfermeiros totalizando 49 participantes enquanto 23 possuem o título de enfermeiro especialista.

Título profissional	n	%
Enfermeiro(a)	49	68,10
Enfermeiro (a) especialista	23	31,90

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o título profissional (n=72)

Entre os enfermeiros especialistas nas áreas com maior número de profissionais foram Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermagem de saúde Infantil e Pediatria e Enfermagem Médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica, cada uma com 5 participantes. Por outro lado, as áreas com menor representação foram Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica, com apenas 1 participante cada.

Área de Especialização do enfermeiro (a) especialista	n	%
ESMO	5	6,90
ESC	1	1,40
ESP	3	2,80

ESIP	5	6,90
ESMP	1	1,40
ER	3	4,20
EPSCMC	5	6,90

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a área de especialização do enfermeiro(a) especialista (n=23)

Na tabela 8 apresenta a distribuição da amostra conforme os anos de exercício profissional dos 72 participantes. O tempo mínimo de atuação foi de 2 anos e o máximo de 41 anos. A media de tempo de exercício profissional foi de 17,50 anos, com um desvio padrão de 9,807, indicando uma ampla variação na experiência profissional entres os participantes.

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Anos de exercício profissional	72	2,00	41,00	17,50	9,807

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional (n=72)

A maioria dos participantes atua em Cuidados de Saúde Diferenciados, representando 66 profissionais. Em contraste apenas 1 participante trabalha em Lar o que constitui a menor proporção da amostra.

Contexto de Trabalho	n	%
Cuidados de Saúde diferenciados	66	91,70
Cuidados de Saúde Primários	5	6,90
Lares	1	1,40

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o contexto de trabalho (n=72)

Em relação à formação no âmbito de enfermagem da família, 40 participantes referiram não possuir formação na área, enquanto 32 afirmaram ter recebido formação. Estes dados indicam que a maioria da amostra ainda não possui qualificação específica em Enfermagem de Família.

Formação no âmbito da Enfermagem de Família	n	%
Sim	32	44,40
Não	40	55,60

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a Formação no âmbito da Enfermagem de Família (n=72)

Entre os 32 participantes que referiram ter formação no âmbito de enfermagem de família, a maioria desenvolveu essa formação em contexto académico, representando 19 profissionais. A formação contínua foi mencionada por 10 participantes, no entanto em 3 casos a informação no foi especificada.

Contexto onde desenvolveu formação	n	%
Contexto académico	19	26,40
Formação contínua	10	13,90
Missing	3	4,20

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o contexto onde desenvolveu formação (n=32)

Na tabela 12 é possível verificar os resultados da estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE, considerando a amostra de 72 participantes.

Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, a média foi de 37,86, a mediana de 38 e a moda de 36, com desvio padrão de 5,387. Já na dimensão “Família como recurso de cuidados de enfermagem”, observou-se média de 32,68, mediana de 33 e moda de 29, com desvio padrão de 4,168. Para a dimensão “Família como um fardo”, a média foi de 8,69, mediana e moda iguais a 9 e desvio padrão de 2,570. O score total da escala apresentou média de 79,23, mediana de 79 e moda de 74, com desvio padrão de 8,348. Os valores mínimos e máximos indicam variações amplas em todas as dimensões, demonstrando diversidade nas perceções dos participantes em relação ao papel da Família nos cuidados de enfermagem.

	Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Família como um fardo	Score Total da Escala IFCE-AE
Média	37,86	32,68	8,694	79,23

Mediana	38	33	9	79
Moda	36	29	9	74
Desvio padrão	5,387	4,168	2,570	8,348
Mínimo	21	18	4	54
Máximo	48	40	15	96

Tabela 12 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE (n=72)

Análise inferencial das hipóteses

Relativamente às hipóteses enunciadas, as mesmas serão analisadas usando testes não paramétricos.

H1: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género?

Na tabela 13, analisou-se a relação entre o género dos participantes e as três dimensões da Escala IFCE-AE, utilizando o teste de Mann-Whitney. Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino em nenhuma das dimensões validadas, uma vez que os valores de significância foram superiores a $p > 0,05$ em todos os casos.

Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, a distribuição das médias foi ligeiramente superior no género masculino em comparação ao feminino. Na dimensão “Família como recurso dos cuidados de enfermagem”, o género masculino também apresentou uma distribuição das médias mais elevadas em relação ao feminino. Já na dimensão “Família como um fardo”, a distribuição das médias mais elevadas foi observada no género feminino, enquanto o masculino apresentou uma média inferior.

Dimensões da Escala					
IFCE-AE	Género	n	Média	p	
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Masculino	10	37,65	0,851	
	Feminino	62	36,31		
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Masculino	10	40,75	0,487	
	Feminino	62	35,81		
Família como um fardo	Masculino	10	25,35	0,067	
	Feminino	62	38,30		

Tabela 13 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género – Teste de Mann-Whitney (n=72)

H2: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade?

A Tabela 14 apresenta os resultados do teste de correlação de Spearman aplicado para verificar a existência da relação entre a idade dos enfermeiros e as suas atitudes face à família, conforme avaliadas pelas três dimensões da Escala de IFCE-AE.

Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, o coeficiente de Spearman foi de 0,123 sendo uma correlação fraca, com um valor de $p=0,303$. Já na dimensão da “Família como recurso dos cuidados de Enfermagem”, observou-se um coeficiente de $-0,086$ sendo uma correlação fraca e negativa, com $p=0,472$. Por fim, na dimensão “Família como um fardo”, o coeficiente foi de $-0,064$ também ela fraca e negativa, com $p=0,592$.

Em todas as dimensões, os valores de p são superiores a 0,05, o que indica que não existem relações estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e as suas atitudes face à família. Além disso, os coeficientes de correlação são fracos, o que reforça a inexistência de uma associação relevante entre as variáveis analisadas.

Dimensões da Escala IFCE-AE	rô de Spearman	
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Coeficiente de Correlação	0,123
	p	0,303
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Coeficiente de Correlação	-0,086
	p	0,472
Família como um fardo	Coeficiente de Correlação	-0,064
	p	0,592

Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman (n=72)

H3: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico?

A tabela 15 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis par avaliar a relação entre o grau académico dos enfermeiros e as três dimensões da Escala de IFCE-AE.

Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com um valor de H de Kruskal-Wallis de 1,732 e $p=0,630$. As médias das posições variam entre 29,50 para o grupo “outro” e 59,00 para os enfermeiros com barcharelato.

Já na dimensão “Família como um fardo”, foi identificada uma diferença estatisticamente significativa entre os graus académicos, evidenciada por um valor de H de 11,325 e $p=0,010$. Os enfermeiros com bacharelato apresentaram a média de posição mais alta (71,50), enquanto os profissionais com mestrado tiveram a média mais baixa (21,00).

Dessa forma, pode concluir-se que apesar de não existirem diferenças significativas entre os graus académicos nas duas primeiras dimensões, a dimensão como um fardo revela uma associação significativa com o grau académico, sugerindo que a perceção da família como um fardo varia de acordo com a formação académica dos enfermeiros.

Dimensões da					
Escala IFCE-AE	Grau académico	n	Média	H de Kruskal-Wallis	p
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Bacharelato	1	59,00	1,732	0,630
	Licenciatura	56	35,92		
	Mestrado	13	38,19		
	Outro	2	29,50		
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Bacharelato	1	59,00	2,220	0,528
	Licenciatura	56	35,13		
	Mestrado	13	41,38		
	Outro	2	31,75		
Família como um fardo	Bacharelato	1	71,50	11,325	0,010
	Licenciatura	56	39,54		
	Mestrado	13	21,00		
	Outro	2	34,50		

Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal-Wallis (n=72)

H4: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e tempo de exercício profissional?

Relativamente à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional, os resultados apresentados na tabela 16 indicam a aplicação do teste de correlação de Spearman nas três dimensões da Escala IFCE-AE.

Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, foi obtido um coeficiente de correlação de 0,144 com um valor se significância de $p=0,229$, indicando uma correlação positiva desprezível e estatisticamente não significativa.

Na dimensão “Família como recurso de cuidados”, o coeficiente de correlação foi de -0,080 com $p=0,503$, sugerindo uma correlação negativa desprezível e não significativa.

Por fim, a relação da “Família como fardo”, o valor de r foi de -0,084, com $p=0,482$, evidenciando também correlação negativa desprezível e estatisticamente não significativa.

Deste modo, pode-se concluir que não se verifica relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face à família em nenhuma das três dimensões avaliadas.

Dimensões da Escala IFCE-AE	rô de Spearman	
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Coeficiente de Correlação	0,144
	p	0,229
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Coeficiente de Correlação	-0,080
	p	0,503
Família como um fardo	Coeficiente de Correlação	-0,084
	p	0,482

Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional – Teste de Spearman (n=72)

H5: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família o estabelecimento onde exercem funções?

Na tabela 17 relativa à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tipo de estabelecimento onde exerce funções, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários apresentaram a média de pontos mais elevada (63,10), seguidos pelos Lares (30,00) e por fim, os Cuidados de Saúde Diferenciados (34,58). A análise estatística revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($H=8,779$; $p=0,012$), indicando que a percepção do enfermeiro nesta dimensão varia em função do contexto de trabalho.

Na dimensão “Família como recurso de cuidados” verificou-se novamente uma média mais elevadas nos Cuidados de Saúde Primários (64), seguida dos Lares (38,50) e pelos Cuidados de Saúde Diferenciados (34,39). Também nesta dimensão o teste de KRuskal-Wallis revelou uma diferença estatisticamente significativa ($H=9,377$; $p=0,009$), o que reforça a existência de uma associação entre o local de exercício profissional e a atitude do enfermeiro face à família enquanto recurso de cuidados.

Por outro lado, na dimensão “Família como um fardo”, as médias foram semelhantes entre os grupos: Cuidados de Saúde Diferenciados (37,27), Cuidados de Saúde Primários (28,10) e Lares (28). Neste caso, não se verificou diferença estatisticamente significativa ($H=1,077$; $p=0,584$), o que indica ausência de associação relevante nesta dimensão.

Em suma, os resultados sugerem que a unidade funcional onde o enfermeiro exerce funções se associa de forma significativa com a perceção da família como parceira e como recurso de cuidados, mas não com a perceção da família como um fardo.

Dimensões da Escala IFCE-AE	Género	n	Média	H de Kruskal-Wallis	p
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Cuidados de Saúde diferenciados	66	34,58	8,779	0,012
	Cuidados de Saúde Primários	5	63,10		
	Lares	1	30,00		
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Cuidados de Saúde diferenciados	66	34,39	9,377	0,009
	Cuidados de Saúde Primários	5	64,00		
	Lares	1	38,50		
Família como um fardo	Cuidados de Saúde diferenciados	66	37,27	1,077	0,584
	Cuidados de Saúde Primários	5	28,10		
	Lares	1	28,00		

Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções - Teste de Kruskal-Wallis (n=72)

H6: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família?

Na tabela 18, observa-se que a aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com e sem formação em

enfermagem de família nas três dimensões da escala IFCE-AE, com todos os valores de significância $p < 0,05$. Estes resultados permitem concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a formação na área e a atitude do enfermeiro face à família. Quanto à distribuição das médias das respostas, verifica-se que na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, os enfermeiros com formação apresentaram uma média mais elevada (43) em comparação aos sem formação (31,30), o que sugere uma perceção mais positiva e colaborativa da família no cuidado.

Na dimensão “Família como recurso dos cuidados de enfermagem”, a média dos enfermeiros com formação (44,58) também superou a dos sem formação (30,04), indicando um maior reconhecimento do papel da família como elemento integrante dos cuidados.

Por outro lado, na dimensão “Família como um fardo”, os enfermeiros com formação apresentaram uma média significativamente inferior (28,77) à dos que não possuem formação (42,69), evidenciando uma menor perceção da família como obstáculo ou sobrecarga no contexto assistencial.

Estes dados reforçam a importância da formação específica em enfermagem de família para o desenvolvimento de atitudes positivas e integradoras por parte dos enfermeiros face à presença e participação da família no processo de cuidar.

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com e sem formação em enfermagem de família nas três dimensões da escala IFCE-AE, com valores de p inferiores a 0,05, evidenciando que a formação está associada a atitudes mais positivas face à família, refletidas em médias mais elevadas nas dimensões “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como recurso dos cuidados de enfermagem” e numa perceção menor da “Família como um fardo”.

Dimensões da Escala IFCE-AE	formação		n	Média	p
	em enfermagem de família				
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Sim		32	43,00	0,018
	Não		40	31,30	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim		32	44,58	0,003
	Não		40	30,04	

Família como um	Sim	32	28,77	0,005
fardo	Não	40	42,69	

Tabela 18 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família – Teste de Mann-Whitney (n=72)

5.4 DISCUSSÃO

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) revela que a prática baseada na investigação é uma marca da enfermagem profissional.

A investigação em enfermagem é fundamental para os cuidados de saúde com qualidade e é necessária para gerar novo conhecimento e desenvolver ciência/disciplina, avaliar as práticas e serviços existentes, e fornecer evidência que irá formar a educação, a prática, a investigação e gestão em enfermagem (OE,2012).

Nem toda a evidência hoje existente é robusta e confiável sendo essencial o enfermeiro identificar a melhor evidência disponível, mas que também a saiba usar no seu dia-a-dia sob a forma de conhecimento, tendo em conta as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo utilizando a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local (OE,2012).

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 (Fortin,2009; Ribeiro,2008).

O presente estudo deu ênfase à importância que os enfermeiros atribuem à família bem como as suas atitudes no relacionamento e contexto de cuidados em que a família está presente, evidenciando a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas e as atitudes demonstradas pelos enfermeiros. O mesmo foi operacionalizado através da aplicação da escala IFCE-AE, de forma a responder à questão de investigação inicialmente formulada: “Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à participação das famílias nos cuidados de enfermagem?”

Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados tendo em conta a questão formulada e os objetivos definidos, comparando-os com a literatura existente acerca da temática abordada.

A discussão dos resultados vai ser estruturada de acordo com os objetivos propostos.

Objetivo geral:

Identificar a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidar.

Para a identificação das atitudes dos enfermeiros foi utilizada a escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), avaliando as dimensões respeitantes à atitude dos enfermeiros e a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem: “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” (atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento do dialogo 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) e no presente estudo de investigação apresentou um valor de $\alpha = 0,862$, variando entre 0,687 a 0,871 nas três dimensões, concluindo que existe uma boa correlação e homogeneidade dos itens que a compõem. O valor obtido neste estudo vai de encontro aos estudos de Alves (2011), Fernandes (2015), Tavares (2017), Henriques e Santos (2019) ou Frade et.al, 2021).

Quanto maior o score obtido nas dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como um recurso de cuidados de enfermagem” e menor na dimensão “Família como um fardo”, mais atitudes de suporte serão reveladas e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Ângelo et al.,2014; Silva et al.,2013).

Sobre as diferentes dimensões da escala aplicada IFCE-AE, os valores obtidos neste estudo são semelhantes a outros estudos. Tendo em consideração os valores máximos para cada dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” (valor máximo de 48) e “Família como recurso de nos cuidados” (valor máximo de 40) e “Família como fardo” (valor máximo de 16), para o estudo atual, verificou-se na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” uma média de 37,86 e na dimensão de “Família como recurso dos cuidados de enfermagem “ uma média de 32,68. Relativamente à dimensão “Família como um fardo” observou-se uma média de 8,694.

Conclui-se assim, que no estudo atual, de entre as atitudes mais favoráveis os enfermeiros percebem em primeiro lugar a família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, o que é corroborado por Martins, M. et al (2010), Rodrigues (2013), Sousa (2011). No entanto, os estudos de Alves (2011), Oliveira et al. (2011) apontam a família como recurso de cuidados como a dimensão mais distinguida na atitude dos enfermeiros.

Esta diferença de atitudes adotadas pelos enfermeiros pode ser relacionada pelos diferentes contextos onde exercem funções. O estudo de Oliveira et al., (2011) foi realizado em contexto comunitário enquanto o de Alves (2011) foi realizado em contexto hospitalar, e o presente estudo foi realizado em diferentes contextos da prática clínica

Objetivo específico: Conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar;

Na análise da escala total verificou-se que relativamente à dimensão da escala “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” os enfermeiros responderam “concordo completamente” a algumas atitudes das quais se destacam “é importante sabem quem são os membros da família do utente” e “os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.” Wright e Leahey (2009) afirmam que a família é quem os seus membros dizem quem são. O convite dos enfermeiros para os familiares participarem nos cuidados vem fomentar uma relação forte com a família de forma a conhecer os seus membros e naturalmente promover a saúde, prevenir as doenças e controlar situações mais complexas.

