



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar

Sara Sofia Pereira dos Santos

Leiria, outubro 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar

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

Sara Sofia Pereira dos Santos

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional,
em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em

Contexto de UCSP, com Relatório Final

Professor Orientador: Doutor João Frade

Leiria, outubro 2021

AGRADECIMENTOS

Ao Professor João Frade, pela clareza e competência das suas orientações, numa presença sempre efetiva, que encorajaram a acreditar na força de continuar. A sua partilha de saberes e crenças acerca da Enfermagem de Família fortaleceu a atitude que hoje me caracteriza enquanto enfermeira de saúde familiar.

À Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelo seu parecer favorável para o desenvolvimento da investigação.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, por continuar a apoiar e dinamizar formação pós-graduada, e por ter disponibilizado todos os seus recursos, contribuindo, deste modo, para a realização do estudo.

À Enfermeira Isabel Godinho e Enfermeira Ália, pela cooperação demonstrada durante os estágios. A parceria investigação-prática foi facilitada pela sua disponibilidade e confiança. Agradeço aos enfermeiros da UCSP de Alvaiázere pela oportunidade e ajuda.

Um agradecimento sincero a todas as famílias que me permitiram crescer com as suas vivências, que me deixaram vislumbrar o seu dia-a-dia e que me mostraram que é preciso cuidar de quem cuida.

Aos enfermeiros, participantes e colaboradores nesta pesquisa, que dispuseram os seus saberes, afetos e desempenhos.

A todos os amigos que ao sonharem comigo, ajudaram a tornar este momento real.

À minha família por tudo. O valor que me dão faz-me sentir forte para caminhar. À Maria, Manuel e Miguel, ao meu marido e irmão, por terem mantido neste percurso, acesa a chama que me orientou – um amor incondicional.

Aos meus pais, sempre presentes neste meu percurso.

E por último a Quem sempre me acompanha e protege.

A todos um especial agradecimento

RESUMO

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Alvaiázere (ACES Pinhal Interior Norte), por ser um contexto de excelência para o exercício das competências do enfermeiro de família. Além disso serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação sobre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados. Este trabalho tem como objetivos descrever e realizar uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas e dificuldades vivenciadas durante o estágio, bem como, no âmbito da investigação, compreender as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados.

É necessário refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo cuidados competentes e de excelência. A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentado na relação colaborativa e interacional entre profissionais e famílias. A reestruturação dos cuidados de saúde expandiu e ampliou a prática de enfermagem com base na família, razão pela qual é pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados. O enfermeiro de saúde familiar perspectiva a família como unidade básica de cuidados, respeitando o seu contínuo equilíbrio dinâmico ao longo do ciclo vital familiar. Pode também facilitar o processo de transição da família, através da sua capacitação, atingindo um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde.

Para desenvolver a prática baseada na evidência foram formuladas as questões: Quais as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados ao utente? e Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros, as variáveis sociodemográficas e profissionais no envolvimento e participação da família no processo de cuidados?

Utilizou-se uma metodologia quantitativa, descritivo, analítico e correlacional. Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado o questionário de caracterização sócio

demográfica e a Escala “ A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (Oliveira *et al*, 2011).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais. A evidência demonstra que os enfermeiros têm na sua maioria atitudes positivas, face à família nos cuidados de enfermagem. Atitudes positivas dos enfermeiros relativas à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, facilitam o envolvimento e participação das famílias nos cuidados, enquanto atitudes negativas criam barreiras nesse processo.

A formação é fundamental na aprendizagem de competências no âmbito da família pelo potencial de otimização da prática profissional de enfermagem. Os cuidados de enfermagem terão necessariamente que ser centrados na família, o que obrigará a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros e a uma alteração das políticas e filosofia das unidades de saúde.

Palavras-chave: Atitudes dos Enfermeiros, Cuidados de enfermagem, Relações entre família e profissionais, Cuidados de Saúde primários

ABSTRACT

Within the scope of the 3rd semester of the 2nd year of the Master's course in Family Nursing, a professional internship was developed at the Personalized Health Care Unit of Alvaiázere (ACES Pinhal Interior Norte), as it is an excellent context for exercising family nurse skills. Furthermore, it served as a context for carrying out a research work on nurses' attitudes in the approach to the family as an integral part of the care process. This work aims to describe and carry out a critical-reflective analysis of the skills developed and difficulties experienced during the internship, as well as, within the scope of the investigation, to understand the attitudes of nurses in approaching the family for its integration in the care process.

It is necessary to reflect the essence of nursing practice in family care to reduce emotional, physical and spiritual suffering within the family unit, ensuring competent and excellent care. The family-centered nursing intervention is an approach of caring, based on the collaborative and interactive relationship between professionals and families. The restructuring of health care has enlarged and has expanded the practice of family-based nursing, reason why it is pertinent to understand the attitudes of nurses in approaching the family, for their integration in the care process. The family nurse views the family as a basic care unit, respecting its continuous dynamic balance throughout the family life cycle. It can also facilitate the family's transition process, through its training, reaching an effective family development pattern, in which the results obtained, resulting from the nursing interventions developed with the family, correspond to health gains.

To develop evidence-based practice, the following questions were formulated: What are the nurses' attitudes towards the involvement and participation of families in patient care? What is the relationship between nurses' attitudes, sociodemographic and professional variables in the family's involvement and participation in the care process?

A quantitative, descriptive, analytical and correlational methodology was used. As data collection instruments, the socio-demographic characterization questionnaire and the Scale "The Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes" (Oliveira et al., 2011) were used.

There were no statistically significant differences regarding sociodemographic and professional variables. Evidence demonstrates that nurses mostly have positive attitudes towards the family, in nursing care. Positive nurses' attitudes regarding the importance of

families in nursing care, facilitate the involvement and participation of families in care giving, while negative attitudes create barriers in this same process.

Training is essential for acquiring and developing skills within the family, due to the potential for optimizing professional nursing practice. Nursing care will necessarily have to be centered on the family, which will require some changes in the nurses' attitude and a change in the policies and philosophy of the health units.

Keywords: Attitude Nurses, Nursing Care, Professional family relations, Primary Health care

ÍNDICE

ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XIV
INTRODUÇÃO	16
1. PRÁTICA CLÍNICA	21
<i>1.1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR..</i>	<i>21</i>
1.1.1. ENQUADRAMENTO DO MUNICÍPIO	21
1.1.2. REDE VIÁRIA E ACESSIBILIDADE	22
1.1.3. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA	23
1.1.4. TAXAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE E ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA	23
1.1.5. CARATERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS	25
1.1.6. EQUIPAMENTOS	25
1.1.6.1. Equipamentos de Saúde	25
1.1.6.2. Equipamentos Sociais	26
1.1.6.3. Atividade económica	27
1.1.7. ACES PINHAL INTERIOR NORTE	28
<i>1.2. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</i>	<i>29</i>
1.2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DA UCSPA	30
1.2.1.1. Missão	30
1.2.1.2. Visão	30
1.2.1.3. Valores	30

1.2.1.4. Ambiente físico e funcional.....	30
1.2.1.5. Recursos materiais	31
1.2.1.6. Horário de funcionamento da UCSP e cobertura assistencial	31
1.2.1.7. Caraterização da população inscrita na UCSA	32
1.2.1.8. Cobertura Assistencial.....	33
1.2.1.9. Profissionais da Equipa.....	34
1.2.1.10. Serviços.....	34
1.2.1.10.1. Serviços de Carácter Assistencial	34
1.2.1.10.2. Serviços de carácter não assistencial.....	36
1.2.3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL	36
1.2.4. PROBLEMAS E OBJETIVOS	36
1.2.5. QUALIDADE ORGANIZACIONAL	38
1.2.6. DESEMPENHO ASSISTENCIAL	39
<i>1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....</i>	<i>42</i>
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	45
2.1. FAMÍLIA.....	45
2.2. A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	53
2.3. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	66
2.4. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.....	74
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	81
3.1. COMPETENCIAS COMUNS	81
3.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA, PROFISSIONAL E LEGAL .	82
3.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	84
3.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	87

3.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	88
3.2. <i>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS</i>	90
3.2.1. CUIDA DA FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS.....	91
3.2.2. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS NAS DIFERENTES FASES DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA AO NÍVEL DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA	98
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	101
4.1. <i>INTRODUÇÃO</i>	102
4.2. <i>METODOLOGIA</i>	106
4.2.1. TIPO DE ESTUDO	107
4.2.2. OBJETIVOS.....	107
4.2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	108
4.2.4. HIPÓTESES.....	108
4.2.5. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	109
4.2.5.1. Variáveis independentes	109
4.2.5.2. Variáveis dependentes.....	111
4.2.6. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	112
4.2.7. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	113
4.2.7.1. Consistência interna da escala IFCE-AE	115
4.2.7.2. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	117
4.2.7.3. Procedimentos de análise dos dados	119
4.3. <i>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</i>	121
4.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	121
4.3.2. ATITUDE DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	126
4.3.3. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ESCALA IFCE-AE.....	128

4.3.4.RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS E A ESCALA IFCE- AE.....	130
4.4.DIUSSÃO DOS RESULTADOS.....	135
CONCLUSÃO	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

APÊNDICES

APÊNDICE I - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO – ESSLei

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – UCSPA

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – ALUNOS EM FORMAÇÃO DO 3º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA- ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

APÊNDICE V – PROCESSO FAMILIAR AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO MODELO DE CALGARY

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ESSLei

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - N.º de inscritos na UCSPA, com médico de família.....	33
Tabela 2- Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE) - adaptação portuguesa e no estudo atual.....	117
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o género.....	121
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	122
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o título profissional.....	122
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas.....	123
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a experiência profissional.....	123
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a unidade onde exerce funções.....	123
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício da atividade na unidade.....	124
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a idade e o local onde exerce funções....	124
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo experiência profissional e o local onde exerce funções.....	125
Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo se tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização.....	125
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo “Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique qual ou quais”.....	126
Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo se tem formação em Enfermagem da Família.....	126
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a experiência com familiar gravemente doente.....	126
Tabela 16 - Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE.....	127
Tabela 17- Resultado do teste correlação de Pearson entre as dimensões da escala IFCE-AE.....	128
Tabela 18 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.....	129
Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.....	129
Tabela 20 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.....	130

Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o curso de pós graduação e/ou pós licenciatura de especialização.....	131
Tabela 22 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.....	131
Tabela 23 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde exerce as suas funções.....	132
Tabela 24 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e há quanto tempo exerce funções na unidade.....	133
Tabela 25 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família, entre os que estão a trabalhar na UCSPA e a fazer formação na área da enfermagem de saúde familiar na ESSLei.....	133
Tabela 26 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem da Família.....	134
Tabela 27 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.....	135

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – População residente (n.º), por local de residência e sexo.....	23
Quadro 2- Taxa Bruta de Natalidade.....	24
Quadro 3- Taxa Bruta de Mortalidade.....	25
Quadro 4- Organograma do ACES.....	29
Quadro 5 – Distribuição das inscrições nos CSP – UCSPA.....	32
Quadro 6 – Visão UCSPA – Matriz. Áreas do Plano de Ação.....	39
Quadro 7 - Visão Global do Plano de Ação.....	42
Quadro 8 – Utentes por Enfermeiro de Família.....	43
Quadro 9 – TOP de Problemas UF-Médico, maio 2021.....	43
Quadro 10 - Características das Abordagens da Enfermagem com Família.....	62
Quadro 11 - Intervenções de Enfermagem de acordo com os domínios do Funcionamento Familiar.....	70

Quadro 12- Dimensões da Escala IFCE-AE.....	114
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Enquadramento do concelho de Alvaiázere.....	21
Figura 2- Enquadramento das freguesias de Alvaiázere.....	22
Figura 3- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere.....	31
Figura 4 - Friso Cronológico com alguns dos principais marcos históricos internacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias.....	55
Figura 5 - Friso Cronológico com os principais marcos históricos nacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias.....	56
Figura 6 - Estrutura Concetual da enfermagem de família.....	61
Figura 7 - Fontes Concetuais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias.....	63
Figura 8 - Diagrama do Modelo de <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES PIN - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte

AINES - anti-inflamatórios não esteróides

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

c/ - com

CAC- Consulta Atendimento Complementar

CS - Centro de Saúde

CSA - Centro de Saúde de Alvaiázere

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

DPP - dipeptidil peptidase

Dr. - Doutor

EC- ensino clinico

ed. - edição

EPI-equipamento proteção individual

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

et al - *et alli*, e outros

FeV1 - Volume Expiratório Forçado em 1 segundo

FINC-NA- Escala Families'Importance in Nursing Care

gráv. – grávidas

HbA1c - Hemoglobina A1c

ICN - International Council of Nurses

IDG - Índice de Desempenho Global

IDS - Índice de Desempenho Setorial

IFNA - International Family Nursing Association

km – quilómetros

MCDTs- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MESCSF- Mestrado de Enfermagem de Saúde comunitária: saúde familiar

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

n.º ou **No-** número

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Processo Assistencial Integrado

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

pp. – páginas

Propor. Cons. - Proporção de Consultas

PVP - Preço de Venda ao Público

PQCEESF- Padrões Qualidade Especializados Enfermagem Saúde Familiar

RCCR - Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados

RP- Revisão Puerpério

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Sr. – Senhor

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSPA - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere

UP - Unidades Ponderadas

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O presente relatório remete-se à Unidade Curricular Estágio e Relatório do 3º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar que decorreu ao longo de 10 semanas, num total de 486 horas de ensino clínico no contexto da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere (UCSP) – Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Interior Norte.