Simultaneamente, os enfermeiros ajudam a família a identificar os agentes stressores assim como as forças da família, de forma a planearem as intervenções necessárias as suas necessidades (Kaakinen & Hanson,2010), de forma a capacitar a família face às suas exigências e especificidades do seu desenvolvimento. No estudo atual também foi possível verificar que os enfermeiros do presente estudo demonstraram valorizar a atitude “Encorajo a família a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações”.

Através do diálogo e da parceria enfermeiro/família é possível conhecer os antecedentes familiares, identificar a estrutura família, sintomatologia atual e os fatores de risco que possam afetar o seu estado de saúde. A relação terapêutica torna-se um pilar fulcral para estabelecer uma relação com a família, tendo como objetivo encontrar soluções que irão ao encontro das

suas necessidades. As atitudes “Considero os membros da família como parceiros” e “convido os membros da família a falarem sobre as alterações do estado do utente” foram evidenciadas pelos enfermeiros do estudo.

Os enfermeiros funcionam como elo entre a família, os restantes profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade e continuidade de cuidados à família ao longo de todo o ciclo vital. Estes são também parceiros na promoção da saúde e prevenção da doença, manutenção e recuperação dos processos potenciando ao máximo a sua autonomia. Perante isto, “vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação” e “É importante dedicar tempo às famílias” são outras as atitudes que os enfermeiros do presente estudo revelaram ter face à importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à dimensão “Família como um fardo” é possível verificar que o enfermeiro não tem essa perceção, no entanto é de notar que, segundo Benzein et al., 2008b, os enfermeiros referem que não tem tempo para cuidar das famílias e daí consideram que são um fardo para o seu trabalho e a sua presença é vista como uma fonte de stress e de dificuldades para a sua concretização do trabalho em enfermagem.

Objetivo específico: Associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família.

Os resultados obtidos das associações das variáveis sociodemográficas e a escala IFCE-AE indicam a não existência de associações estatisticamente significativas das dimensões as escalas com as variáveis: género, idade, grau académico, tempo de exercício profissional, estabelecimento onde exercem funções, formação em enfermagem de família.

Analisando os dados relativos à primeira hipótese colocada “estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a género” e tendo em conta a composição da amostra verificou-se que a mesma é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino (86,10%) e apenas 13,90% do sexo masculino. Tais dados são congruentes com os dados relativamente à população de enfermeiros em Portugal, em que a OE, em 2022, com o seu anuário estatístico refere que cerca de 82% dos enfermeiros são do sexo feminino.

Pode verificar-se que apesar das médias de respostas obtidas em cada uma das dimensões avaliadas evidenciaram atitudes mais positivas que permitissem estabelecer uma relação entre o género masculino e o feminino nas três dimensões da escala IFCE-AE; o mesmo é corroborado pelos resultados obtidos em 2011 por Oliveira et al. e Alves no mesmo ano,

Rodrigues (2013) ou Fernandes et al (2015) em que apesar das enfermeiras apresentarem atitudes mais favoráveis com as famílias, não se obtiveram diferenças estatisticamente relacionadas com o género. Há, no entanto, alguns estudos que evidenciaram o contrário, Wright e Leahey em (2005), assinalam uma atitude menos favorável para “Famílias como recurso no cuidado de enfermagem e como parceiro de diálogo” sendo os enfermeiros do sexo masculino. Já Benzein et al., (2008) constataram que as enfermeiras apresentam mais atitudes favoráveis para com as famílias do que os enfermeiros.

No que diz respeito à hipótese “estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade”, no que concerne à caracterização desta variável a média de idades dos enfermeiros em estudo é de 40,43 anos variando dos 24 aos 61 anos. Analisando o anuário estatístico relativo ao ano de 2021 da OE refere que o grupo etário com maior representatividade é a faixa etária dos 36 aos 40 anos. A idade como variável independente apresenta características particulares dependendo da amostra estudada, já que a mesma se torna difícil de poder generalizar ou retirar ilações sobre a mesma.

Esta hipótese evidencia em cada dimensão avaliada uma correlação insignificante e constatou-se que também não se identificam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$ em cada uma das dimensões estudadas) que permitisse estabelecer uma relação face às atitudes dos enfermeiros perante a família e a idade. O mesmo foi corroborado por Alves (2011), Rodrigues (2013) ou Pires (2016) onde não se evidencia associação significativa entre a idade e as dimensões estudadas.

No entanto, Frade et al, (2021) e Silva et al, (2013) referem que os enfermeiros de mais idade tendem a apresentar atitudes de maior suporte e atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Quanto à hipótese “estabelece-se relação entre atitude do enfermeiro face à família e o grau académico”, relativamente à constituição da amostra 77,80% dos enfermeiros são licenciados, 1,40% tem o bacharelato, 18,10% tem mestrado e às outras formações corresponde a uma percentagem de 2,80%.

No presente estudo, verificaram-se crescentes médias nas atitudes favoráveis à presença da família “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” na habilitação de bacharelato. Estes resultados são contrários aos resultados obtidos por outros autores que defendem que quando mais diferenciado é o grau

académico mais favoráveis são as atitudes dos enfermeiros perante a família. (Freitas,2009; Sousa,2011, Martins et al,2012).

Já na dimensão “Família como um fardo”, foi identificada uma diferença estatisticamente significativa entre os graus académicos, evidenciada por um valor de H de 11,325 e $p=0,010$. Os enfermeiros com bacharelato apresentaram a media de posição mais alta (71,50), enquanto os profissionais com mestrado tiveram a média mais baixa (21,00).

No entanto, nos estudos de Oliveira et al (2009) e Alves (2011) e Tavares (2017), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que revelem associações das habilitações académicas sobre as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

Na hipótese “estabelece-se relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional”, e quanto à estatística descritiva desta variável, verificou-se que o tempo de exercício profissional variou entre os 2 anos e os 41 anos de serviço, com uma média de 17,5. Os dados obtidos vão de encontro a estudos realizados posteriormente em que variam de 14,87 no estudo de Pires (2016); 16,37 no estudo de Silva et al.,(2013) e de 18,63 no estudo de Frade et al, (2021).

Em cada uma das dimensões avaliadas evidencia-se uma correlação insignificante; ao mesmo tempo os valores de significância com $p>0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas da escala, não permitem estabelecer relação entre a variável dependente e o tempo de exercício profissional, o que vai de encontro aos estudos de Rodrigues (2013), Pires (2016) ou Tavares (2017), que revelaram não existir significância estatística entre ambas as variáveis.

O contrário é possível verificar no estudo de Frade et al., (2021), que se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas que permitem atribuir maior importância à família, quanto maior for os anos de exercício profissional.

Quanto à hipótese “estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estabelecimento onde exercem funções, analisando a estatística descritiva da amostra relativamente à variável independente, 91,70% exercem funções em cuidados de saúde diferenciados, 6,90 em Cuidados de Saúde Primários e 1,40% em lares.

Os enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde primários e em lares acabam por ter mais atitudes positivas em relação à família do que os enfermeiros que trabalham em cuidados de Saúde diferenciados. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Oliveira et

al, (2011) e Silva (2013) que afirmam que os enfermeiros em USF apresentam valores médios superiores aos dos restantes enfermeiros.

Quanto à dimensão “Família como um fardo” foi possível verificar que as médias foram semelhantes o que indica que não se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Em suma, os resultados comprovaram que a unidade onde o enfermeiro exerce funções se associa diretamente com a perceção que tem perante a família como parceira e como recurso, mas não na perceção da família como um fardo.

No que se refere à hipótese: estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família, analisando a constituição da amostra verifica-se que apenas 44,40% dos inqueridos possuem formação de enfermagem de família e 55,60 referem não ter formação na área. Estes valores vão de encontro aos estudados por Pires (2016), Silva et al (2013) que referem que a maioria da amostra não apresenta formação em enfermagem de família.

Apesar de menos de metade dos enfermeiros possuírem esta experiência formativa, verificou-se que existem diferenças significativas relativas à atitude dos enfermeiros com e sem formação em enfermagem de família tanto nas suas dimensões como na sua globalidade, o que permite concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a formação na área e a atitude do enfermeiro face à família.

Tal resultado é corroborado por Silva et al (2013) em que afirma que nas dimensões de “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “família como um fardo” os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam valores mais representativos face à dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” revelando assim atitudes de maior suporte quanto à família.

CONCLUSÃO

Ao longo dos tempos a sociedade tem vindo a ser alvo de grandes mudanças não só sociodemográficas, mas também políticas, económicas e culturais o que levou a profundas mudanças nas famílias. Apesar de todas as mudanças, a necessidade de existir um acompanhamento individual e familiar, mantém-se cada vez mais relevante e pertinente, face às necessidades e processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Esta preocupação é notória e reflete-se na importância da prática de enfermagem de família, em que cada vez mais é reconhecido o papel do enfermeiro de família nos CSP com uma importância extrema em todas as etapas do ciclo vital. Para isso é necessário conhecer o funcionamento da família, de forma a potenciar as suas forças e a reduzir as suas fraquezas.

Para esta intervenção é necessário investir na formação especializada dos profissionais de enfermagem na área de saúde familiar, apostando na formação continua por parte das instituições, já que é sabido da sua relevância quando se fala em ganhos em saúde.

A par desta necessidade de formação, surge também a necessidade de mais investigação sobre a temática abordada, pois a investigação permite a produção de conhecimento e o facto de gerar conhecimento sobre uma determinada área de estudo permite aos enfermeiros adotar ferramentas essenciais para a sua prática de cuidados e para a qualidade dos cuidados prestados à família.

Partindo da questão da investigação: “Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à participação das famílias nos cuidados de enfermagem?” foi possível conhecer o valor da família na participação nos cuidados de enfermagem para os enfermeiros que colaboram neste estudo.

O tratamento de dados, dada a inexperiência nesta área, constituiu um desafio pessoal que foi ultrapassado através de pesquisas bibliográficas e as dúvidas que foram surgindo ao longo do percurso foram suprimidas pela orientação académica.

No entanto, ao longo deste percurso, procurei dar resposta aos objetivos e responder à questão de investigação que foi o ponto de partida para o estudo, de forma a compreender as atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar nos diferentes contextos de exercício profissional, cujo o enquadramento teórico, o processo de análise, a investigação e avaliação permitiram chegar às conclusões já enunciadas onde sobressai a importância atribuída a família pelos enfermeiros.

Em relação ao objetivo específico: associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família, foi possível verificar que as mesmas não são estatisticamente significativas demonstrando que na sua maioria todos os enfermeiros atribuem importância à mesma.

Estes resultados vão de encontro às diretrizes do foco da prática de enfermagem tendo por base a interação enfermeiro/utente, família, grupos e comunidade.

Como possível limitação do estudo destaco a pouca formação existente na área de enfermagem de família.

Perante isto, sinto que é imperatório a existência de mais formação especializada na área e formação em contexto de licenciatura, de forma que seja atribuída à família uma maior importância nos cuidados, mesmo que em muitos contextos de cuidados de saúde diferenciados que por vezes não é possível a sua integração.

Com a finalização desta investigação, sinto que concretizei os objetivos a que me propus no início do mesmo, contribuindo desta forma para a obtenção de ganhos em saúde muito significativos. A elaboração do presente relatório permitiu o meu crescimento não só a nível profissional como também a nível pessoal, na medida que consegui ultrapassar as dificuldades que se depararam no meu caminho enquanto enfermeira e como futura enfermeira especialista.

Através da descrição das atividades realizadas foi possível dar importância e visibilidade ao caminho formativo desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar.

Apesar das dificuldades sentidas na elaboração do presente relatório, são evidentes as aprendizagens e experiências que irei levar para a minha prática diária enquanto enfermeira especialista, desempenhando um papel ativo, no núcleo de uma equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *Desequilíbrios familiares*. Quarteto Editora.
- Alves, C. M. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., Santos, C. C. S., Martinho, M. J. C. M., & Martins, M. M. F. P. S. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74-79.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Araújo, C. (2014). *Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Repositório aberto da Universidade do Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M., Andrade, L., Vilar, I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In J. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 32–44). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10400.26/31850>
- Basto, C. P. M. (2020). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal*. (Tese de doutoramento).
- Batista, B., Rodrigues, D., Moreira, E., & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: Inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista?. In P. Sá, A. Costa, & A. Moreira (Eds.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: Recolha de dados* (pp. 13-36). UA Editora.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *IDG ACES – Visão Indicadores USF*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idgaces/Paginas/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *ACES Baixo Mondego*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061393/Paginas/default.aspx>
- Biro, P., Dervaux, P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en Soins Infirmiers*, 80(1), 28–35. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>
- CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem. (2022). *Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem*. Instituto Politécnico de Leiria, ciTechCare.
- Díaz, C., Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T., & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2299-2312. <https://doi.org/10.1111/jan.14049>
- Direção Geral da Saúde. (2025). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf>
- Duarte, J., Gonçalves, A., & Sequeira, C. (2022). Metodologia da investigação quantitativa. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lidel.
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto).
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lusociência.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L., & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483/4700>

- FLOWERS, K., ST JOHN, W., & BELL, J. (2008). The role of the clinical laboratory in teaching and learning family nursing skills. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 242-267.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lusociência.
- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freitas, A. P. C. (2009). *Enfermagem com famílias: perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira*. (Tese de doutoramento).
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice* (4th ed.). Appleton & Lange.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. (Edição ou Local não especificado: Editora não especificada).
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2ª ed.). Lusociência.
- Henriques, C. M. G., & de Jesus Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40.
- Henriques, P. (2022). Visitação domiciliária do recém-nascido. Cova da Beira: UCSP do Teixoso. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/2050333/COMO%20FAZEMOS/Visita%C3%A7%C3%A3o%20domicili%C3%A1ria%20ao%20RN.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *População estrangeira residente no município*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&seITab=tab3
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *População Total na Figueira da Foz*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009259&contexto=pe&selT a=tab2&xlang=PT
- International Council of Nurses. (2011). *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Cadernos OE, Série 2(3). Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Nursing Practice*. Geneva. Recuperado de https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *IFNA position statement on planetary health and family health*. Recuperado de <https://internationalfamilynursing.org/2020/04/18/ifna-position-statement-on-planetary-health-and-family-health/>
- Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. (2010). Theoretical foundations for the nursing of families. In J. R. Kaakinen, D. P. Gedaly-Duff, D. P. Coelho, & S. M. Hanson (Eds.), *Family health care nursing: Theory, practice and research* (4th ed., pp. 63–102). F. A. Davis Company.
- Leininger, M. (1960). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Lusodidata.
- Machado, T. C. M., Ueji, J. Y., Pinheiro, J. C. F., & Marin, M. J. S. (2006). Cuidando de uma família de acordo com o Modelo Calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 69–74. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/387>
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS Statistics*. Edições Sílabo.
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, C. (2012). Enfermagem e família: Conceções dos enfermeiros em unidades de internamento. In J. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44–54). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, C. (2012). Enfermagem e família: Conceções dos enfermeiros em unidades de internamento. Recuperado de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf

- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri, F. M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no hospital. In M. C. Barbieri et al. (Eds.), *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 20-33). Recuperado de https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mestre, R. (2024). *Termos de referência para a contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Termos-Referencia-2024_Homologado.pdf
- Ministério da Saúde. (2007, 22 de Agosto). Decreto-Lei N.º 298/2007. *Diário da República: I Série*.
- Ministério da Saúde. (2008, 22 de Fevereiro). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República n.º 38 - I Série*.
- Ministério da Saúde. (2014, 5 de Agosto). Decreto-Lei n.º 118/2014. *Diário da República n.º 149/2014 I Série*.
- Ministério da Saúde. (2017, 21 de Junho). Decreto-Lei n.º 73/2017. *Diário da República n.º 118/2007 - I Série*.
- Ministério da Saúde. (2020, 24 de Setembro). *Diário da República: I Série*, N.º 187.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Artes Médicas.
- Nóbrega, M. (2019). *Perceção dos enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem em unidades de cuidados continuados*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/29968>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem* [Documento de trabalho]. Departamento de Enfermagem ESS | IPS Setúbal.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M. J. C. M., & Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(6), 1331–1337. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health*. Recuperado de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro). *Diário da República: I Série*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico (Lei n.º 156/2015). *Diário da República: Série I, N.º 181*. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 348/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República: Série II, n.º 118*. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento 367/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: Série II, N.º 124*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Projeto de regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: Na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: Série II, N.º 135*. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série, N.º 26*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Aviso N.º 6702/2021: Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária. *Diário da República: Série II, N.º 71*. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/6702-2021-161291944>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Anuário estatístico ano de 2021*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health*. Recuperado de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Saúde para todos no século XXI: Uma introdução*. Lusociência.
- Oriá, M., Ximenes, L., & Alves, M. (2005). Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural- Um resgate histórico. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Recuperado de https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4855/html_719
- Pires, E. I. F. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/A%20import%C3%A2ncia%20das%20Fam%C3%ADlias%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841–2852.
- PORDATA. (2025). *Índice de dependência*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+dependencia+total459>
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem*. Elsevier. Recuperado de <https://sibiuepa.files.wordpress.com/2017/07/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>
- Queiroz, M., & Pagliunca, L. (2001). The concept of transcultural nursing: The analysis of its development in a master degree dissertation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 11-16. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12098864/>
- Regulamento n.º 428/2018. (2018, 16 de julho). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República, II Série, n.º 135*, pp. 19357–193.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família* (2ª ed.). Afrontamento.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia da saúde* (2ª ed.). Legis editora.
- Rodrigues, L. (2013). *A família parceira no cuidar – Intervenção do enfermeiro* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Rodrigues, R., & Cardoso, D. (2022). Prática baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lidel.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de La Investigación* (4ª ed.). Mexico.
- Silva, B., Bousso, R. S., & Galera, S. A. (2009). Aplicação do modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530–534.
- Silva, M., Costa, M., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19–28.