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, indica que o enfermeiro demonstre capacidade para cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Regulamento n.º 126/2011).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição da República Portuguesa reconhecem a família como uma célula fundamental de valor intransmissível da sociedade, sendo este juízo reforçado pelo plano 100 Compromissos para uma Política de Família aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 50/2004.

A família é uma referência fundamental para o indivíduo. É o primeiro e mais importante grupo social, o habitat natural para o desenvolvimento e automatização dos seus membros. Surge, também, como célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida.

Observa-se, pois, que o contexto familiar tem a capacidade de se organizar perante as mais diversas situações de transição saúde/doença, como o nascimento de novos membros no seu seio ou perante o envelhecimento e a perda de outros, sendo reconhecido como a mais constante unidade de saúde para os seus membros e apresentando-se, assim, como um potencial de ajuda na prevenção da doença e na manutenção e recuperação da saúde dos seus elementos. Neste sentido, é importante que a enfermagem se torne parceira e protagonista dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (Abreu, 2009).

Na realidade, a enfermagem, como profissão, teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, indissolavelmente associados à família, onde as mulheres assumiam, de um modo

natural, o papel de cuidadoras dos membros da família (Hanson, 2005). Contudo, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu, durante algum tempo, maior relevância e a institucionalização surgiu como resposta às situações de doença, excluindo as famílias dos cuidados prestados aos seus membros (Freitas, 2009).

Com o Programa Operacional de Saúde 21, assumiram protagonismo conceitos como capacidade de adaptação, flexibilidade, autonomia e criatividade, interligadas à complexidade imposta pelas mutações populacionais e padrões de morbilidade. As novas tecnologias em uso na saúde, a globalização da informação e o incentivo ao autocuidado e autorresponsabilidade pela saúde levam à necessidade de uma reforma nas políticas de saúde e à consequente mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde a nível internacional.

Através deste programa operacional, a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem reassumiu-se e foram colocados novos desafios à enfermagem, evidenciando-se o papel do enfermeiro de saúde familiar na concretização das 21 metas traçadas nas políticas para o século XXI.

Na Europa, o verdadeiro impulso para os cuidados de enfermagem centrados na família ocorreu com a Conferência Europeia de Munique, onde surgiu de forma clara a figura do enfermeiro de família. Caminha-se, assim, para um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere.

Portugal lidera estas preocupações internacionais e em 2005 inicia reorganização dos cuidados de saúde com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo a finalidade assumida pelo Grupo Técnico responsável a de contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais. Esta reforma consistiu na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde que incluem além dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais, das quais se destaca as Unidades de Saúde Familiar (USF) por se apresentarem como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo e com o contexto ideal para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Ministério da Saúde, 2006).

Surgem, dessa forma, os primeiros enfermeiros de família, integrados numa equipa

multidisciplinar, e cuja missão é ajudar os indivíduos e as famílias a lidar com a doença, aguda ou crónica, ou em momentos de stresse, dedicando uma grande parte do seu tempo a trabalhar no domicílio dos utentes. Este profissional deve aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como fornecer-lhes apoio em matérias relacionadas com a saúde. O seu papel desenvolve-se ao longo de um contínuo de cuidados, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados a pessoas que estão doentes ou em fases de final de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Observa-se que os cuidados de enfermagem no âmbito dos CSP tem vindo a sofrer alterações com o intuito de melhorar os cuidados prestados a uma determinada população com características peculiares, onde se verifica um enraizamento da cultura e da tradição familiar. No entanto, os utentes não devem ser apenas meros espetadores relativamente às mudanças dos serviços e cuidados de saúde que lhe são disponibilizados.

A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico. Neste contexto, a família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, de estrutura e funcionalidade (Figueiredo, 2009).

A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar. Como parceira no cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão; como recetora de cuidados, a família requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença.

Na interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença (Martins et al, 2012).

Assiste-se a uma grande dificuldade sentida pelos enfermeiros em reconhecer a capacidade e a presença das famílias nos cuidados, associados a fracas bases conceituais para realizar intervenções nesta área, acrescido da constatação na prática clínica de manifestações de sentimentos de medo, de timidez, de insegurança e da sua crença de que a presença das famílias, tem influência negativa sobre o seu trabalho.

Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática

profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados (Araújo, 2010). A qualidade destes cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Tendo por base que as atitudes ajudam a explicar as decisões e as ações das pessoas, e percebendo quais as atitudes dos enfermeiros face à família, será possível identificar as áreas suscetíveis de intervenção, para que a atuação dos enfermeiros seja a mais dirigida e efetiva possível. Ao pretender-se estudar a perceção que esta população possui da prática deste paradigma e a importância que lhe atribui, tem-se como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem com as famílias. Neste sentido, é realizado este estudo “Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar”, de índole quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, para dar resposta aos objetivos, à questão de investigação e às hipóteses formuladas.

O estudo foi realizado na UCSP de Alvaiázere e com os estudantes em formação que frequentam o 3º Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária- Área de Saúde Familiar, por ser a instituição onde foi realizado o estágio III facilitando assim a acessibilidade na colheita de dados, e acima de tudo, para uma eventual implementação de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família como foco dos cuidados de enfermagem, baseada em evidências científicas decorrentes desta investigação.

A estrutura organizativa do presente documento é composta pela caracterização da prática clínica em contexto de estágio, seguido do desenvolvimento enquadramento teórico que suporta o desenvolvimento da temática em estudo, bem como, as competências gerais e específicas do enfermeiro de família desenvolvidas, dando o mote para o estudo de investigação, realizando-se a análise dos dados que retratam a evidência, com a consequente análise entre o evidenciado cientificamente e o desenvolvido no estudo. Realizando assim uma prática baseada na evidência. Segue-se a conclusão, com um balanço do percurso desenvolvido, as limitações e as sugestões para futuras investigações, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Objetivos do presente relatório:

Refletir sobre as atividades desenvolvidas em contexto clínico, demonstrando capacidade para cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;

Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;

Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;

Compreender os fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados;

Relacionar a evidência científica em relação à importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Foram os objetivos que conduziram a concretização deste estudo, para além da contribuição para a formação profissional e da possível melhoria dos cuidados prestados.

1. PRÁTICA CLÍNICA

A formação em contexto da prática é uma peça imprescindível na integração de saberes e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, constituindo um pilar fundamental da sua socialização e construção da identidade profissional (Martinho, Pires, Carvalho, e Pimenta, 2014).

1.1.CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

No plano curricular do 3º MESCOF, encontra-se prevista a realização de três etapas de ensino clínico que decorreram na Unidade de Cuidados Personalizados de Alvaiázere.

Na construção de um cuidar especializado, a UCSP de Alvaiázere tornou-se um local de eleição para o desenvolvimento de EC, uma vez que pelas suas características e especificidades é rica em vivências que agilizam a abordagem ao utente e sua família e consequentemente permitem a aquisição de competências neste sentido, conjugado com os conhecimentos teóricos adquiridos previamente.

Segue-se assim a descrição da estrutura física e organizacional da UCSP de Alvaiázere.

1.1.1.ENQUADRAMENTO DO MUNICÍPIO

Localizado na Região Centro, Alvaiázere é um dos municípios do Distrito de Leiria que integra a Sub-região Pinhal Interior Norte (NUTIII). Em termos administrativos apresenta-se limitado a Norte pelo município de Ansião, a Nordeste e Este pelo município de Figueiró dos Vinhos, a Sueste e Sul pelo município de Ferreira do Zêzere, a Sudoeste pelo município de Ourém e a Noroeste pelo município do Pombal, assumindo-se como um setor de fronteira entre três distritos, designadamente Coimbra, Leiria e Santarém.



Figura 1- Enquadramento do concelho de Alvaiázere

O concelho de Alvaiázere é composto por 5 freguesias: Almofter, Alvaiázere, Maços de Dona Maria, Pelmá e Pussos São Pedro ocupando uma área de 160 km².

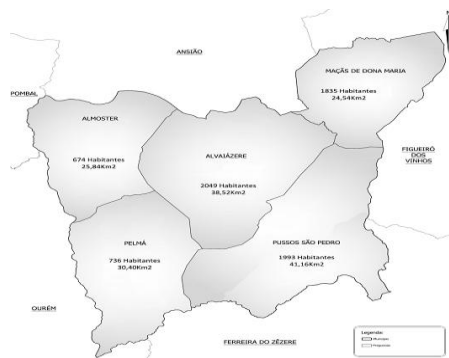


Figura 2- Enquadramento das freguesias de Alvaiázere

1.1.2. REDE VIÁRIA E ACESSIBILIDADE

No que se refere à questão das acessibilidades do município de Alvaiázere estas encontram-se associadas única e exclusivamente à rede viária, constituída pela rede rodoviária nacional e estradas e caminhos municipais. Assim, no município vizinho de Pombal encontra-se um nó da autoestrada n.º 1 (A 1), assim como o IC 2/EN 1, que atravessam esse mesmo município, e que se assumem como eixos fundamentais da rede viária nacional, uma vez que efetuam a ligação a Lisboa e ao Porto.

De igual modo, se observa a proximidade do IC 8, que permite a ligação Figueira da Foz (IC 1) - Pombal - Figueiró dos Vinhos - Pedrógão Grande - Sertã - Proença-a-Nova - Castelo Branco (com ligação ao IP 2), via habitualmente utilizada para a mobilidade de pessoas e bens entre o litoral (Figueira da Foz e Coimbra) e o interior (Castelo Branco), assumindo de um modo decisivo características inter-regionais fundamentais.

O concelho é então atravessado pelo itinerário complementar IC3 que liga Coimbra a Tomar, e pelo troço da A13 que faz a ligação da A23 (no Entroncamento) e a A1 (em Condeixa) e a cidade de Coimbra, distanciando cerca de 25 km de Tomar e 60 km de Coimbra e Leira, considerados polos de desenvolvimento em termos empresariais e de ensino.

Esta rede de acessibilidades, por se relacionar naturalmente com a organização e localização da população no território, reflete-se no equilíbrio da cobertura do território municipal por equipamentos sociais. Como vimos pela análise da rede viária no território municipal, toda ela se desenvolve maioritariamente no setor oriental do município confluindo para a Vila de Alvaiázere, que como sede do município, assume uma maior concentração de equipamentos sociais.

1.1.3. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

Alvaiázere tem 6227 habitantes (dados dos Censos de 2021, sendo 2896 homens e 3331 mulheres). O município de Alvaiázere registou, na última década, uma ligeira perda da população total de 14,5% uma vez que em 2011 eram 7287 habitantes.

A análise da distribuição dos valores de população residente nas cinco freguesias que integram na atualidade o município de Alvaiázere permite distinguir grupos de freguesias que apresentam comportamentos demográficos semelhantes nos dez anos mais recentes.

A freguesia de Alvaiázere assume-se sempre no período em análise, como a mais populosa, distinguindo-se claramente das restantes. Efetivamente esta freguesia apresenta em 2021, 1802 habitantes, correspondendo a 28,9% tendo-se verificado uma perda populacional de 12,1% relativamente a 2011. (INE, 2021)

Freguesias	2021 HM	2021 H	2021 M	2011 HM	Var. % HM
Almoester [Alvaiázere]	597	267	330	674	-11,4%
Alvaiázere	1 802	829	973	2 049	-12,1%
Maças de Dona Maria	1 494	693	801	1 835	-18,6%
Pelmá	635	304	331	736	-13,7%
Pussos São Pedro	1 699	803	896	1 993	-14,8%
Total	6 227	2 896	3 331	7 287	-14,5%

Quadro 1 – População residente (n.º), por local de residência e sexo
Fonte: INE 2021

1.1.4. TAXAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE E ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA

A evolução da taxa de natalidade mostra uma tendência de oscilação, ora com pequenas subidas ora com decréscimos entre 1991 e 2011. Uma análise mais detalhada da evolução ocorrida na década de noventa indica um decréscimo da taxa de natalidade entre 1991 e 1992 (de 9,67‰ para 8,68‰) e entre 1993 e 1994 (de 7,13‰ para 6,65‰), seguindo-se um acréscimo até ao ano de 1999 (8,57‰).

A partir deste ano assiste-se a uma nova diminuição que parece indicar uma tendência a partir deste ano e que se traduz, em 2011, numa taxa de natalidade de apenas 4,80‰, menor valor do período analisado. Por outro lado, destaca-se o facto dos valores da taxa de natalidade serem sempre inferiores a 10,00‰ e inferiores aos valores da taxa de mortalidade (que apresenta resultados acima dos 14,00‰).