- Silva, M. A. N. C. G. M. M. (2016). *Enfermagem de família: Contextos e processos em cuidados de saúde primários*[Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto].
- Sousa, E. S. (2011). *A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação* [Dissertação de doutoramento].
- Tavares, M. C. M. (2017). *Atitude dos enfermeiros: A importância da família no cuidar*[Dissertação de doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu].
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego. (n.d.). *Missão e valores*. Recuperado de <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/2024/01/03/unidade-local-de-saude-do-baixo-mondego/>
- USF Nautilus. (2024a). *Manual de acolhimento*. Ministério da Saúde.
- USF Nautilus. (2024b). *Regulamento Interno*. Ministério da Saúde.
- USF Nautilus. (2025). *Carta de compromisso 2024*. Ministério da Saúde.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). The Three Most Common Errors in Family Nursing: How to Avoid or Sidestep. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 90-101. <https://doi.org/10.1177/1074840704272569>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

Apêndices

Apêndice I- Modelo de Calgary e Avaliação Familiar



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

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

Uma família em estudo- Aplicação do Modelo de Calgary

Inês Filipa Freitas Travassos

Leiria, Julho de 2024



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

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

Uma Família em Estudo- Aplicação do Modelo de Calgary

Inês Filipa Freitas Travassos (nº 5230037)

Trabalho elaborado no âmbito do ensino clínico integrado
no mestrado de saúde comunitária na área de saúde
familiar sob a orientação do Professor João Frade

Leiria, Julho de 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

MCAIF- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

ULSBM - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

USF - Unidade de Saúde Familiar

USFN - Unidade de Saúde Familiar Nautilus

VD- Visita Domiciliaria

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Medicação habitual da Sra.A.

Quadro 2 – Medicação habitual da Sra.L.

Quadro 3- Plano de cuidados à família

Quadro 4- Plano de cuidados à Sra.A

Quadro 5- Plano de cuidados à Sra.L

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Representação esquemática do MCAIF

Figura 2 – Genograma

Figura 3 - Ecomapa

ÍNDICE

Introdução.....	6
1-FAMÍLIA	8
2- APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY	9
2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	11
2.1.1 Estrutura Interna.....	11
2.1.2 Estrutura Externa.....	13
2.1.2.1. Família Alargada.....	14
2.1.2.2. Sistemas mais amplos.....	14
2.1.3. Contexto.....	14
2.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	15
2.2.1. Etapas do ciclo de vida familiar	15
2.2.2. Tarefas.....	16
2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	17
2.3.1. Instrumental.....	17
2.3.2. Expressiva.....	19
3. Plano de Cuidados.....	2
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	2
ANEXOS.....	4
ANEXO I- Escala De Graffar.....	5
ANEXO II – Escala De Faces II	6
ANEXO III-Apgar Familiar	7
ANEXO IV- Escala De Readaptação Social De Holmes &Rahe.....	9
ANEXO V- Questionário das Forças Familiares.....	10
ANEXO VI- Escala de Zarit	11
ANEXO VII- Escala de Braden	12
ANEXO VIII- Escala de Morse.....	13

Introdução

O presente relatório integra-se no estágio II do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este tem como objetivo primordial a avaliação e intervenção numa família por mim escolhida ao longo do mesmo, de forma a aceder a novos contributos no âmbito profissional e pessoal, como futura enfermeira especialista.

O presente estágio decorreu ao longo de cinco semanas, desde o dia 3 de junho até dia 5 de julho, na Unidade de Saúde Familiar Nautilus (USFN), que se insere na Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM) .

O estágio II contribui para o desenvolvimento da capacidade de construir e reconstruir conhecimentos científicos indo ao encontro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), de acordo com as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) conforme consta no regulamento nº428/2018 publicado a 16 de julho de 2018. Através da interação com as famílias, com um método organizado, dinâmico e sistematizado de um pensamento crítico sobre a saúde familiar, é possível compilar os dados necessários para a identificação de problemas e formulação de diagnósticos de enfermagem, formulação de prognósticos, formulação de objetivos e o planeamento de intervenção ou contrato de ação com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Este estágio teve como objetivos gerais:

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

E tem como objetivos específicos:

- Promover a capacitação na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições;
- Gerir, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Desta forma, o relatório encontra-se dividido em três capítulos, sendo que no primeiro irei fazer uma breve abordagem ao significado da família e a escolha da mesma, o segundo capítulo irei avaliar a família de acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação

e Intervenção Familiar (MCAIF) e por fim, irei realizar um plano de cuidados dedicado à família.

1-FAMÍLIA

Segundo Hanson (2005), até à década de 70 do século XX, a definição de família era muito circunscrita às pessoas que coabitavam, ou estavam ligadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção, relacionando-se uns com os outros dentro dos seus papéis sociais criando uma cultura comum.

No entanto, Figueiredo em 2009, afirma que a família é um sistema social que integra uma diversidade de valores, crenças, práticas que a tornam singular e única, sendo impensável descrever as famílias apenas com base nos indivíduos que a constituem, já que estas se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais (Pires, 2016).

Já 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.

A evidência teórica e a prática sobre o significado que a família dá destaque ao bem-estar e à saúde dos membros, bem como a influência da doença na mesma o que implica necessariamente, que os cuidados centrados na família sejam parte integrante da prática de enfermagem, a qual possui a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo elas o foco de cuidados do enfermeiro. (Wright & Leahey, 2005; Hanson, 2005; Figueiredo, 2012)

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

As famílias organizam-se em estruturas relacionais onde definem as funções e os papéis de cada um dos seus membros. 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).

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

- 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;

- 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).

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. (Figueiredo, 2012)

Em relação 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

Assim, a partir da necessidade de se intervir na integridade da família cabe ao enfermeiro de família implementar intervenções com o objetivo de lhes prestar apoio uma vez que, para existir uma família saudável é preciso assistir o indivíduo, a família e a comunidade (Machado, Ueji, Pinheiro & Matin, 2006).

Os EEESF em especial, são profissionais privilegiados, pois cabe-lhes a eles efetuarem o diagnóstico, prescreverem intervenções e avaliarem os resultados, sendo capazes de prevenir determinadas situações, diretamente ao utente ou através do cuidador familiar. Ao detetar precocemente os problemas, os enfermeiros podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma, a família escolhida é uma família nuclear constituída pela mãe e pela sua filha que assume o papel de cuidadora da sua mãe, com necessidade de intervenção por parte da equipa de enfermagem em contexto domiciliário.

2- APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY

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. 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. (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).

Um dos principais modelos utilizados na área da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) é o MCAIF, este avalia a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema e permite intervir na mesma (Wright & Leahey, 2012).

Segundo as autoras Wright e Leahey (2012), este modelo encontra-se integrado e alicerçado em seis pressupostos teóricos: Pós-modernismo, teoria dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança e a biologia da cognição.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), este modelo é benéfico à promoção da interação com as famílias e ao melhor planeamento de cuidados, pois permite avaliar a família como um sistema, por meio de diagnóstico dos seus problemas de saúde, recursos ara enfrentar os problemas e os suportes comunitários disponíveis. (Wright & Leahey, 2012).

Apresentamos na figura 1 a representação esquematizada do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAIF):

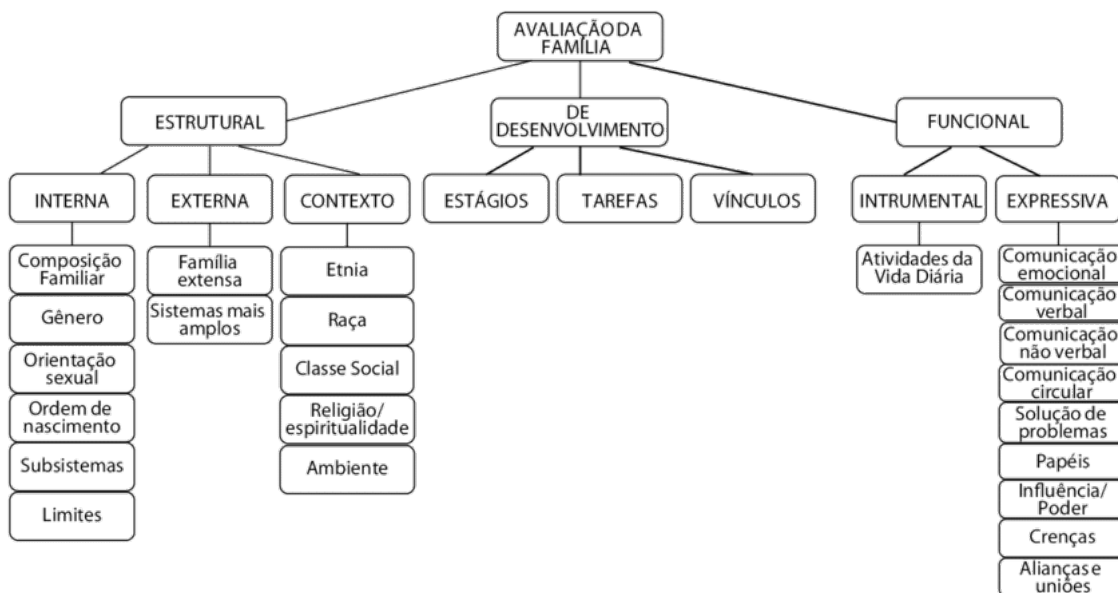


Figura 1 - Representação esquemática do MCAIF

Fonte: Adaptado de Wright & Leahey, 2012

Assim de acordo, com o referido anteriormente, o MCAIF propõe uma avaliação multidimensional da família e pretende avaliar três grandes categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Para aplicar o processo de enfermagem baseado no modelo apresentado anteriormente, passarei a apresentar a família em estudo: trata-se da família B, constituída por dois elementos e que se encontra a passar por diversas transições não normativas, tais como a doença de um dos elementos com consequências na saúde familiar e em cada um dos seus membros; o paciente identificado a Sra. A, de 90 anos, encontra-se com dificuldades de locomoção o que acaba por comprometer a realização e a satisfação de alguns autocuidados e para além disso, encontra-se com uma infeção na pele erisipela que necessita de vigilância pela equipa de saúde no seu domicílio, pois a mesma é incapaz de se deslocar ao centro de saúde. Esta senhora vive com a sua filha, a Sra.L, de 65 anos, que se encontra já reformada e neste momento assume o papel de cuidadora informal da mãe.

2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A categoria estrutural é composta pela identificação dos membros da família, o vínculo afetivo entres os seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual o seu contexto. Esta categoria compreende três subcategorias: estrutura interna (composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos) e o contexto (etnia, raça, religião, classe social e ambiente).

2.1.1 Estrutura Interna

A família em estudo é uma família nuclear, composta por dois elementos, cuja caracterização por ordem de nascimento, papel, género, idade e profissão encontram-se apresentados no quadro 1:

Nome	Género	Papel Familiar	Idade	Profissão
A.	Feminino	Mãe	90	Reformada
L.	Feminino	Filha	65	Reformada

Como subsistemas presentes nesta família, podemos contar com:

- subsistema individual;
- subsistema parental;
- subsistema filial;

De acordo com avaliação efetuada todos os elementos da família são heterossexuais.

Segundo a definição de Alarcão em 2000, esta família apresenta limites claros entre os subsistemas familiares, existindo uma definição clara de papéis. E a mesma é permeável ao exterior.

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. Para além disso, permite identificar a estrutura interna e externa, bem como o contexto, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família. (Figueiredo, 2009).

É importante realçar que todas estas informações foram recolhidas com recurso a instrumentos de avaliação familiar e as mesmas, foram fornecidas maioritariamente pela filha e cuidadora da Sra.A., durante as visita domiciliarias para realização do tratamento à ferida e via telefónica para fazer o acompanhamento após alta.

Da análise do genograma apresentado na figura 2, podemos verificar que se trata de uma família nuclear.

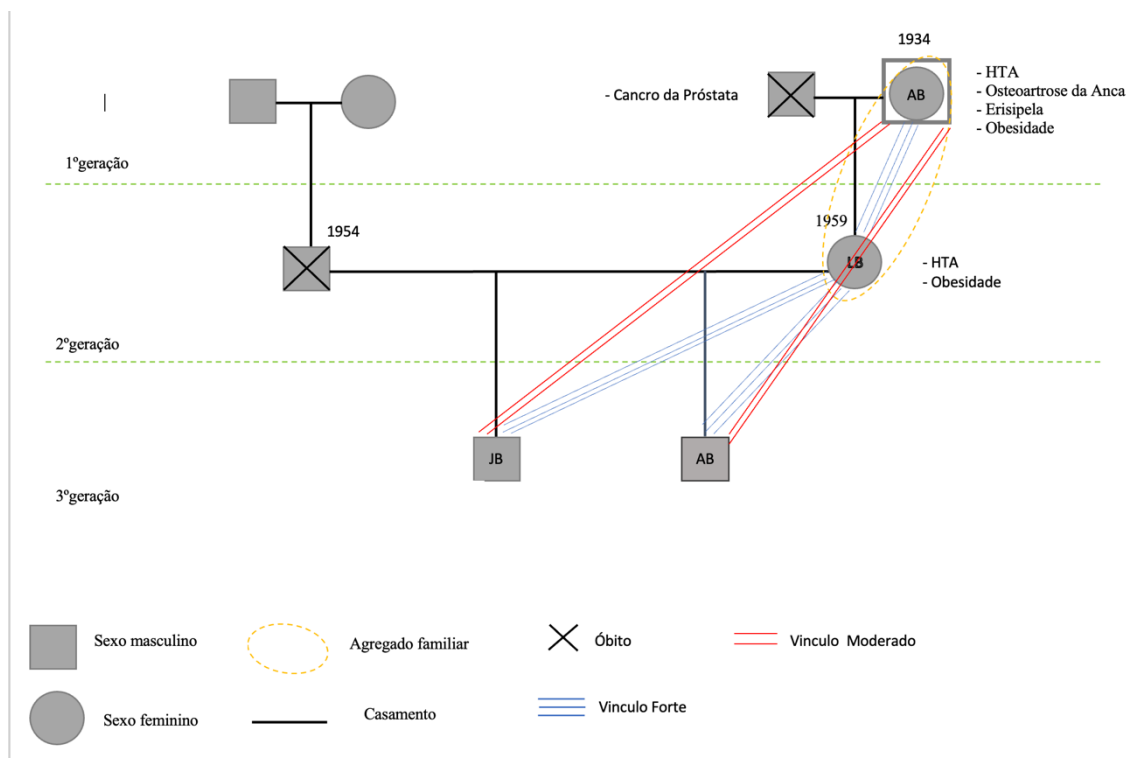


Figura 2: Genograma da família B

2.1.2 Estrutura Externa

A estrutura externa contém os seguintes itens: família alargada e sistemas mais amplos.

A família alargada inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e os membros da família alargada. Esta informação é de extrema importância, pois permite perceber a qualidade de apoio e os recursos existentes que são forças influentes na estrutura familiar. (Wright & Leahey, 2009).

No que diz respeito à avaliação dos sistemas mais amplos, inclui as interações entre contextos sociais, 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 que se encontra representado na figura 3.