A taxa de mortalidade apresenta, entre 1991 e 2011 uma evolução com oscilações, sendo que até 1992 os valores de mortalidade sofreram um ligeiro acréscimo (de 15,37‰ para 20,33‰), seguindo-se um período com acréscimos e decréscimos, sendo que o ano de 1996 foi o que apresentou a mais baixa taxa de mortalidade (14,63‰). De registar o valor mais elevado desta taxa ter ocorrido no ano de 2007 (21,34‰). O fato da natalidade apresentar continuamente valores inferiores aos registados pela mortalidade, traduz-se num crescimento natural negativo no período analisado. As perdas populacionais com maior significado ocorrem nos anos de 2003 e 2007 (-14,54‰ e -14,31‰). De salientar que as taxas de crescimento natural assumem valores muito negativos em todos os anos do período considerado (superiores a -5,00‰, ou mesmo a -10,00‰). No ano de 2011 a taxa de crescimento natural foi de -12,49‰. (INE, 2011)

Relativamente ao índice de dependência estima-se um aumento no município entre 2011 e 2031 (de 77,3% para 81,9%). No que se refere à evolução do município de Alvaiázere, regista-se um decréscimo da população em todas as freguesias, o qual resulta da dinâmica natural da população e da fraca capacidade de atração deste município. Os valores do saldo de migrações total traduzem esta fraca capacidade de atrair residentes na maior parte das freguesias.

O crescimento natural apresenta taxas de natalidade muito reduzidas (entre 0,00‰ e 10,00‰) e taxas de mortalidade relativamente elevadas, superiores aos valores da taxa de natalidade (entre 9,00‰ e 23,00‰), em linha com o observado na generalidade dos territórios portugueses. Esta evolução, tendo em atenção os efeitos da dinâmica natural e da mobilidade da população, deve ser perspetivada no quadro da demografia portuguesa das décadas mais recentes.

Territórios	Taxa bruta de natalidade	
	1981	2020
Anos 🇵🇹		
Soure	11,1	6,2
Tábua	12,3	7,7
Vila Nova de Poiares	13,7	4,5
— Região de Leiria	-	7,7
Alvaiázere	11,7	3,2
Ansião	11,7	5,3
Batalha	16,0	8,5
Castanheira de Pêra	10,1	5,4
Figueiró dos Vinhos	11,9	5,6
Leiria	15,7	8,5

Quadro 2- Taxa Bruta de Natalidade
Fonte: PORDATA, 23.09.2021 (PORDATA, 2021)

Territórios	Taxa bruta de mortalidade		
	Anos 🇵🇹	1960	2020
— Região de Leiria		-	11,8
Alvaiázere		11,2	18,5
Ansião		9,7	14,9
Batalha		8,5	10,3
Castanheira de Pêra		11,5	27,4
Figueiró dos Vinhos		9,7	17,6
Leiria		8,6	9,8
Marinha Grande		8,5	10,9
Pedrogão Grande		10,3	22,0
Pombal		8,7	13,6
Porto de Mós		9,6	12,7

Quadro 3- Taxa Bruta de Mortalidade
Fonte: PORDATA, 23.09.2021 (PORDATA, 2021)

1.1.5. CARATERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Relativamente ao tipo de famílias existentes no município de Alvaiázere, importa salientar que predominam as famílias clássicas, ou seja, os conjuntos de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco entre si e que ocupam a totalidade ou parte do alojamento. Efetivamente em 2011 existiam cerca de 3010 famílias clássicas no município e apenas seis famílias institucionais, ou seja, residentes num alojamento coletivo governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo. Esta situação é idêntica à observada no ano de 2001, sendo que nesse ano existia um maior número de famílias clássicas (3337), e um menor número de famílias institucionais (4).

A média de pessoas por família clássica ronda os 2,36 indivíduos em 2011 no município de Alvaiázere, sendo que em 2001 o valor era ligeiramente superior: 2,53. Neste contexto, os municípios limítrofes apresentam valores idênticos, sendo que os municípios de Ourém e Pombal apresentam valores mais expressivos (2,59 e 2,56 no ano de 2011, respetivamente). (INE, 2011)

1.1.6. EQUIPAMENTOS

1.1.6.1. Equipamentos de Saúde

Em termos de infraestruturas básicas de saúde, verifica-se que o município de Alvaiázere apresenta um hospital privado localizado na freguesia de Alvaiázere. A oferta complementar de cuidados de saúde é assegurada por 1 centro de saúde e 5 extensões dos centros de saúde. No município de Alvaiázere existem 3 farmácias e 1 posto farmacêutico móvel.

1.1.6.2. Equipamentos Sociais

A análise global das áreas de influência permite concluir que as respostas sociais do município de Alvaiázere servem 96% da população residente no próprio município, sendo que os indivíduos que residem noutros municípios e que aqui encontram apoio têm mais expressão na resposta de Educação Pré-escolar, logo seguida da resposta de Lar de Idosos. Esta situação em muito se deve ao facto deste município possuir alguns trabalhadores que residem em outros municípios e que trazem consigo os seus filhos. Assim, pode-se dizer que as respostas sociais do município de Alvaiázere assumem-se como apoios de cariz marcadamente municipal, uma vez que a esmagadora maioria dos seus utentes residem no município, encontrando-se as exceções nos Estabelecimentos de Educação Pré-escolar e nos Lares de Idosos, essencialmente na rede privada com fins lucrativos. Este panorama pressupõe uma reflexão sobre as potencialidades destes lares e a sua relação com o meio envolvente. De facto, embora sirvam fundamentalmente as pessoas idosas com capacidade económica elevada independentemente da área de residência de origem, eles são geradores de postos de trabalho para a população ativa no município onde se implementam.

Relativamente às características globais das respostas sociais no município de Alvaiázere pode dizer-se que, tanto para a Infância Juventude como para a População Adulta, estas dirigem-se apenas para um único grupo-alvo, respetivamente Crianças e Jovens e Pessoas Idosas.

Importa, ainda, referir que a educação pré-escolar abrange as cinco freguesias, sendo que o ministério da educação se assume como entidade gestora nos estabelecimentos da rede pública sem fins lucrativos. A freguesia de Alvaiázere é a única que integra a resposta de creche e o único estabelecimento de educação pré-escolar da rede privada sem fins lucrativos. Os centros de atividades de tempos livres estão presentes em 34% das freguesias que constituem o município em análise.

O município possui quatro respostas de Serviço e Apoio Domiciliário que se localizam nas freguesias de Almoester, Alvaiázere, Mações de Dona Maria e Pussos, cuja frequência é de 201

utentes, valor bastante próximo da sua capacidade (217), o que traduz uma taxa de utilização de 92,63%.