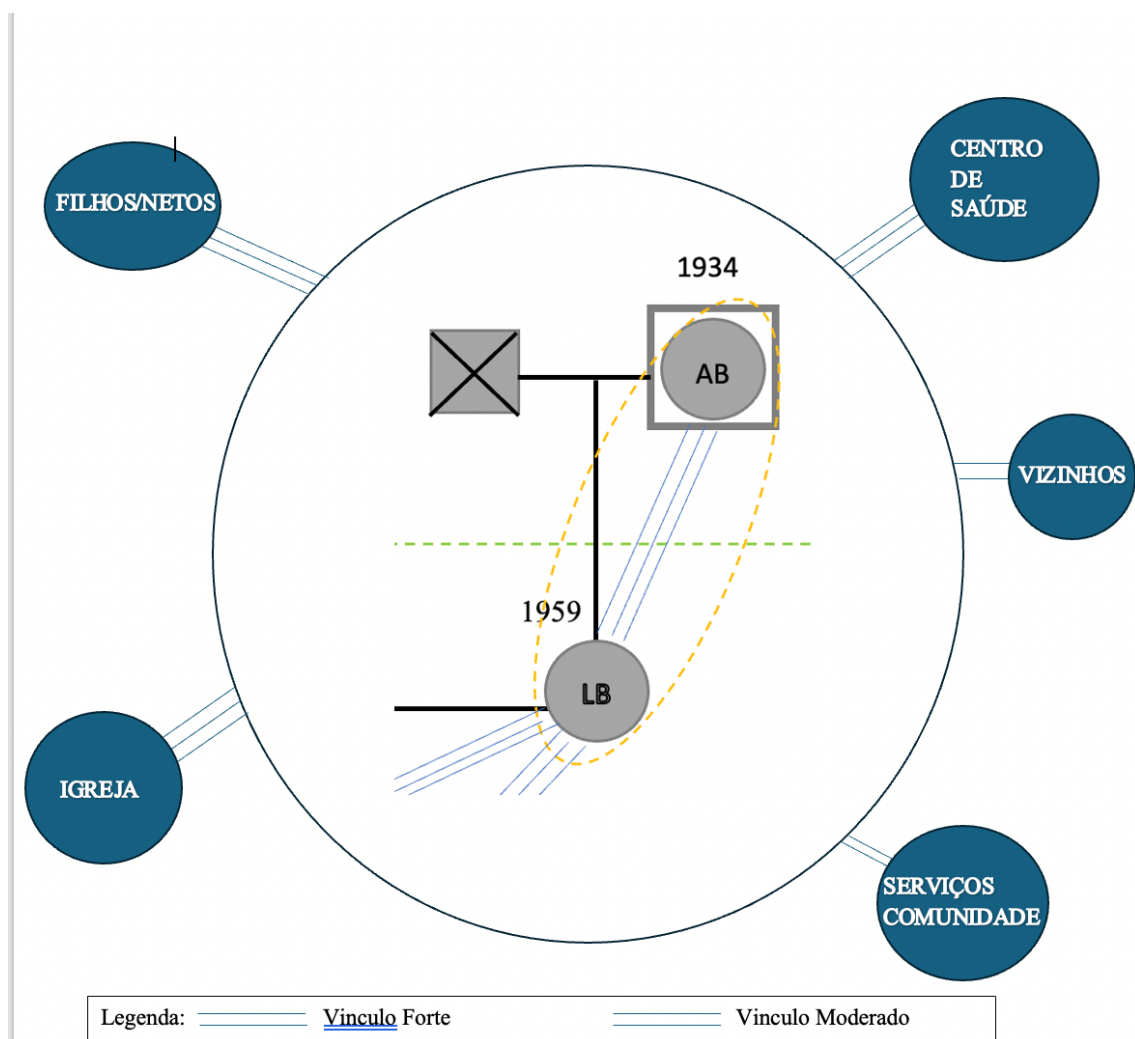


Figura 3: Ecomapa

2.1.2.1. Família Alargada

Os netos da Sra. A são muito presentes na vida da avó, não tanto quanto gostariam, pois não residem na Figueira da Foz como a mesma. O neto mais velho encontra-se a trabalhar em Madrid fazendo chamadas diariamente para a sua mãe e avó, assim como o neto mais novo residente em Leiria, no entanto, o mesmo desloca-se todos os fins de semana à casa da mãe para visitar ambas.

A família mantém boas relações entre si apesar da distância os netos da Sra.A prestam bastante apoio à sua mãe que neste momento assume as funções de prestadora de cuidados da avó.

A Sra. A tem um vínculo forte com a filha e com os seus netos, como é possível identificar na figura acima.

2.1.2.2. Sistemas mais amplos

Da análise do ecomapa podemos observar que a Sr.A. e a sua filha tem uma rede de apoio razoável.

A Sra.A tem um vínculo forte com a USF pois ambas recorrem ao mesmo sempre que necessitam de apoio ou suporte. A Sra.A apresenta um vínculo moderado com dois dos seus vizinhos que prestam apoio à filha quando necessita de se ausentar para as compras ou para se deslocar aos serviços de saúde.

2.1.3. Contexto

A família em estudo é de raça caucasiana e assume-se como católica, tendo o hábito de assistir a missa todos os domingos na televisão, por incapacidade de se deslocar à igreja e a Sra. A reza o terço diariamente.

Para avaliar a classe social em que esta família se insere, foi aplicada a escala de Graffar, que contém cinco critérios (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento, conforto da habitação e o aspecto do bairro onde habita, a mesma encontra-se no ANEXO 1. Após a aplicação da mesma obteve um score de 13 que corresponde à classe média.

A família reside numa zona residencial (Buarcos) calma, com uma boa rede de acessos, como supermercados, transportes públicos e farmácias. Residem num 6º andar com elevador, uma casa ampla com casa de banho já adaptada às condições da Sra. A possuem eletricidade, gás natural e água potável. O espaço encontra-se limpo e

arrumado, as tarefas domésticas são assumidas pela Sra.L. Não existem obstáculos pois a Sra. L devido à dificuldade de deambulação da sua mãe e a necessidade da mesma se deslocar de andarilho, removeu os tapetes e os moveis que colocassem em causa a segurança.

Apesar de a zona onde residem apresentar estruturas recreativas e sociais a Sra. A não as frequenta devido à sua dificuldade na deambulação e por consequência a sua filha, sua cuidadora não as frequenta para não deixar a mãe sozinha por longos períodos.

2.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento relaciona-se com a transformação progressiva da família ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida: história, curso de vida e crescimento da família. (Silva, Bousso e Galera, 2009).

Na categoria de desenvolvimento contamos com a transformação progressiva da família ao longo do ciclo vital e comporta três subcategorias: estágios, vínculos e tarefas.

2.2.1. Etapas do ciclo de vida familiar

Duvall apresentou um modelo compreensivo do ciclo vital da família, 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 á 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 á 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).

O sistema familiar encontra-se na última etapa do ciclo vital que é o oitavo estádio correspondente a uma família idosa.

2.2.2. Tarefas

Esta etapa é marcada por uma transição em que a pessoa passa para a reforma, no entanto esta transição ocorreu de forma positiva para ambas as utentes. Quanto à parte inerente aos processos de luto que ocorrem nesta etapa, a Sra.A. já perdeu o seu conjugue há 5 anos com cancro da próstata, pois o “marido já se encontrava a sofrer muito” (sic) e considera que apesar da falta que lhe faz, já aceitou a sua perda, tal como a sua filha. A filha a Sra. L. perdeu o seu conjugue há cerca de 10 anos devido a uma doença oncológica, tal como o seu pai, e afirma que sente a sua falta e principalmente do apoio emocional que ele lhe prestava.

Esta etapa é também marcada pela diminuição das capacidades físicas e mentais e é necessário reajustar as dinâmicas familiares. Neste caso a Sra. A. deambula com andarilho rodado já que apresenta osteoartrose da anca e obesidade o que lhe provoca uma diminuição dos movimentos e dificulta a sua deambulação, no entanto, a mesma deambula de forma autónoma com um passo lento e curto e é capaz de satisfazer de forma autónoma todos os seus autocuidados exceto os cuidados de higiene que são executados pela sua filha em casa de banho com poliban, com suportes para a mesma se segurar e com um banco para não cair. Quanto às tarefas domésticas são executadas em exclusivo pela Sra. L. pois a sua mãe não consegue ajudar nas mesmas.

Uma das principais situações de stress é o stress associado aos períodos de transição do ciclo vital, obrigando a uma negociação de novas regras na dinâmica familiar. Assim quando existe uma situação de crise é vivenciada, obrigando a realização de mudanças tipo II. Durante a avaliação familiar compreendi que as mudanças foram efetuadas e que ambas aceitaram e lidaram bem com estes processos de transição, no entanto, é notório o cansaço da Sra. L pois encontra-se a ser apenas cuidadora da mãe o que não lhe permite cuidar de si nem se ausentar do domicílio por longos períodos por medo que a mãe precise de algo quando a mesma se ausenta.

2.2.3. Vínculos

Quanto aos vínculos ambas referem que são fortes, o que permite o suporte recíproco entre as mesmas. Ambas utilizam uma comunicação assertiva e que ouvem o que ambas têm a dizer. Relativamente à família alargada, existe também um vínculo forte com os seus filhos para a Sra. L, no entanto para a Sra.A apenas considera ser um vínculo moderado.

2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Nesta avaliação são explorados o funcionamento instrumental, que se refere às atividades de vida diárias e o funcionamento expressivo, que contempla a comunicação familiar, resolução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (Wright & Leahey, 2012).

2.3.1. 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).

Fazendo uma breve análise às necessidades humana fundamentais de Virgínia Henderson, é possível perceber que a mesma não tem hábitos tabágicos ou alcoólicos nem alergias conhecidas.

Quanto à alimentação a Sra. A realiza cinco refeições diárias, utente é diabética e hipertensa e a filha não consegue fazer com que ela se alimente de forma correta e com uma dieta adequada, “já são 90 anos e não a posso obrigar a fazer as coisas” (sic). Ao pequeno-almoço bebe duas canecas de café com leite e um pão branco com manteiga e queijo e um pão de leite com doce; ao almoço é a única refeição onde ingere proteína e segundo a filha a mesma recusa os legumes que a filha lhe coloca no prato e ingere um terço do prato, após o prato principal, utente com entre uma a duas peças de fruta. Ao lanche utente ingere dois iogurtes com mel e ao jantar come uma taça de Nestum. Antes de ir para a cama bebe uma caneca de leite e come uma fatia de bolo e ingere cerca de 1,5L de água por dia. Quanto à Sra.L alimenta-se de uma dieta hipossalina e hipolipídica., ingerindo sopa, fruta e legumes e evita os doces ao contrário da sua mãe. Ambas se alimentam de forma autónoma, sendo que a Sr. A necessita que as refeições sejam confeccionadas pela filha, mas a mesma é autónoma na ingestão.

A Sra.A pesa 98KG e mede 1,48 cm, resultando num IMC de 44, devido a sua falta de cuidados com a alimentação e a sua dificuldade na locomoção, fica difícil a diminuição deste peso. Quanto à Sra.L a mesma pesa cerca de 108Kg e mede 158cm o que prefaz um IMC de 43,3 encontra-se também num grau elevado de obesidade, apesar de cumprir uma alimentação regrada e ingerir um boa quantidade de água diária a mesma não pratica exercício e passa muito tempo sentada.

Quando a Sra.A se encontra no leito a mesma é capaz de alternar os seus decúbitos, foi reforçada essa importância e a necessidade de o fazer de forma a prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão.

A Sra.A deita-se por volta da meia noite, após as novelas da noite e levanta-se por volta das 10:30h, já a sua filha levanta-se por volta das 9h, referindo que dormem bem.

Relativamente aos cuidados de higiene é a Sra. L. que os realiza à sua mãe e a ajuda a sua mãe a vestir-se.

Quanto à integridade cutânea da Sra. A. a mesma encontra-se com uma infeção na pele a nível dos membros inferiores, a erisipela, motivo pelo qual realizamos as visitas domiciliárias a esta família, e neste momento, as feridas encontram-se melhores, sem exsudado e a serem hidratadas com vaselina. Quanto à Sra. L foi possível observar que a nível dos membros inferiores a sua pele se encontra bastante desidratada, notando-se que a mesma não faz uma boa hidratação da mesma.

Quanto à eliminação ambas são continentes de esfíncteres e utilizam o WC de forma autónoma e com dejeção diária.

O ambiente é seguro, livre de obstáculos, com luminosidade e ambos estão orientados nas três dimensões. Uma vez que a Sra. A. deambula com andarilho e apresenta dificuldade na locomoção a mesma apresenta risco de queda.

O discurso é fluente e coerente, comunicam de forma eficaz e exprimem-se de forma clara. A Sra.A é mais introvertida do que a sua filha sendo que ao longo da entrevista e aquando da realização do tratamento à ferida a mesma não falou muito. A Sra.L sabe utilizar todos os meios de comunicação para poderem falar com a família.

A família vive segundo as crenças, nomeadamente a religiosa e assistem à missa todos os domingos.

Como recreação ambas assistem televisão juntas e a Sra. L gosta de ler diariamente. A Sra.A não se sente triste por não realizar outras atividades, mas quando questionada a Sra.L é notório a tristeza de não poder sair, nem conviver com os seus amigos.

Quanto à aprendizagem a Sra.L é muito interessada em aprender para melhorar o seu papel enquanto cuidadora, mostrando motivação para saber mais.

A Sra. L é a responsável pelas tarefas domésticas, pelos cuidados de higiene à mãe bem como a ida à farmácia, às compras, desloca-se ao centro de saúde e para a realização de consultas ou quando a mãe necessita de alguma receita ou consulta.

A Sra.A tem de antecedentes hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca, neuropatia ótica, osteoartrose da anca e erisipela. Na seguinte tabela encontra-se a medicação que a utente realiza atualmente.

Terapêutica	Dosagem	Horário
Esomeprazol	20mg	Jejum
Pregabalina	100mg	PA e Jantar
Valsartan	160mg	PA
Pentoxifilina	100mg	PA+Jantar
Furosemida	40mg	1 PA+1/2 lanche

A Sra.L tem de antecedentes de hipertensão arterial e obesidade.

Terapêutica	Dosagem	Horário
Esomeprazol	20mg	Jejum
Valsartan	160mg	PA
Furosemida	40mg	1 PA

2.3.2. 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).

No que diz respeito à comunicação emocional, mãe e filha tem um relacionamento saudável, comunicam de forma eficaz, sendo capazes de falar sobre os seus problemas e sentimentos, e aceitam a opinião uma da outra. A família tem um padrão de comunicação assertivo, expressando as suas ideias e opiniões de forma aberta.

Quanto as crenças que influenciam a família afirmam que têm um impacto positivo na vida pois as mesmas transmitem-lhe os valores necessários e são uma fonte de força e esperança.

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 pela filha da Sra. A, parece existir uma união forte entre ela e a sua mãe.

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.

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

Para esta família, e seguindo as regras de interpretação da FACES II, obteve-se a cotação de 72 para a coesão; para a adaptabilidade, obteve-se um total de 60, sendo considerada uma família muito flexível

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.

A soma final para a Sra. L é de 5 considerando então a família apresenta uma moderada disfunção, no entanto a Sra. A tem um score de 7 que indica que a família é altamente funcional.

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). Após a aplicação da escala obtive um score de 162 que indica que há uma menor probabilidade de incidência de doenças associada às transições familiares.

Para completar a avaliação familiar, considerei oportuno aplicar o Questionário Das Forças Familiares que tem como objetivo avaliar a perceção que as famílias tem sobre as suas forças. 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 e desta forma obtive um score de 2030, mostrando que a família apresenta fortes forças familiares.

Para obter todos estes dados foi realizada à família uma primeira entrevista para colheita de dados no âmbito da VD e posteriormente realizado o acompanhamento através das VD e acompanhamento telefónico.

	Objetivos	Conteúdo	Observações
Introdução	<p>-Promover um ambiente facilitador para expressar sentimentos, vivências e das preocupações da família</p> <p>-Conhecer o ambiente em que a família reside.</p>	<p>-Avaliar o ambiente</p> <p>-Apresentação;</p> <p>-Informação do objetivo de consulta de enfermagem;</p> <p>Informação sobre o objetivo e estrutura da entrevista;</p> <p>-Mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvida;</p>	Usar linguagem e postura adequadas
Desenvolvimento	<p>-Avaliar estrutura, família interna e externa</p> <p>-Avaliar o contexto</p> <p>-Conhecer a experiência da família</p>	<p>-Recolha de informação sobre participantes;</p> <p>-Elaborar genograma e ecomapa</p> <p>-Usar as escalas de avaliação familiar: FACES II- Graffar, Apgar Familiar, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe;</p>	-Ter atenção à linguagem não verbal

		<p>-Solicitar a perspectiva de cada membro sobre o problema;</p> <p>-Encorajar a participação</p> <p>-Enfatizar objetivos comuns;</p> <p>-Pesquisar sucessos e problemas anteriores;</p> <p>-Identificar recursos e forças;</p> <p>-Identificar recursos clínicos e outros;</p> <p>-Estabelecer um plano;</p> <p>-Identificar pontos fortes da família;</p> <p>-Clarificar papel e o contributo de cada membro da família;</p> <p>-Resumir áreas consensuais e confirmar os próximos passos;</p>	
--	--	--	--

		-Enfatizar objetivos comuns	
Conclusão	Finalizar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> -Resumir -Identificar problemas e estruturar plano de ação -Agradecer disponibilidade: -Informar sobre a nova entrevista -Mostrar disponibilidade para esclarecimentos 	

Perante os focos de atenção e intervenções de diagnóstico, foram formulados os diagnósticos de enfermagem adequados e a sua posterior avaliação, sendo que esta é um processo contínuo fundamentados nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. A avaliação do processo permite a identificação dos ganhos em saúde e a formulação de novos diagnósticos e estratégias de intervenção com a reformulação colaborativa do plano de cuidados. (Figueiredo, 2012)

3. Plano de Cuidados

Quadro 3- Plano de cuidados à família B

Foco	Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Avaliação
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; Casa encontra-se adaptada às necessidades da Sra.A.
Rendimento familiar	Rendimento familiar suficiente	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	Abastecimento de água Adequado	Que a família tenha abasteciementno de água adequado	Avaliar o abastecimento de água	A habitação tem abastecimento de água de rede pública
Precaução de segurança	- 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	Utente com rede de gás natural, demonstra conhecimento sobre precauções sobre utilização gás.