O município de Alvaiázere possui duas respostas de Centro de Convívio que se localizam nas freguesias de Maçãs de Dona Maria e Pussos, sendo que estas integram 42 utentes (nove sem acordo), valor correspondente a uma taxa de utilização de 84%.

O município de Alvaiázere disponibiliza uma resposta de Centro de Dia, localizada na freguesia de Alvaiázere, sendo que esta possui uma capacidade total para 15 utentes e uma taxa de utilização de 100%. De referir, ainda, que todos os utentes têm acordo com a Segurança Social.

No município de Alvaiázere existem quatro respostas de Lar de Idosos, duas da rede privada sem fins lucrativos e duas da rede privada com fins lucrativos, localizadas nas freguesias de Alvaiázere e Maçãs de Dona Maria.

O Município de Alvaiázere foi abrangido na Portaria nº64/2020 do diário da república nº49/2020 onde são definidos os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no estatuto de cuidador informal, aprovado em anexo à lei nº 100/2019, de 6 de Setembro onde foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo medidas de apoio que carecem de regulamentação. A mesma lei prevê o desenvolvimento de projetos-piloto, destinados a pessoas que se enquadrem nas condições previstas no Estatuto do Cuidador Informal, que apliquem de forma experimental, mediante um programa de enquadramento e acompanhamento, as medidas de apoio ao cuidador informal.

1.1.6.3. Atividade económica

Considerando a estrutura e variação da população ativa para o município de Alvaiázere, importa referir que em 2001 a população ativa tem maior relevância nos Homens (61,8%) em comparação com as Mulheres (38,2%). Para o ano mais recente, esta tendência mantém-se, embora tenha aumentado o peso das mulheres na estrutura da população ativa (56,3% e 43,7%, respetivamente). Analisando a variação observada entre 2001-2011, os Homens apresentam um decréscimo da população ativa de 17,1%, enquanto mulheres registaram um acréscimo de 3,7%. Tendo em conta os valores totais ocorreu no município de Alvaiázere uma diminuição da população ativa (-9,2%).

Estas dinâmicas estão de acordo com a realidade verificada em todos os municípios limítrofes, à exceção de Figueiró dos Vinhos, tendo-se observado um decréscimo de população ativa masculina e um acréscimo da feminina.

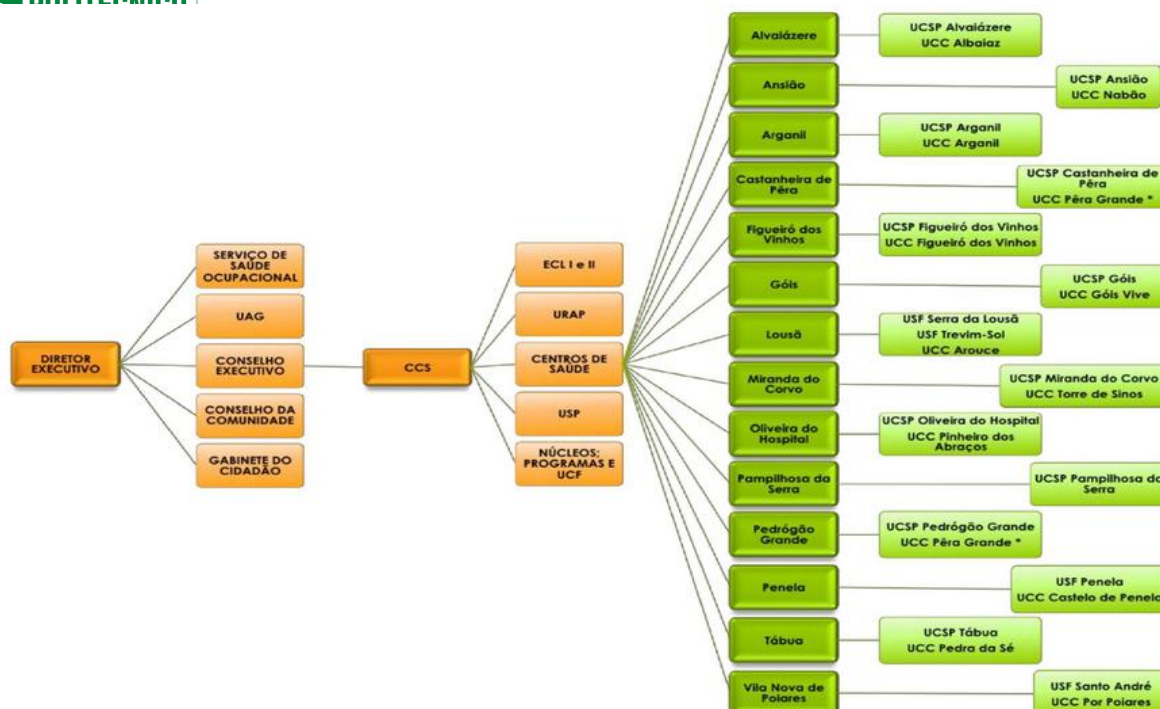
A taxa de atividade refere-se à razão entre a população ativa e a população residente. Para o município de Alvaiázere, de acordo com os dados de 2001 e 2011, a taxa de atividade é superior nos Homens (45,3% e 43,8%, respetivamente), comparativamente ao observado no sexo feminino (25,0% e 29,8%, respetivamente), sendo de destacar o acréscimo desta taxa nas mulheres, correspondendo a um aumento de 4,8%, contrariamente ao decréscimo de 1,5% registado nos homens. Relativamente à taxa de atividade total, esta era de 34,6% em 2001, registando um acréscimo para 36,4% no ano de 2011, correspondendo a um aumento de 1,8%. Os municípios que confrontam com Alvaiázere apresentam uma dinâmica semelhante à referida anteriormente, tal como também se pode constatar a partir dos resultados registados na Sub-região do Pinhal Interior Norte e no Distrito de Leiria.

1.1.7. ACES PINHAL INTERIOR NORTE

O ACES Pinhal Interior Norte tem como missão maximizar os ganhos em saúde da população da área de abrangência do ACES, adequando e integrando esforços sustentáveis de todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

O agrupamento de centros de saúde do Pinhal interior norte encontra-se na Avenida Coelho da Gama, 32 3200-200 Lousã, Telefone: 239077000, e tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica nos concelhos de Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares.

O ACES PIN tem como objetivos desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. Assim o ACES PIN conta com 3 USF, 12 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 12 Unidades de cuidados na comunidade (UCC), 1 unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), 1 unidade de saúde pública (USP).



Quadro 4- Organograma do ACES

Fonte: ACES PIN (PIN, 2021)

1.2. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

As instalações da UCSP de Alvaiázere que situam-se na Rua A nº 5 3250- 130 em Alvaiázere. Telefone: 236 650 150

A Área de abrangência da UCSP de Alvaiázere corresponde ao concelho de Alvaiázere exceto à freguesia de Maças de Dona Maria, que tem extensão de saúde.

A UCSP de Alvaiázere tem por missão a prestação de serviços de saúde personalizados à população inscrita, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos serviços. Pretende-se prestar cuidados de saúde, com objetivo de excelência, adequados as características das populações abrangidas, promovendo a proximidade ao cidadão e às famílias, baseados no trabalho em equipa. O Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto, refere que “Enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” e por isso, os horários e metodologia de trabalho da UCSP de Alvaiázere foram organizados, de modo a que pudesse ser instituído e integrado o papel de Enfermeiro de Família.

A UCSPA é uma unidade funcional do CSA, pertencente ao ACES PIN, na qual se privilegia o trabalho em equipa multidisciplinar e a prestação de cuidados de saúde de excelência aos

utentes nela inscritos.

1.2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DA UCSPA

A UCSPA é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, organizada técnica e funcionalmente numa perspetiva de atuação em rede entre os seus elementos constituintes e outras unidades funcionais do agrupamento ACES PIN, do qual é parte integrante (UCSPA, 2019).

1.2.1.1. Missão

A UCSP tem por missão a prestação de serviços de saúde personalizados à população inscrita, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos serviços.

1.2.1.2. Visão

Pretende-se prestar cuidados de saúde, com objetivos de excelência, adequados as características das populações abrangidas, promovendo a proximidade ao cidadão e às famílias, baseados no trabalho em equipa.

1.2.1.3. Valores

O exercício da atividade assistencial da UCSPA baseia-se num modelo que privilegia o trabalho em equipa multiprofissional, detendo os valores de: qualidade, cooperação, cortesia, solidariedade, compromisso e excelência.

1.2.1.4. Ambiente físico e funcional

O edifício da UCSP de Alvaiázere foi inaugurado em Julho de 2015 e localiza-se próximo do centro da vila. O espaço exterior da UCSP possui algumas áreas de jardim e um parque de estacionamento. A UCSP apresenta um único piso ao nível térreo e encontra-se organizado em 4 Gabinetes de Enfermagem, 6 Gabinetes Médicos, 2 salas de tratamento, 1 sala de tratamento para doente com pé diabético, 1 consultório de saúde pública, 1 Gabinete Administrativo, 1 Sala de Espera, 1 Casa de Banho para utentes e 2 para funcionários, 1 Sala de Reuniões, 2 Vestiário, 1 Refeitório, 1 Aprovisionamento (medicamentos e material de uso clínico). Existe um corredor principal que faz a ligação a todas as divisões.



Figura 3- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere

1.2.1.5. Recursos materiais

Os gabinetes médicos e de enfermagem estão numerados de 1 a 10 e equipados com secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, marquesa, lavatório, armários e material clínico e de enfermagem. Nos gabinetes existe também equipamento adequado às consultas existente (Esfigmomanómetro digital, termómetro, Aparelho de Avaliação de INR, Balança Pediátrica, Kit de Material Pé Diabético, glucómetro). O Aprovisionamento é dotado de um sistema de controlo de temperatura e humidade, para que exista um correto acondicionamento de material clínico e de medicamentos. Irão dispor a partir de Março do sistema de armazém avançado. Os medicamentos existentes estão organizados segundo a Norma nº 014/2015 da Direção Geral de Saúde de 06/08/2015 (medicamentos de alerta máximo) com nomenclatura adequada. Dispõe de uma unidade móvel equipada para dar apoio nas consultas domiciliárias.

1.2.1.6. Horário de funcionamento da UCSP e cobertura assistencial

A UCSP Alvaiázere funciona nos dias úteis das 08:00 às 20:00 horas, em que os profissionais de saúde têm os horários definidos de forma a assegurarem o cumprimento do Plano de Ação e do Compromisso Assistencial Contratualizado.

Os horários, assim como toda a informação dirigida aos utentes, encontra-se afixada em placards no interior e na porta exterior da UCSP.

Como polos assistenciais/extensões de saúde mantém-se em funcionamento Maçãs D. Maria, às quartas-feiras das 9 às 13 horas, só para consulta de saúde de Adultos.

O atendimento à Doença Aguda complementar é realizado no Centro de Saúde, nos fins de semana e feriados entre as 10 às 18 horas.

A UCSP oferece aos seus utentes vários serviços. Das Consultas de Ambulatório, destacam-se a Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso, Consulta de Diabetes, Consulta de Hipertensão Arterial, Consulta de prevenção oncológica, Consulta de vigilância de doenças do aparelho respiratório, Consulta de Vigilância aos Hipocoagulados, Consulta de Saúde Infantil/Juvenil, Consulta de Saúde Materna, Consulta de Planeamento Familiar e Consulta Aberta, para atendimento de situações agudas.

Existe ainda um sistema de Cuidados Domiciliários, efetuados por médicos e enfermeiros, para o atendimento de doentes impossibilitados de se deslocarem à Unidade. Além das Consultas de Enfermagem, a UCSPA proporciona a Vacinação e realização de Tratamentos Curativos. A UCSPA disponibiliza ainda uma Consulta de Intersubstituição, que consiste num período de consulta destinado ao tratamento e orientação de situações agudas, dos utentes inscritos na Unidade, na ausência da equipa, ou quando não exista possibilidade de resposta, por parte desta, por não dispor de vagas na agenda. Garante também a resposta assistencial aos serviços mínimos definidos para cada programa de saúde no Plano de Ação.

A Consulta de Intersubstituição garante ainda o atendimento a utentes, esporádicos, em situações agudas, mas não emergentes (utentes sem inscrição na UCSP de Alvaiázere e com impossibilidade para se deslocar à sua Unidade de origem).

A Consulta de atendimento complementar que é destinada a atender problemas agudos, sendo realizada por médicos externos. A equipa de atendimento é constituída por um médico, enfermeiro e assistente operacional. Estas consultas não necessitam de marcação e são realizadas aos fins-de semana e feriados.

1.2.1.7. Caraterização da população inscrita na UCSA

De acordo com os dados disponibilizados pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), a UCSPA contabilizava 6801 utentes inscritos em 13 de Abril de 2021, sendo 47% do sexo masculino e 53% do sexo feminino.