<p>Processo Familiar</p>	<p>Processo familiar não disfuncional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação familiar eficaz - Coping familiar eficaz - Interação de papéis eficaz - Relação dinâmica não disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo familiar efetivo mantido 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 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 	<p>A família parece ter uma boa comunicação, procuram resolver sempre os problemas em conjunto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Família moderadamente equilibrada; - Família altamente funcional. <p>Uma vez que o paciente identificado mantém níveis de ansiedade ainda relevantes, daremos continuidade à avaliação e intervenção no próximo estágio</p>
---------------------------------	--	---	---	--

Quadro 4- Plano de cuidados à Sra.A

Foco de atenção	Diagnostico	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Ferida	Ferida presente	Que a ferida cicatrize	-Avaliar ferida -Vigiar sinais de infeção; -Monitorizar a temperatura corporal; -Avaliar conhecimento sobre a prevenção infeção -Referir para o serviço médico	Médico prescreveu antibioterapia e zaragatoa para conhecimento do microrganismo da ferida, pois utente encontra-se a realizar diversos antibióticos sem efeito Ferida presente desde 1/2024
Mobilidade	Mobilidade comprometida	Capacitar para melhorar a mobilidade	-Avaliar a capacidade da mobilidade da Sra.A; -Ensinar sobre movimentos passivos e ativos para manter a mobilidade e incentivar a realizar os mesmos -Ensinar sobre o uso adequado do andarilho -Ensinar sobre a importância de continuar a realizar as atividades para as quais tem capacidade -Aconselhar sobre recurso a fisioterapia ou equipa de ECCI	Compreende a importância de realizar movimentos ativos e passivos. Sabe utilizar o andarilho adequadamente. Percebe a importância da fisioterapia/ECCI, incentivar a contactar a equipa.
Autocuidado de higiene	Autocuidado de higiene comprometido em grau elevado	Aumentar a independência na satisfação do autocuidado de higiene	-Aplicar Escala de Barthel Modificada -Ensinar sobre importância de realizar as AVDs para as quais tem capacidade -Ensinar técnicas para realizar o autocuidado de higiene, para que não seja totalmente dependente -Incentivar o autocuidado -Encaminhar para ECCI	Foram obtidos 35 pontos na Escala de Barthel (Apêndice IX), correspondendo a uma dependência grave. A utente foi incentivada a realizar os seus autocuidados, dentro das suas possibilidades. Não foi possível ensinar técnicas.
Tensão arterial	Hipertensão arterial em grau moderado Conhecimento demonstrado sobre hipertensão arterial	Que utente apresente hipertensão em grau reduzido.	-Avaliar tensão arterial de ambos as utentes -Monitorizar peso corporal e perímetro abdominal -Monitorizar IMC; -Promover a avaliação e registo frequente da tensão arterial de ambos os utentes -Ensinar sobre valores de normotensão -Avaliar se utentes utilizam esfigmomanómetro digital corretamente -Avaliar gestão do regime terapêutico medicamentoso. -Incentivar a comparecer a consultas de hipertensão arterial -Avaliar se comparecem nas consultas de hipertensão arterial -Ensinar sobre quando recorrer a serviços de saúde	Utentes nunca faltam às consultas de acompanhamento. Utentes aderem ao regime terapêutico e sabem quando recorrer aos serviços de saúde.

Gestão do regime terapêutico	Gestão do regime terapêutico comprometido	Que as utentes adiram à gestão do regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre dieta adequada, direcionada a utentes com diabetes e hipertensão -Ensinar sobre a importância do exercício físico dentro das capacidades dos utentes -Ensinar sobre importância de cumprir o regime terapêutico -Avaliar conhecimentos relativamente ao regime terapêutico -Avaliar adesão ao regime terapêutico 	A Sra. L demonstra ter conhecimentos relativamente a uma alimentação adequada e afirma cumprir a mesma, no entanto a sua mãe não cumpre o regime dietético adequado às suas necessidades.
Queda	Risco de queda em grau elevado	Que a utentes não apresente quedas	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o risco de queda segundo a Escala de Morse -Avaliar condições de segurança no domicílio -Ensinar sobre condições de segurança no domicílio -Realizar treino de marcha com andarilho 	Sra A.: Alto risco de queda segundo a Escala de Morse (65 pontos). A utente tem história de duas quedas no domicílio, sendo um dos motivos a diminuição da força nos membros inferiores e o outro motivo o desequilíbrio quando se levantava da sanita.
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação	Que o utente tenha o plano vacinal completo (Plano Nacional de Vacinação e Covid-2019)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar adesão à vacinação -Ensinar sobre importância de cumprir plano nacional de vacinação -Ensinar sobre importância da vacinação contra a Covid-19 -Planear vacinação 	Ambas tem o PNV atualizado
Úlcera de Pressão	Alto risco de úlcera	Que utente não tenha úlceras de pressão	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar risco de úlcera por pressão segundo Escala de Braden -Ensinar sobre locais de pressão -Ensinar sobre importância de posicionamento quando no leito -Ensinar sobre dispositivos de alívio de pressão -Ensinar sobre cuidados à pele -Avaliar cuidados dos utentes com a pele 	<p>Segundo a Escala de Braden a utente tem alto risco de úlcera de pressão (18 pontos) (Apêndice XI). Uma vez que utente não consegue realizar mudanças significativas no leito sozinha, foi incentivada a utilizar almofadas para realizar alternância de decúbitos, no entanto utente recusa pois refere que não consegue dormir quando posicionada.</p> <p>Como passa a maioria do dia sentada no cadeirão, a utente utiliza almofada viscoelástica para se sentar, utiliza almofada normal nas costas e debaixo dos pés quando tem os membros inferiores elevados.</p>

Quadro 5-Plano de cuidados à Sra.L

Foco de atenção	Diagnostico	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Papel do prestador de cuidados	Papel do prestador de cuidados comprometido	Que a utente apresente capacidade para tomar conta da utente A.	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a capacidade para tomar conta; -Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta; -Assitir o prestador de cuidados a tomar conta; -Ensinar sobre cuidados ao familiar; -encorjar a expressão de medos/Sentimentos; -Encorajar a identificar os recursos da comunidade; -Encorajar a interação de papeis; -orientar prestador de cuidados para o serviço social; -orientar o prestador de cuidados para os recursos da comunidade; -Identificar os recursos da família -Envolver a família alargada -Promover a procura de soluções envolvendo a família alargada 	A Sra.L foi incentivada a expressar as suas emoções e evidente o cansaço que apresenta ao cuidar da sua mãe apesar de ter capacidade e força de vontade para prender.
Saturação do papel de prestador de cuidados	Saturação do papel de prestador de cuidados presente	Que a utente manifeste redução da sobrecarga	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o coping familiar; -Apoiar o cuidador -Promover o coping familiar 	A utente refere que o motivo de estar em risco de saturação deve-se à necessidade de realizar todos os dias as tarefas domésticas, nomeadamente cuidar da casa e cozinhar e o facto de não se poder ausentar frequentemente do domicílio.

			<ul style="list-style-type: none"> -Apoiar família -Envolver a família alargada -Informar sobre recursos e apoios existentes -Avaliar recursos do utente -Promover a comunicação expressiva de emoções -Promover estratégias de coping para o papel - Referenciar para serviços sociais -Aplicar escala de Zarit -Informar sobre recursos como ECCI ou descanso do cuidador em ULDM 	<p>Incentivar a utente a procurar ajuda/recursos nas instituições</p> <p>Aplicada a escala de Zarit obtido um score de 29 pontos que indica que existe uma sobrecarga do papel</p> <p>Vai recorrer à assistente social para descanso do cuidador</p>
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação	-Que o utente tenha o plano vacinal completo (Plano Nacional de Vacinação e Covid-2019)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar adesão à vacinação -Ensinar sobre importância de cumprir plano nacional de vacinação -Ensinar sobre importância da vacinação contra a Covid-19 -Planear vacinação 	PNV atualizado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiar. Coimbra. Quarteto Editora.
- Alarcão, M. (2002). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Acedido a 4 de maio em <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>
- DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação número 017/2011, data 19/05/2011. Acedido em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- DGS (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura. Orientação número 016/2012, data 24/10/2012. Acedido em: http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and Family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, vol. 14(3), p. 11-22. Acedido em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483/4700>
- 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>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton&Lange.
- Gottlieb, Laurie (2016) *O cuidar de Enfermagem Baseado nas forças*, Loures, Lusodidacta
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência
- Machado, T.C.M., Ueji, J.Y., Pinheiro, J.C.F. & Marin, M.J.S. (2006). *Cuidando de uma Família de Acordo com o Modelo Calgary em uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de Marília*. *Rev. Min. Enf.*, 10(1), 69-74. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/387>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e Tratamento*. . Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. *Diário da República*, 2.a série — N.º 135. Obtido em 3 de abril de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- 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
- Planeamento do Estágio II - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP* (2021). Escola Superior de Saúde de Leiria.
- REGULAMENTO No 428/2018 DE 16 DE JULHO. *Diário da República*, 2.a série, N.º 135 (2018). Acedido a 22/07/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família* (2a ed.). Porto: Afrontamento

Silva, Bousso & Galera (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 530-4*

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5a ed.). São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I- Escala De Graffar

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundária - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente

(Figueiredo,2023)

ANEXO II – Escala De Faces II

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
(Family Adaptability and Cohesion Scale II – FACES II)

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões. Por favor responda a todas as questões!

	Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5

(Figueiredo,2023)

ANEXO III-Apgar Familiar

APGAR DA FAMÍLIA

Itens	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	2	1	0
2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	2	1	0
3) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	2	1	0
4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	2	1	0
5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	2	1	0
Subtotal:			
Total			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE TOTAL	
07 a 10	Boa funcionalidade familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
0 a 4	Elevada disfunção familiar

Referente à Sra.L

APGAR DA FAMÍLIA

Itens	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	2	1	0
2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	2	1	0
3) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	2	1	0
4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	2	1	0
5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	2	1	0
Subtotal:			
Total			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE TOTAL

07 a 10	Boa funcionalidade familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
0 a 4	Elevada disfunção familiar

Relativo à Sra. A.

(Figueiredo,2023)

ANEXO IV- Escala De Readaptação Social De Holmes & Rahe

Na sua aplicação devem ser somar as pontuações que a família experienciou, desde o dia da aplicação até a um ano anterior a essa data.

Um total:

150 a 200 pontos - Menor probabilidade de incidência de doenças

≥ 200 e ≤ 300 pontos - 50% de probabilidades de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica num futuro próximo

> 300 - 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática (Figueiredo, 2013).

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

ANEXO V- Questionário das Forças Familiares

Pergunta	1- Nada Parecidas	2- Pouco Parecidas	3- Mais ou Menos Parecidas	4- Bastantes Parecidas	5- Totalmente Parecidas
1. Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas					X
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas					X
3. Na minha família somos muito unidos				X	
4. Na minha família Toda a Gente tem o direito de dar a sua opinião				X	
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto			X		
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar			X		
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				X	
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo					X
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas			X		
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros				X	
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer				X	
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir				X	
13. Na minha família fazemos coisas e atividades em conjunto		X			
14. Na minha família a boa disposição e encontramos sempre momentos para rir			X		
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente virgula mesmo coisas negativas, sem magoar os outros			X		
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto			X		
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que NOS ajudam quando precisamos			X		
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas					X
19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge					X
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar			X		
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão				X	
22. Na minha família há valores que se deseja que Toda A Gente aprenda					X
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades				X	
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes				X	
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz					X
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos					X
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece				X	
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros				X	
29. Na minha família as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto				X	

(Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)

ANEXO VI- Escala de Zarit

2 AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR - ESCALA DE ZARIT REDUZIDA

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para si?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.cuidar dos filhos, conjuge, outros familiares e trabalhar).

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar /doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

5. Sente que a sua saúde se tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar /doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregada/o por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

Avaliação da sobrecarga	
Leve	Até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	Acima de 22 pontos

(Figueiredo,2023)

ANEXO VII- Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Levemente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer cargas e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p>Fricção e forças de deslize</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>								
Pontuação total								

ANEXO VIII- Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

- i. Sem risco ($0 \leq 24$ pontos);
- ii. Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);
- iii. Alto risco (≥ 51 pontos).

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	3
2 Aspectos conceptuais da vd	3
2.1 População alvo	3
2.2. Circuito do utente na VD.....	3
3. Tipos de vd.....	4
3.1 VD de promoção da saúde e prevenção da doença.....	4
3.1.1. Saúde infantil: RN; crianças, adolescentes	4
3.1.2 Saúde materna	5
3.1.3 Saúde do utente dependente.....	6
3.1.4 Utentes com situação vacinal irregular.....	6
3.2 VD para avaliação, tratamento e reabilitação	6
4. Organização da VD	7
4.1 Orientações gerais	7
4.2 Fases da VD	7
4.2.1 Fase de planeamento	7
4.2.2 Fase de execução	7
4.2.3 Fase de registo	8
4.2.4 Fase de avaliação	8
4.3. Papel do enfermeiro de família.....	8
5. Revisão.....	8
Bibliografia.....	9

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) são a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde que permite uma maior equidade e melhores níveis de saúde e satisfação da população. A reorganização dos CSP e a criação de USF dá ênfase à necessidade dos cuidados centrados na família ao longo de todo o ciclo vital, promovendo ganhos em saúde bem como na melhoria de acesso aos cuidados de saúde. (Decreto de lei nº118/2014)

O enfermeiro de família é então o profissional responsável pela prestação de cuidados globais à família em todas as suas fases, tendo a família como o foco dos seus cuidados e atua em todos os níveis de prevenção em articulação com outros profissionais. (Decreto de lei nº118/2014, de 5 de agosto)

Segundo Santos e Morais em 2011, a visita domiciliar consiste num conjunto de ações com vista ao atendimento quer educativo quer assistencial.

Os cuidados no domicílio são áreas de intervenção básicas nas equipas de saúde e devem ser prioritários nos cuidados de saúde e bem-estar da população

Os cuidados no domicílio são uma das áreas de intervenção básica das equipas de saúde e deverão estar na primeira linha dos programas prioritários de saúde e bem-estar social. Só assim é possível incrementar e potenciar o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários no caminho da qualidade assistencial.

A Visita Domiciliar (VD) é um instrumento de realização de cuidados no domicílio, sendo constituído por ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde ou para realizar atividades preventivas vinculadas aos programas de saúde. A visita domiciliar permite uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar, bem como a identificação das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que a compõem, como estes se relacionam e contribuem para o processo de cuidado e recuperação de um dos seus elementos. (Borges, 2017)

1. OBJETIVOS E METODOLOGIA

O presente manual de boas práticas tem como principal objetivo estabelecer critérios de atuação, regular e enquadrar os procedimentos para todos os profissionais de USF Nautilus no âmbito da VD. Para além disso deve definir o circuito do utente, critérios de inclusão e modo de atuação.

2. ASPETOS CONCEPTUAIS DA VD

Os cuidados de saúde no domicílio assentem em prestar cuidados ao utente com dependência(cronica ou transitória), de forma a responder às necessidades de cada utente e família; promover comportamentos que levem à adoção de estilos de vida saudáveis em todas as fases do ciclo de vida; favorecer a autonomia do utente e família favorecendo a melhor qualidade de vida possível; articular com os diferentes profissionais e os outros recursos existentes na comunidade; assegurar a acessibilidade; apoiar os prestadores de cuidados e minimizar as idas ao serviço de urgência. (Cruz& Bourget,2010)

2.1 População Alvo

Todos os utentes inscritos na USF, com habitação permanente na área de influência da USF e que necessitem de intervenção no domicílio por dependência ou incapacidade de se deslocar ao centro de saúde, como é o caso de doenças oncológicas terminais, sequelas de AVC, fraturas que limitem a mobilidade e demências graves.

Como critérios de exclusão temos os utentes que residem em lar ou IPSS pois os mesmo possuem profissionais contratualizados. (Manual de Acolhimento da USF Nautilus)

2.2. Circuito do Utente na VD

Os pedidos para a visita podem ser feitos quer pelo utente, pelo familiar, por referência do hospital quer por via eletrónica, telefónica ou contacto presencial.

Após o contacto, será realizada uma avaliação através do processo clínico e após estabelecermos a prioridade clinica é realizado o agendamento da mesma. ((Manual de Acolhimento da USF Nautilus)

3. Tipos de VD

Existem quatro tipos de VD:

- Preventiva: visa a promoção da saúde e prevenção da doença e a avaliação do estado de saúde dos utentes e familiares. Efetuada pelo enfermeiro, ou em conjunto com o médico dependendo da especificidade da mesma.
- Caracter assistencial: Realizada em situações de doença ou quando o utente ou família precisam de ajuda e não podem por si só prestar o auto-cuidado
- Caracter investigador: Realizada para perceber como vive aquela família naquela casa, observar e detetar riscos são os objetivos fundamentais, permite identificar o estado do individuo, família ou comunidade
- Caracter Educativo: Educar ou informar, está integrada nas duas anteriores e pode ser de formal ou informal. (Garcia, 1997)

3.1 VD de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

3.1.1. Saúde infantil: RN; crianças, adolescentes

Nos cuidados de saúde primários, preconiza-se a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido até aos primeiros quinze dias de vida. Esta medida é mais concretizada USF, pela contratualização de indicadores (BI-CSP, 2017). No entanto, esta visita apresenta algumas limitações, tais como a deslocação e duração da mesma (Teixeira et al, 2009). Também Borges (2017) refere que, os profissionais têm alguma dificuldade em entrar em casa das famílias por sentirem que estão a invadir um espaço privado. As famílias, apesar de valorizarem a visita domiciliária, demonstram alguma resistência, com conseqüente recusa.

O nascimento de um bebé poderá ser um fator desencadeante de stress, podendo alterar as relações familiares, gerando uma crise na adaptação da família ao bebé, devendo o enfermeiro facilitar o processo de adaptação à nova situação (Fernandes, 2022). A visita domiciliária permite diminuir a procura dos serviços de saúde e os reinternamentos hospitalares através de medidas de prevenção e intervenção precoce, com evidentes ganhos em saúde para o recém-nascido e para os restantes elementos da família (Henriques, 2022).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, publicado pela Norma 010/2013 da DGS “ (...) é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco.”

São alvo desta VD, todos os recém-nascidos inscritos na USF e deverá ser entregue em consulta de Saúde Materna pelas 24 semanas de gestão a declaração de consentimento informado da VD para reflexão.

No primeiro contacto com a USF após o nascimento, os pais devem entregar o consentimento a autorizar a VD ou não, se for aceite deve ser imediatamente programada. O enfermeiro deve explicar a sua necessidade e os objetivos da mesma. Caso o RN, não compareça na primeira consulta, deve ser realizado contacto telefónico e na impossibilidade deste, deve ser marcada uma VD para verificar o não comparecimento na consulta e alertar a família para uma remarcação de forma a promover um acompanhamento saudável da criança.

Esta tem como objetivo identificar fatores de risco para a saúde da mãe e do bebé e da restante família, proceder ao seu acompanhamento, esclarecimento de dúvidas e ensinamentos à família conforme a sua necessidade.

Para além do RN, também. São alvo de VD as crianças e adolescentes que não compareçam nas consultas agendadas ou por incumprimento do PNV ou ainda aqueles que se identifiquem fatores de risco de saúde no âmbito familiar e ambiental.

3.1.2 Saúde Materna

O momento da VD ao recém-nascido, coincide com a visita da puérpera. O agendamento da visita à puérpera ocorre em simultâneo com o agendamento da visita ao recém-nascido.

A equipa disponibiliza à puérpera a possibilidade de esclarecimento de dúvidas quanto às alterações corporais, alterações de estilo de vida, de modo a potenciar o seu papel de cuidadora do recém-nascido.

São alvo deste tipo de visita domiciliária, todas as puérperas que foram seguidas nesta USF, no programa de Saúde Materna.

3.1.3 Saúde do Utente Dependente

Nesta VD pretende-se a promoção da saúde e a prevenção da doença em utentes dependentes e deve ser realizada quer pela equipa de enfermagem quer pela equipa médica ou em simultâneo.

Devem ser identificados todos os utentes dependentes. Em qualquer caso identificado, proceder-se-á à avaliação trimestral do índice de dependência, utilizando o índice de Katz e a escala de Lawton e Brody, de modo a detectar precocemente a necessidade de actuação dos profissionais de saúde. O plano de acompanhamento, será delineado consoante as necessidades clínicas.

Em caso de utentes acamados, procede-se a avaliação da Escala de Braden, para avaliação semanal do risco de úlcera de pressão.

3.1.4 Utentes com Situação Vacinal Irregular

Este VD é realizada exclusivamente pela equipa de enfermagem, com o objectivo de garantir a cobertura vacinal à grande maioria da população que o deseje. Contudo, é dada especial atenção aos utentes do programa de “Saúde Infantil e Juvenil”, por serem considerados grupos de maior risco.

A marcação de VD ocorre se a convocatória escrita e/ou contacto telefónico não forem bem sucedidos.

3.2 VD para Avaliação, Tratamento e Reabilitação

Este tipo de VD tem como objetivo o acompanhamento de situações crónicas e curativas, podendo ser realizadas por médico e/ou enfermeiro.

Se realizada pela equipa de enfermagem estão contempladas as seguintes ações: tratamento de feridas; otimização da sonda vesical ou sonda nasogástrica; e outras intervenções de enfermagem com vista à reabilitação e melhoria da qualidade de vida do utente.

Qualquer necessidade do utente que implique a deslocação da equipa mais do que 3 vezes por semana deve ser apresentada e discutida com a equipa nuclear, médico/enfermeiro para se ponderar referenciação para a rede de CCI.

As VD para realização de tratamento à ferida são programadas conforme a necessidade da ferida e do material nela aplicado e são da autonomia da equipa prestadora de cuidados.

No âmbito da equipa médica, pretende-se essencialmente prestar cuidados no âmbito da doença aguda em doentes dependentes, além de acompanhamento de doenças crónicas.

4. Organização da VD

4.1 Orientações Gerais

A VD realiza-se de segunda a sexta-feira em horário específico. Sendo distribuída pelos enfermeiros disponíveis na unidade para a sua execução.

A VD deve ser previamente programada e acordada com o utente/cuidador. Esta programação consiste em quatro fases: planeamento, execução, registo e avaliação.

4.2 Fases da VD

4.2.1 Fase de Planeamento

A fase de planeamento inclui:

- avaliação dos pedidos de VD, verificando através de uma anamnese detalhada se há condições para a resolução do problema no domicílio
- se existirem deve proceder-se à colheita de dados do utente no processo clínico;
- preparação do material de acordo com a visita a realizar.

4.2.2 Fase de Execução

Durante a execução deve atender-se de forma prioritária às necessidades sentidas no momento pela família/utente. Deve proceder-se à identificação de problemas/necessidades, definição de objectivos, estabelecimento de prioridades, definição de estratégias e actividades a desenvolver pelo cuidador, sem nunca esquecer a avaliação do cuidador.

4.2.3 Fase de Registo

4.2.4 Fase de Avaliação

Deve ser realizada uma avaliação periódica dos cuidados prestados na VD e fazer uma análise da necessidade da continuação das mesmas.

4.3. Papel do Enfermeiro de Família

- Agendar os domicílios e providenciar o contacto telefónico se necessário; Preparar a mala dos domicílios com o material necessário; Planear o circuito dos domicílios de forma a economizar recursos e tempo, utilizando uma das viaturas da USF;
- Prestar cuidados de enfermagem de acordo com o tipo de visita domiciliária e informar o utente da data do próximo domicílio; Promover a reabilitação com o objectivo de reinserção na comunidade e obtenção da maior autonomia possível;
- Prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos, respeitando a dignidade, autonomia, beneficência, sigilo profissional e justiça para o utente e família;
- • Realizar os registos no suporte informático e remarcar novo domicílio se necessário;
- • Potenciar e otimizar a articulação da rede de parcerias representada em protocolos;
- • Avaliar as actividades desenvolvidas no âmbito do programa.

5. Revisão

Este manual deve ser revisto...

Bibliografia

DGS. (2 de 7 de 2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas Circular Normativa. Circular Normativa. Portugal: Ministério da Saúde.

Borges, C. (2017). *Intervenção Precoce no Domicílio: Perspetivas de Profissionais das Equipas de Intervenção Precoce na Infância, da Zona Norte de Portugal*. Universidade do Minho, Instituto de Educação. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51173/1/Cristina%20Filipa%20Nunes%20Borges.pdf>

Cruz, M. & Bourget, M. (2010). *A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias*. Saúde Soc. São Paulo, v. 19, n.º3, pp.605-613. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DhGvYbZs3QX9QY3rFF6QnWJ/abstract/?lang=pt>

DECRETO-LEI N.º 298/2007 DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I Série, N.º 161 (2007). Acedido a 30/04/2024. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

DECRETO-LEI N.º 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I Série, N.º 149 (2014). Acedido a 1/05/2024. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008. *Diário da República n.º 38 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma 010/2013. *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

GARCIA, E (1997) – Visita Domiciliária: Tratar ou Cuidar? ‘Servir’. Lisboa. Vol. nº 45, nº 1 (Janeiro Fevereiro, p. 26-28) . ISSN 0871-2370

NARDIZ, M V (1989) – Enfermeria y Atencion Primaria de Salud. Madrid:Ediciones Diaz Santos

Santos, E., Morais, S. (2011). *A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros*. Cogitare Enfermagem, vol. 16, núm. 3. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648968014.pdf>

Santos, A.F.V. (2021). *A visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e puérpera: um instrumento para a promoção da parentalidade e da saúde do recém-nascido*. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5506/1/Andr%C3%A9%20SantosPDFA.pdf>



Programa de Saúde Familiar



Saúde Familiar

▶ OBJETIVO

- ▶ Avaliar a família tendo em conta a família como alvo de cuidados nos diferentes contextos.
- ▶ Cuidar o indivíduo/família nas transições normativas e acidentais decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.
- ▶ Conhecer as forças da família.
- ▶ Negociar com as famílias um contrato de saúde.
- ▶ Uniformizar os registos de enfermagem no SClinico

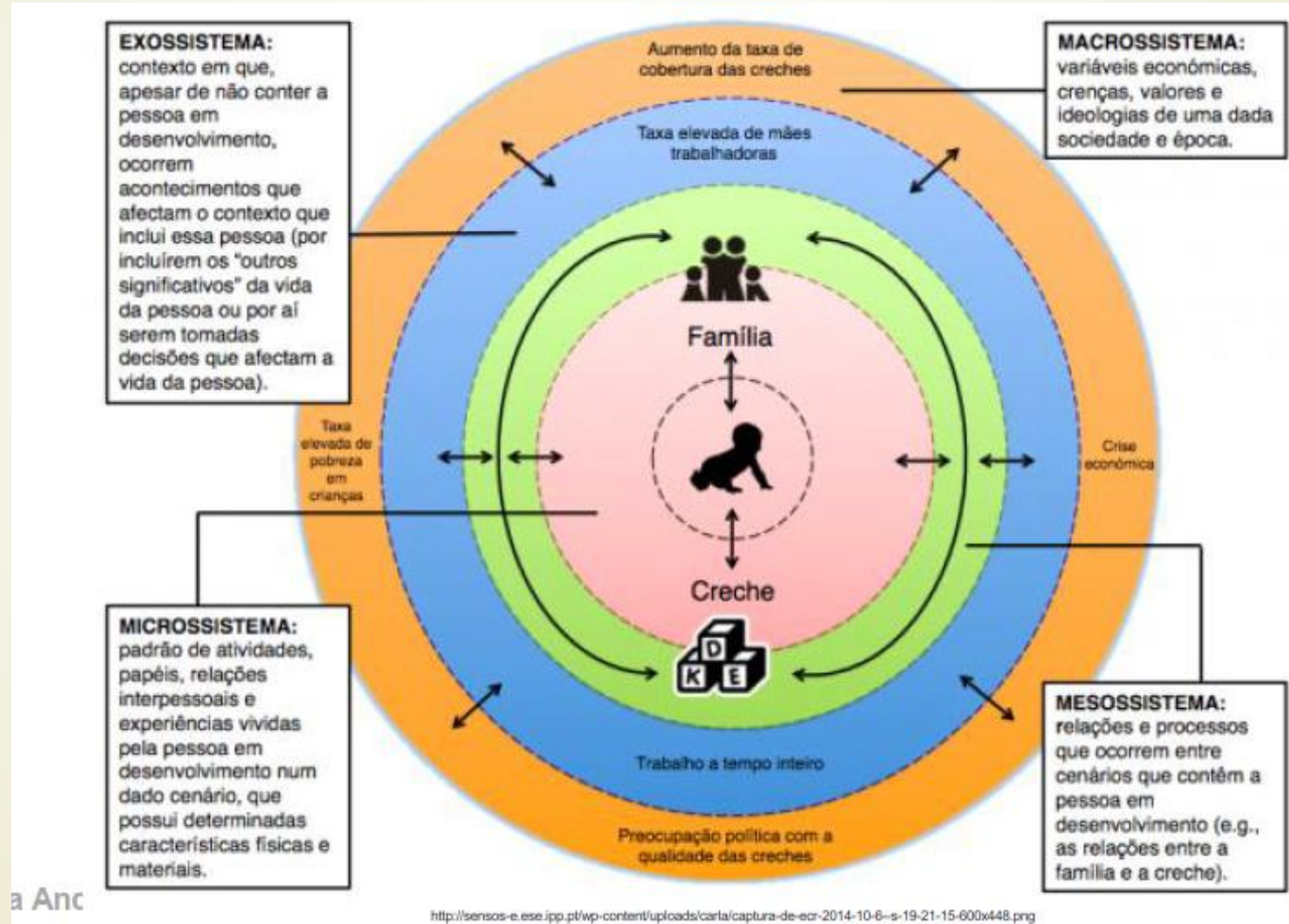


Saúde Familiar

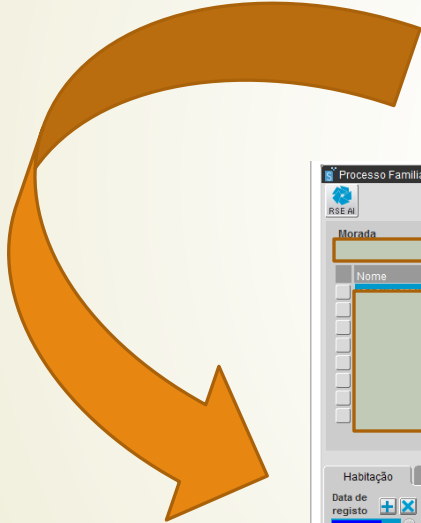
- ▶ **FAMILIA** refere se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico.
- ▶ **SAUDE FAMILIAR** é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar.
- ▶ **A O ENFERMEIRO DE FAMILIA NO CUIDADOS DE SAUDE À FAMILIA** foi definida como o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da pratica de enfermagem. A enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade.

▶ Hanson,2005

Saúde Familiar -



Saúde Familiar – Processo Familiar



The screenshot shows the 'Processo Familiar' form. The title bar reads "Processo Familiar" and "RSE AI". The form contains several sections:

- Morada**: A table with columns: Nome, Dta. Nasc, Idade, Parentesco, Médico Família, Enfermeiro Família, Nº, Ano Ant, Rest.
- Habitação**: A table with columns: Grafiar, C.Duvall, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer.
- Data de registo**: A table with columns: Data de registo, Tipo de alojamento, Regime de ocupação, Estado geral de conservação, Casa de banho, Higiene, Água, Distribuição.

Data de registo	Tipo de alojamento	Regime de ocupação	Estado geral de conservação	Casa de banho	Higiene	Água	Distribuição
25-06-2024	Alojamento móvel	Arrendada	Bom	Desconhecida	Boa	Desconhecido	Desconhecido
26-09-2019	Apartamento	Cedida	Desconhecido	Fora do alojamento	Desconhecida	Não	Fontenário a + de 100m de casa
	Barraca/casebre	Desconhecido	Mau	Inexistente	Má	Sim	Fontenário a - de 100m de casa
	Desconhecido	Outro	Razoável	No alojamento	Razoável		Fora do alojamento
	Hotel/pensão	Própria					No alojamento
	Instituição						
	Morada						
	Outro	Tipologia	Bom	Aquecimento	Electricidade	Origem	
	Quarto/parte de casa	Desconhecido	Desconhecido	Central	Desconhecido	Desconhecida	
	Sem alojamento	Não aplicável	Mau	Desconhecido	Não	Particular	
		T0	Razoável	Local	Sim	Rede pública	
		T1		Nenhum			
		T2					
		T3 ou mais					
	Salubridade da zona residencial			Mobiliário e equipamento básico		Barreiras arquitetónicas	No interior
	Desconhecida			Desconhecido		Desconhecido	
	Insalubre			Insuficiente		Não	No exterior
	Salubre			Suficiente		Sim	

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo	Estado geral de conservação				
25-06-2024	Bom				
26-09-2019	Desconhecido				
	Mau				
	Razoável				
	Conforto				
	Bom				
	Desconhecido				
	Mau				
	Razoável				
	Mobiliário e equipamento básico				
	Desconhecido				
	Insuficiente				
	Suficiente				
	Casa de banho				
	Desconhecida				
	Fora do alojamento				
	Inexistente				
	No alojamento				
	Higiene				
	Boa				
	Desconhecida				
	Má				
	Razoável				
	Electricidade				
	Desconhecido				
	Não				
	Sim				
	Água				
	Desconhecido				
	Não				
	Sim				
	Distribuição				
	Desconhecido				
	Fontenário a + de 100m de casa				
	Fontenário a - de 100m de casa				
	Fora do alojamento				
	Origem				
	Desconhecida				
	Particular				
	Rede pública				
	Barreiras arquitectónicas				
	Desconhecido				
	Não				
	Sim				
	No interior				
	No exterior				

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!

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

Classe Social
MÉDIA ALTA

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!!

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

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

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!!

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

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

Saúde Familiar

C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<input type="radio"/> I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)			
<input type="radio"/> II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)			
<input type="radio"/> III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)			
<input type="radio"/> IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)			
<input type="radio"/> V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)			
<input checked="" type="radio"/> VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")			
<input type="radio"/> VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")			
<input type="radio"/> VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)			

I	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória: preparação para a gravidez e parentalidade
II	Ajustamento às exigências do desenvolvimento de uma criança dependente
III	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido de sua estimulação e promoção de desenvolvimento
IV	Assumir responsabilidade com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase
V	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha dessa tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais
VI	Permitir a separação e o lançamento dos filhos com rituais e assistência adequada; manutenção de uma base de suporte familiar
VII	Reconstrução da relação de casal, redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas
VIII	Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (luto) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!!

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

Unitária - Só 1 elemento

Monoparental - Só pai ou mãe e filhos

Alargada - Avós, pais e filhos

Reconstruída - Nova união após reformulação

Nuclear - Casal com ou sem filhos

Outras

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!

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

- Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação

Saúde Familiar

Quais os possíveis ganhos??!!!

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

<input type="checkbox"/> Morbilidade crónica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Droga
<input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Mãe analfabeta	<input type="checkbox"/> Ausência de um dos pais
<input type="checkbox"/> Mãe solteira	<input type="checkbox"/> Pais analfabetos
<input type="checkbox"/> Chefe de família desempregado	<input type="checkbox"/> Apgar familiar < 4
<input type="checkbox"/> Ausência temporária de um dos pais	<input type="checkbox"/> Filho grande deficiente
<input type="checkbox"/> Chefe de família com emprego temporário	<input type="checkbox"/> Chefe de família preso
<input type="checkbox"/> Morte de Pai ou de Mãe	<input type="checkbox"/> Filho com carências afectivas graves

Pontuação

Saúde Familiar

- Colocar imagem do programa



PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

Avaliar abastecimento de água	
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (necessidade)	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta (necessidade)	
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	

Última Avaliação:
Sem avaliação.

Saúde Familiar

NOTA: LUISA MARIA DE ALMEIDA GONÇALVES FERREIRA DA SILVA

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	
Avaliar abastecimento de água	
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
Avaliar habitação	
Avaliar papel de prestador de cuidados	
Avaliar papel parental	
Avaliar planejamento familiar	
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	
Avaliar processo familiar	

Saúde Familiar – AVALIAR HABITAÇÃO

Colcar print da avaliação habitação

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Saúde Familiar – AVALIAR HABITAÇÃO

habitação Data: _____ Hora: _____

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)

Avaliação da habitação

ITEMS DO GRUPO

- Barreiras arquitetónicas
 - Não
 - Sim
- Aquecimento
 - Não
 - Sim
- Abastecimento de gás
 - Não
 - Sim
- * Higiene da habitação
 - Não
 - Sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Saúde Familiar- PPC capacidade de tomar conta

PPC_capacidade_tomarConta Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Capacidade para tomar conta:

ITEMS DO GRUPO

- * Alimentação
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Higiene
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Eliminação
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Vestuário
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Regime terapêutico
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Saúde Familiar- PPC capacidade de tomar conta

PPC_capacidade_tomarConta

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Capacidade para tomar conta.

ITEMS DO GRUPO

- não demonstra
- demonstra
- não aplicável
- * Eliminação
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Vestuário
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Regime terapêutico
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Prevenção de complicações associadas a processos corporais
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Saúde Familiar

Nome: LUISA MARIA DE ALMEIDA GONÇALVES PEREIRA DA SILVA Idade: 07 ANOS N.º Utente: 270144000 N.º Processo: 2002

PPC_conhecimento_tomarConta Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre:

ITEMS DO GRUPO

- * Papel de prestador de cuidados
 - não demonstra
 - demonstra
- * Tomar conta
 - não demonstra
 - demonstra
- * Hábitos de saúde
 - não demonstra
 - demonstra
- * Recursos da comunidade
 - não demonstra
 - demonstra
- * Serviços de saúde
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Saúde Familiar – POTENCIAL PARA TOMAR CONTA

potencial_tomarconta_PC Data: Hora:

Registrar Escala

GRUPOS

Potencial para tomar conta:

ITEMS DO GRUPO

- * Conscientização para tomar conta
 - reduzido
 - moderado
 - elevado
- * Força de vontade expressa para tomar conta
 - reduzido
 - moderado
 - elevado
- * Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem
 - reduzido
 - moderado
 - elevado
- * Nível de apoio percebido dos familiares/amigos
 - reduzido
 - moderado
 - elevado
- * Nível de apoio percebido da rede formal
 - reduzido
 - moderado

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Saúde Familiar

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 19-10-2016 Fim: 25-06-2024 Todos Ativos Inativos

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Avaliar abastecimento de água				
Avaliar adaptação à gravidez				
Avaliar capacidade da mãe				
Avaliar capacidade da mãe				
Avaliar capacidade do prestador de cuidados				
Avaliar conhecimento da mãe				
Avaliar conhecimento da mãe				
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados				
Avaliar conhecimento sobre o cuidado				
Avaliar habitação				
Avaliar papel de prestador de cuidados				
Avaliar papel parental				
Avaliar planeamento familiar				
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta				
Avaliar processo familiar				

Intervenções relacionadas

Intervenções relacionadas a realizar	Última avaliação	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	Sem avaliação.	<input type="checkbox"/>
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	Sem avaliação.	<input type="checkbox"/>
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	Sem avaliação.	<input type="checkbox"/>

Última Avaliação:
2024-06-25 12:35 Com compromisso do papel de cuidador:

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

Início	Termo	Especificações

Saúde Familiar – PROCESSO FAMILIAR

processoFamiliar Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Processo familiar:

ITEMS DO GRUPO

- * Adequado
 - não
 - sim
- Comunicação
 - não comprometida
 - comprometida
- Coping
 - não comprometido
 - comprometido
- Interação de papéis
 - não comprometida
 - comprometida
- Relação dinâmica
 - não comprometida
 - comprometida
- Conflituoso
 - não
 - sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total



VAMOS PRATICAR...

- ▶ Primeira consulta de saúde materna (8 semanas), vem com o companheiro.
- ▶ Referem que alugaram casa e estão em mudanças... vão viver juntos no início do mês.
- ▶ Que informação precisamos reunir para que esta nova família consiga ultrapassar esta nova etapa/transição de forma mais positiva possível???

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE



INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO





Descrição

Avaliar abastecimento de água	
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessário)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
Avaliar conhecimento sobre 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	

Última Avaliação:

Sem avaliação.

- 
- 
- ▶ NÃO HÁ FORMA DE CONSTRUIR O Genograma e ECOMAPA no SCLINICO:
 - ▶ ENTÃO COMO REGISTRAR???!!!
 - ▶ QUE GANHOS EM SAUDE PODEMOS TER?
 - ▶ ONDE VERIFICAR ESSES DADOS



Prevenção de acidentes na criança até 1 ano

Lesões não intencionais ou acidentes

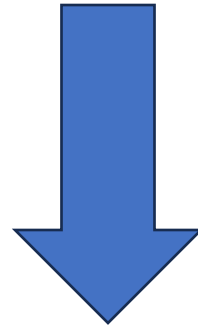
- São uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014).
- Em Portugal, entre 1992 e 2020, mais de 6500 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente.
- A mortalidade de crianças e jovens por traumatismos e lesões não intencionais tem vindo a reduzir de forma consistente em Portugal nos últimos 30 anos, ainda que, com uma tendência de estabilização na última década.



Como prevenir os acidentes nas crianças?

- Os bebês desde o dia que nascem estão expostos a inúmeros riscos evitáveis

Como podemos ajudar a prevenir?



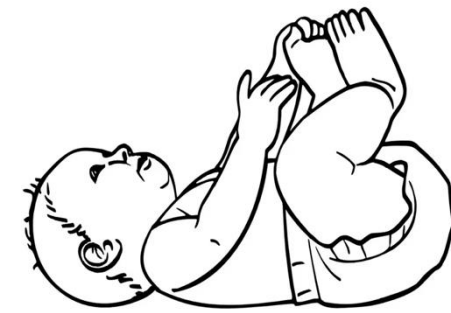
Fazer a vigilância da criança e ensinar os pais em cada etapa do desenvolvimento

Mês 0

- Alertar do síndrome da morte súbita do latente;
- Evitar as chupetas a fiou ou correntes;
- Nunca deixar o bebé em locais altos e sozinho (muda de fraldas, mesas, cama);
- Não deixar outras crianças pegar sem supervisão de um adulto;
- Transportar o bebé na cadeirinha sempre com os cintos apertados e adaptados;
- Verificar a temperatura da água com um termómetro e do leite em caso de aleitamento artificial.
- Quando se transportar o bebé no carro, colocar a cadeirinha com a retenção no transporte e a cadeira virada para trás.
- A cama deve ter o colchão bem adaptado e as grades devem ter cerca de 60cm.



1º Mês



- Fazer reforço dos ensinamentos da primeira consulta e ensinar os pais como interagir com o bebê



- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.
- Observar o bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura autoconforto.
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento.
- Manter tonalidades de voz diferentes e suaves.
- Continuar a usar a cadeira de baloiço.
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir.
- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 min.
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

2º mês

Reforçar os ensinamentos das primeiras consultas;

Na espreguiçadeira prender bem o bebê;

Travar o carrinho de passeio quando estiver parado;

Não pendurar sacos nas pegadas do carrinho;

Não descer as escadas com o carrinho.





3º e 4º mês

- Manter os cuidados no transporte do bebê no carro;
- Não deixar o bebê num local alto sem supervisão;
- Manter os cuidados na hora de dormir;
- Alertar a mãe/pai para nunca transportar bebidas quentes enquanto tiver o bebê ao colo;
- Verificar sempre a temperatura da água e não ter água superior a um palmo;
- Colocar sempre chapéu e protetor solar quando o passear e evitar as horas de maior calor;
- Oferecer brinquedos grandes e macios que sejam facilmente laváveis;
- Colocar um tapete antiderrapante no fundo da banheira.

5º mês

- Oferecer brinquedos macios e grandes para evitar o risco de asfixia;
- Não colocar brincos, pulseiras ou colares e evitar que o bebê coloque estes objetos na boca;
- Não utilizar cadeiras de banho, pois podem virar-se;
- Mexer bem as sopas e as papas, ter em atenção aos pedaços grumosos para o bebê não se engasgar;
- Se aquecer no micro-ondas colocar num prato diferente e arrefecer bem;





O que fazer nestes meses?

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra.
- Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé.
- Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a agarrar nos brinquedos que estejam mais longe.
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).
- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão.
- Ritual do sono reforçado antes de dormir.
- Deve-se introduzir os primeiros livros (feitos de materiais seguros como cartão grosso, esponja, plano ou plástico) que devem conter figuras simples coloridas e facilmente identificáveis. O adulto deve introduzir o jogo de apontar e nomear a figura, associando uma imagem e um som.

6º Mês: o bebê começa a explorar

Manipulação de Objetos: Nesta fase, o bebê começa a manipular objetos de uma mão para a outra. Começa a explorar próprios pés.

Acidentes mais frequentes: quedas, asfixia, queimaduras, eletrocussão e afogamento.

Dicas de Prevenção: É pois aconselhável que se dê um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebê, colocar –se de joelhos e tentar detectar os perigos que podem ameaçar o bebê ao nível

- **Proteja as Tomadas**

Use protectores de tomadas. Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-os, bem como às fichas triplas.

- **Atenção a Objetos Pequenos**

Tenha em atenção objetos pequenos, como os botões na caixa de costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como sacos de plástico que podem sufocar a criança. As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem também intoxicar.

- **Proteja Fontes de Calor**

Certifique-se de que lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento estejam devidamente protegidos para evitar queimaduras.

- **Evite Andarilhos**

Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça quando o bebé vai para baixo da mesa. Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar a aprendizagem

- **Proteja as escadas**

Se tem escadas, coloque cancelas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e no último degrau, para evitar quedas.

- **Atenção a cadeira**

Ponha sempre o cinto ao bebé quando o sentar na cadeira alta e nunca o deixe sozinho.

A cadeira deve ser bem estável e estar sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés.

Se usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve ficar bem fixa, a mesa deve ser estável, pesada e sem tampo de vidro e nunca lhe coloque uma cadeira por baixo.

9º Mês: Maior Mobilidade

A partir deste mês ocorrem mudanças de decúbito mais frequentes e possibilidade de se deslocar no espaço. Apanha pequenos objetos em pinça



Fogão e Eletrodomésticos

O fogão é um dos maiores perigos na cozinha. O bebê pode facilmente queimar-se na porta quente do forno ou puxar as alças de panelas e frigideiras. Não cozinhar com o bebê no colo. Também evite deixar fios elétricos de aparelhos como batedeiras e liquidificadores ao alcance do seu filho.

Armazenamento Seguro

Mantenha produtos de limpeza, medicamentos e outros itens tóxicos bem guardados, longe do acesso do bebê. Escolha embalagens com travas de segurança e nunca transfira esses produtos para garrafas de bebida. Em caso de intoxicação, ligue imediatamente para o Centro de Informação Antivenenos

Evite Riscos

Cubra os cantos afiados dos móveis e prenda firmemente grandes objetos, como estantes e TVs, para evitar que tombem sobre seu filho. Não coloque panos sobre lâmpadas, pois podem incendiar-se facilmente.

Alimentos Perigosos

Tenha cuidado com alimentos duros e lisos, como amendoins, outros frutos secos, castanhas e tremoços, que podem engasgar.

Água e Piscinas

Nunca deixe banheiras, baldes ou outros recipientes com água. Em férias, prefira casas sem piscina pois apenas meio palmo de água é o suficiente para o seu bebê se afogar.

Cadeira de Carro

Seu bebê deve viajar sempre voltado para trás até pelo menos 18 meses de idade. Informe-se antecipadamente sobre a melhor cadeira de carro para a próxima fase do desenvolvimento do seu filho.

12 Meses



Acidentes comuns: Nesta idade, os principais riscos são quedas, ferimentos, queimaduras, intoxicações, afogamentos e eletrocussão.



Prevenção de quedas: Proteja janelas com fechos de segurança, mantenha a cadeira de refeição junto à parede e evite deixar a criança sozinha em locais altos.



Prevenção de queimaduras: Vire as pegas das panelas para dentro do fogão e desligue os eletrodomésticos após o uso.



Prevenção de afogamentos: Nunca deixe a criança sozinha perto de banheiras, piscinas, rios ou mar.



O que os pais devem fazer?

Promover um ambiente seguro;

Estar preparado para agir em caso de acidente;

Aprender primeiros socorros básicos;

Transportar o bebé numa cadeira de segurança, mesmo em viagens curtas;

Observar sempre os perigos iminentes.

Papel do enfermeiro

- O enfermeiro é essencial na orientação dos pais sobre prevenção de acidentes e promoção da segurança do bebê
- O enfermeiro pode ajudar a identificar possíveis riscos e agentes causadores de lesões não intencionais
- A prevenção de acidentes contribui para a proteção, desenvolvimento e qualidade de vida do bebê, além de reduzir custos em saúde.





Conclusão

- Os pais devem criar um ambiente seguro para o bebê;
- O enfermeiro de família tem um papel fulcral na transmissão de conhecimento aos pais;
- O enfermeiro de família desempenha um papel essencial na prevenção de acidentes, orientando os pais e identificando riscos.
- A prevenção de acidentes contribui para a proteção, desenvolvimento e qualidade de vida do bebê.

DIA NACIONAL DA SEGURANÇA INFANTIL -23 MAIO-



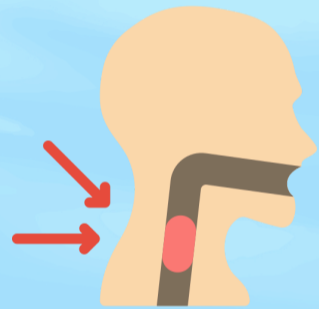
SABIA QUE...
OS ACIDENTES DOMÉSTICOS SÃO A
PRINCIPAL CAUSA DE MORTE ENTRE
O PRIMEIRO E OS QUATRO ANOS DE
VIDA?

- NUNCA DEIXAR A CRIANÇA SOZINHA EM CIMA DA MESA, MUDA FRALDAS OU SOFÁS.
- SE USAR UM CADEIRINHA, COLOQUE-A SEMPRE NO CHÃO E NUNCA NUMA CADEIRA OU SOFÁ..
- COLOCAR GRADES DE PROTEÇÃO NAS ESCADAS.



- PREPARAR O AMBIENTE ANTES DE INICIAR O BANHO E TER TUDO ORGANIZADO E PERTO PARA NÃO DEIXAR O BEBÉ SOZINHO.
- A QUANTIDADE DE AGUA DEVE SER MENOS DE UM PALMO.
- SE PERTO DE SUPERFÍCIES COM ÁGUA, COMO PISCINAS NÃO O DEVE DEIXAR SEM SUPERVISÃO. USAR BOIAS, BRAÇADEIRAS, COLETES SALVA-VIDAS OU OUTROS DISPOSITIVOS DE FLUTUAÇÃO.

- PROMOVER QUE O BEBÉ DURMA NO BERÇO.
- A ROUPA DA CAMA DEVE SER COLOCADA DEBAIXO DAS AXILAS DO BEBE, E O BEBE DEVE ESTAR COM OS PÉS PERTO DO FINAL DA CAMA DE BARRIGA PARA CIMA.
- NA CAMA NÃO COLOCAR BRINQUEDOS POR PERTO E SE USAR CHUPETA NÃO DEVE ESTAR PRESA A CORRENTES



- VERIFICAR A TEMPERATURA DO LEITE ANTES O OFERECER AO BEBE.
- NA HORA DO BANHO DEVE VERIFICAR A TEMPERATURA DA ÁGUA COM UM TERMOMETRO.
- SE TEM O SEU FILHO AO COLO EVITE CONTACTO COM BEBIDAS OU OBJETOS QUENTES.
- EVITAR QUE O SEU FILHO SE APROXIME DE ELETRODOMÉSTICOS COM FONTE DE CALOR.
- COLOCAR PROTEÇÕES NAS TOMADAS ELÉTRICAS.
- NÃO DEVE FUMAR PERTO DO SEU FILHO.
- EVITAR QUE BRINQUE PERTO DOS LOCAIS DE FONTE DE CALOR.
- MANTER OS CABOS DAS PANEAS VIRADOS PARA DENTRO DO FOGÃO.
- NÃO UTILIZAR TOALHAS DE MESA COMPRIDAS QUE O SEU FILHO POSSA PUXAR.



- MANTER PRODUTOS DE LIMPEZA, HIGIENE E MEDICAMENTOS BEM FECHADOS, ALTOS E TRANCADOS
- TER ATENÇÃO ÀS PLANTAS TOXICAS



- DEVE TRANSPORTAR SEMPRE O SEU FILHO NA CADEIRA INDICADA, DEVE SEMPRE SER NO BANCO DE TRÁS, VOLTADA PARA O VIDRO DE TRÁS. (0-1A)
- DEVE TRANSPORTAR O SEU FILHO SEMPRE SENTADO NA CADEIRA, NO BANCO DE TRÁS, VIRADA PARA A FRENTE.(1-4A)

- EVITAR BRINCADEIRAS EM VARANDAS OU TERRAÇOS DESPROTEGIDOS.
- PROTEGER COM GRADES OU REDES ZONAS DE PERIGO (ESCADAS, VARANDAS E PISCINAS).
- DEVE MANTER O PORTÃO DE SAÍDA PARA A RUA TRANCADO, DE FORMA A QUE O SEU FILHO NÃO CONSIGA ABRI-LO SOZINHO.
- ENSINAR O SEU FILHO A NÃO COLOCAR PLANTAS NA BOCA.
- O SEU FILHO DEVE UTILIZAR BICICLETAS OU OUTROS EQUIPAMENTOS COM RODAS EM LOCAIS APROPRIADOS.



SABIA QUE...
Os acidentes domésticos são a principal causa de morte entre o primeiro e os quatro anos de vida?



Quais os principais tipos?

Quedas

Afogamentos

Intoxicações

Queimaduras

Acidentes de aviação

Ambiente exterior

Como podemos prevenir?



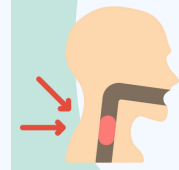
- Nunca deixar a criança sozinha em cima da mesa, muda fraldas ou sofás.
- Se usar um cadeirinha, coloque-a sempre no chão e nunca numa cadeira ou sofá
- Colocar grades de proteção nas escadas.



- Preparar o ambiente antes de iniciar o banho e ter tudo organizado e por perto;
- A quantidade de água deve ser de menos de um palmo;
- Se perto de superfícies com água, como piscinas não o deve deixar sem supervisão.
- Usar boias, braçadeiras, coletes salva-vidas ou outros dispositivos de flutuação.



- Promover que o bebé durma no berço.
- A roupa da cama deve ser colocada debaixo das axilas e o bebé deve estar com os pés perto do final da cama e de barriga para cima
- Na cama não colocar brinquedos por perto e se usar chupeta não deve estar presa a correntes.



- Verificar a temperatura do leite antes de oferecer ao bebé.
- Na hora do banho deve verificar a temperatura da água com um termómetro.
- Se tem o seu filho ao colo evite contacto com bebidas ou objetos quentes.
- Evitar que o seu filho se aproxime de eletrodomésticos com fonte de calor.
- colocar proteções nas tomadas elétricas.
- Não deve fumar perto do seu filho.
- Evitar que brinque perto dos locais de fonte de calor.
- Manter os cabos das panelas virados para dentro do fogão.
- Não utilizar toalhas de mesa compridas que o seu filho possa puxar.



- Manter produtos de limpeza, higiene e medicamentos bem fechados, altos e trancados
- ter atenção às plantas tóxicas



- Deve transportar sempre o seu filho na cadeira indicada, deve sempre ser no banco de trás voltada para o vidro de trás (0-1A)
- Deve transportar o seu filho sempre sentado na cadeira, no banco de trás, virada para a frente.(1-4A)

- Evitar brincadeiras em varandas ou terraços desprotegidos.
 - Proteger com grades ou redes zonas de perigo (escadas, varandas e piscinas).
- Deve manter o portão de saída para a rua trancado, de forma a que o seu filho não consiga abri-lo sozinho.
- Ensinar o seu filho a não colocar plantas na boca.
 - O seu filho deve utilizar bicicletas ou outros equipamentos com rodas em locais apropriados.



Bibliografia:
 Associação Portuguesa da Segurança Infantil. (2024). Prevenção de Acidentes na criança. Recuperado de: <https://www.apsi.org.pt/seguranca-infantil/agua>
 Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as intoxicações. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/>
 Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as quedas. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/>
 Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as queimaduras. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/>
 Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e os acidentes de viação. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/>
 Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e os afogamentos. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/>
 Saraiva, H. & Sousa, A. (2022). Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. (1aed.). Lisboa, Portugal: Lidel.



Em caso de dúvidas
 contacte a sua equipa!



Contacte-nos

233 408 230

usf.nautilus@arscentro.min-saude.pt

Elaborado por Inês Freitas, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de saúde familiar, sob orientação da Enfermeira Patrícia Pinto



Prevenção de acidentes na criança 0-4 anos



ANEXOS

Anexo I -Projeto "CuidarFam"

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

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

| Submetido para parecer e autorização das Instituições Parceiras

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO
‘CUIDARFAM’ – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM
ENFERMAGEM’

Domínio Científico: Ciências da Saúde

Descritores (MeSH)

Transição

Família

Cuidar

Enfermagem

Data do início do projeto: Janeiro de 2018

Data prevista do término: Final de 2026

Previsão de Instituições Envolvidas:

Escola Superior de Enfermagem do Porto (colaboraremos com eles no estudo de âmbito nacional através da nossa aplicação).

Escola Superior de Saúde de Leiria

ENQUADRAMENTO

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

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

O projeto está estruturado em seis fases:

Fase I: Revisão Sistemática da Literatura: A Revisão sistemática da literatura representa a utilização de método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários. Trata-se de um estudo secundário, observacional e retrospectivo.

Sob o ponto de vista metodológico, a presente fase consiste numa revisão da literatura, em que se procurará compilar estudos de forma sistemática, através da análise de trabalhos presentes na bases de dados *SciELO*[®], e em todas as bases de dados que integram a *EBSCOhost*[®] (Medline, Cinhal, Cocharane, Health Technology Assessments, Mediclatina Psychology and Behavioral Sciences Collection) e a *Web of Science*[®] nos idiomas português, inglês e espanhol. Será ainda realizada pesquisa no *Google Scholar*[®], bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal[®] (RCAAP[®]). Através da questão de pesquisa elaborada com descritores por *PICO* foi definida que a população em estudo (*P*) são os enfermeiros, as intervenções (*I*) são os cuidados/intervenções de enfermagem, (*C*) a comparação dos resultados obtidos nos

diferentes estudos e os resultados esperados (*O*), as atitudes favorecedoras dos processos de transição por parte dos enfermeiros face à famílias.

A pesquisa será feita tendo por base os descritores definidos (MeSH ou caso não seja possível, utilizar palavras chave) e os artigos a selecionar têm por base os seguintes critérios de inclusão: artigos datados de um período pós-2005 (ou seja, com menos de dez anos); artigos cujo título contenha uma ou mais palavras dos nossos descritores em português, inglês ou espanhol; artigos que embora não incluindo as palavras anteriormente referidas, após a leitura do seu resumo/*abstract* apresentem potencial relevância para o trabalho em questão. Proceder-se-á leitura e avaliação crítica do estado da arte no domínio em estudo.

Para a realização desta fase deverá utilizar-se como referencial teórico o Modelo das Transições de Afaf Meleis (2000), o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e a taxonomia CIPE® (versão 2.0).

Fase II: (Re)validação do instrumento e sua aplicação: No presente projeto recorreremos a um instrumento de colheita de dados, composto por duas partes distintas (Anexo I). A primeira parte é relativa a dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte aplicaremos a *Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros* (Barbiéri, MC et al., 2009)¹.

Esta escala é uma adaptação da *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003. Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright e Leahey, 2009), e os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Barbiéri, MC et al., 2009).

¹ Barbiéri, MC et al., (2009). **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Barbiéri, MC et al., 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem – 10 itens; família como um parceiro dialogante – 8 itens; família como um fardo – 4 itens e família como próprio recurso – 4 itens. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família.

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Barbiéri, MC. et al., (2009). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduz-se no Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: parceiro dialogante e recurso de coping</p>	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: recurso nos cuidados de enfermagem</p>	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: fardo</p>	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em stresse.</p>

A consistência interna no estudo realizado por Barbiéri, MC et al., (2009), para validar a Escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões bem como da escala total. A consistência interna da escala total foi de $\alpha = 0,87$, valor muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Barbiéri, MC et al., 2009).

O projeto aqui apresentado servirá de base à possibilidade de diferentes estudos, sejam estes de cariz descritivo ou de cariz correlacional. O mesmo será aplicado a enfermeiros portugueses e que aceitem participar voluntariamente na investigação, independentemente do seu contexto laboral.

Serão tidos em consideração todos os procedimentos éticos inerentes à realização e condução de uma investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes (Anexo I)

Fase III: Avaliação dos resultados, sua análise e discussão.

Fase IV: Elaboração do relatório final.

GOALS

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

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base os objetivos definidos, temos as seguintes questões de investigação:

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

POPULAÇÃO ALVO

O estudo será aplicado a enfermeiros independentemente do seu contexto laboral. Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população. Como critérios de inclusão definimos:

- Enfermeiros portugueses/Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou a desenvolverem a sua prestação de cuidados/ensino clínico em Portugal;
- Enfermeiros/Estudantes que concordem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

ENTIDADE PROMOTORA

O Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria é uma unidade de investigação multidisciplinar orientada para a investigação em Saúde. Na prossecução da sua ação, beneficia de uma grande diversidade de especializações e colaboração de investigadores de outras Instituições e Unidades de Investigação. Os objetivos do ciTechCare são:

- Promover, coordenar e apoiar projetos de investigação nas áreas definidas pelo conselho científico da unidade;
- Cooperar com outros grupos de investigação, instituições de prestação de cuidados de saúde, de ensino ou outras instituições;
- Promover o desenvolvimento da investigação científica e sua articulação com as dinâmicas de formação graduada e pós-graduada;
- Elaborar estudos e trabalhos orientados para as necessidades da comunidade;
- Difundir o conhecimento científico e tecnológico

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Coordenadores do Projeto de Investigação

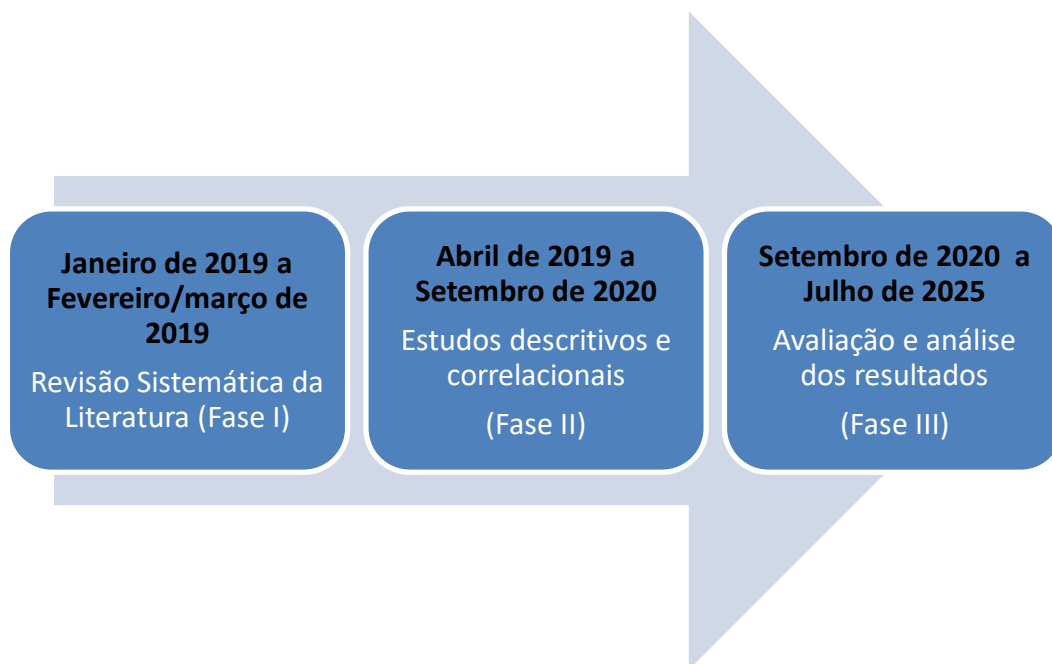
- João Frade, PhD, MPH, RN, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

- Carolina Miguel Graça Henriques, Pós-Doc, PhD, MsC, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, carolina.henriques@ipleiria.pt.

Equipa de Investigação

- Estudantes de enfermagem da formação pré (licenciatura) e pós graduada (mestrados).
- Outros docentes que venham a colaborar no projeto

CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

- Comunicação dos resultados, podendo estas utilizar os resultados do estudo para os fins que se entenderem convenientes;
- Comunicação dos resultados em congressos nacionais e internacionais;
- Publicação de artigos em revistas revisadas por pares;

Informação sobre a Investigação

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

Professora Doutor João Frade, RN, M.P.H., Ph.D. ciTechCare —)

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

.....

Declaração de Consentimento

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

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

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Nº/Código _____

QUESTIONÁRIO

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

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

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

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

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

Estudantes

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

Tel.: (+351) 244 845 300

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Qual a sua idade? _____(anos)

2. Qual o seu estado civil? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Solteira
- União de fato/ Casada
- Separada/Divorciada
- Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: _____

4. Indique o seu título profissional. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

5. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermagem de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Anos: _____

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

8. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
 - Contexto Académico Formação Continua Outro: _____
- Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				
6. No primeiro contacto com os membros da Família, convidoo 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.