Na tabela abaixo, descrevem-se os utentes por idade, género e respetiva correspondência em Unidades Ponderadas (UP)

N.º Inscritos na UCSPA, com médico de família				
Grupo etário	Género		Total	UP
	Masculino	Feminino		
≥ 0 - <6 Anos	183	125	258	387
7 - 64 Anos	2.137	2.118	4.255	4.255
65 - 74 Anos	454	507	961	1.922
≥ 75 Anos	482	845	1.327	3.317,50
Total	3.256	3.595	6.801	9881,5

Tabela 1 - N.º de inscritos na UCSPA, com médico de família

Ao analisarem-se os valores, referentes aos utentes inscritos e às unidades ponderadas, constata-se que a UCSPA é constituída por 2.288 utentes com mais de 65 anos (33,6 %), dos quais 1.327 utentes (19,5%) tem mais de 75 anos, evidenciando elevadas necessidades em cuidados de saúde, e com 66,3% dos utentes com menos de 65 anos.

1.2.1.8.Cobertura Assistencial

À data da recolha dos dados para o presente relatório, a UCSPA tinha 6.848 inscritos, de acordo com dados da página do Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).



Quadro 5 – Distribuição das inscrições nos CSP – UCSPA

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx> (SNS, 2021)

De acordo com a pirâmide etária acima, verifica-se que a UCSPA presta cuidados a uma população bastante envelhecida. O número de crianças com menos de 1 ano é de apenas 27 e são 51 os idosos com idade superior a 95 anos, dos quais 32 do género feminino e 19 do género masculino. No que respeita à população feminina, 1179 mulheres estão em período fértil (15-49 anos), ou seja, 17,2 % do total da população inscrita na UCSPA. Da totalidade do número de utentes inscritos, 6.848 utentes possuem médico de família (99,3 %) e 31 utentes (0,45 %) não possuem. Existem 13 (0,19%) utentes inscritos sem médico de família atribuído, por opção.

O Índice de Dependência Total é de 76 %, sendo de 59,5% % o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 16,5 % de dependência de jovens (< 15 anos) (SNS, 2020).

Até à data, é permitida a inscrição na UCSPA a todos os utentes que manifestem vontade de o fazer.

1.2.1.9. Profissionais da Equipa

Atualmente a USCP de Alvaiázere é constituída por 5 Médicos, 5 Enfermeiros e 5 secretários clínicos e 2 assistentes operacionais.

1.2.1.10. Serviços

A Unidade presta serviços de Carácter Assistencial (389-Score dimensão “Serviços de Carácter Assistencial”) e de Carácter Não Assistencial (390-Score dimensão “Serviços Não Assistenciais Governação Clínica ACES”).

1.2.1.10.1. Serviços de Carácter Assistencial

A UCSPA tem como carteira adicional o Programa de Cuidados de Situações Agudas com Consulta de Atendimento Complementar (CAC), aos sábados, domingos e feriados, com horário de funcionamento das 10:00 às 18:00 horas e a Consulta de Apoio à Cessação Tabágica.

Consulta de Atendimento Complementar

Objeto e âmbito: A CAC tem como objetivo melhorar a acessibilidade em situações de carácter urgente a nível de cuidados de saúde primários

População abrangida: A população abrangida são os utentes inscritos e não inscritos na unidade.

Carga de trabalho: Foram contratualizadas por grupo profissional (médico, enfermeiro e assistente técnico) 8h/dia, entre as 10 e as 18 horas, nos fins de semana e feriados.

Resultados esperados: A CAC tem como objetivo melhorar a acessibilidade em situações de carácter urgente a nível de cuidados de saúde primários.

Recursos a alocar: médico, enfermeiro, assistente técnico. Consulta assegurada por profissionais do UCSPA: 5 médicos da UCSPA; 4 enfermeiros da UCSPA; 5 assistentes técnicos da UCSPA.

Proposta de indicadores de monitorização e de avaliação:

- Número de consultas médicas realizadas/Número de consultas marcadas =100%
- Número de consultas de enfermagem realizadas/número de consultas de enfermagem realizadas=100%
- Número de tratamentos realizados/número de tratamentos marcados=100%
- Todas as horas programadas foram realizadas

Consulta de apoio à cessação tabágica

Objeto e âmbito: Melhorar a taxa de abstinência tabágica nos utentes fumadores da unidade

População abrangida: Utentes fumadores

Carga de trabalho / Carga horária por grupo profissional: Foram contratualizadas por grupo profissional (médico e enfermeiro) 2 horas/semanais para a realização desta atividade.

Resultados esperados: melhorar a abstinência tabágica nos utentes fumadores da unidade, divulgação da existência da consulta e incentivar a adesão dos utentes fumadores.

Recursos a alocar: médico, enfermeiro e assistente técnico.

Proposta de indicadores de monitorização e de avaliação: O indicador proposto de monitorização e de avaliação foi o número de consultas que em Maio de 2021 apresenta um valor de 11,570 e com Score de 0.

1.2.1.10.2. Serviços de carácter não assistencial

Em relação aos serviços não assistenciais, houve contratualização em 2020, relativamente às reuniões do grupo nacional de registos de enfermagem (9,6 horas mensais); reuniões plenárias dos Conselhos Técnicos e Conselho Clínico e de Saúde do ACES PIN (19,2 horas mensais).

1.2.3.FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O programa de desenvolvimento e formação contínua tem como finalidade identificar e responder às necessidades de formação/atualização dos profissionais da UCSP.

No plano de ação para 2020 apenas foi contratualizada a subárea da Formação Interna, nas dimensões “Formação da Equipa Multiprofissional” (393-*Score* dimensão “Formação da equipa multiprofissional”)

As necessidades formativas no ano 2020, no grupo profissional dos enfermeiros, recaíram sobre as temáticas de “Prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde” na qual se pretendeu rever o algoritmo de higiene das mãos, circuito de lixos e cuidados gerais de assepsia; “Plano Nacional de Vacinação”, na qual se pretendeu uma atualização de conhecimentos sobre PNV e recomendações gerais na administração de vacinas e plataforma VACINAS; “Critérios de referenciação à RNCCI” que permitiu uma atualização dos conhecimentos relativos aos critérios e procedimentos para referenciação à RNCCI; “Apresentação dos procedimentos da unidade no atendimento ao utente sinistrado” onde foi realizado esclarecimento e uniformização dos procedimentos realizados no atendimento ao utente sinistrado; “Análise do BI dos Indicadores” onde foi realizada apresentação e explicação dos parâmetros analisados nos diferentes indicadores e “Apresentação do Manual de Procedimentos - Saúde de Adultos e Rastreio Oncológico ” onde se realizou a estruturação dos procedimentos e formação de todos os elementos da equipa no que concerne aos rastreios recomendados à população.

1.2.4.PROBLEMAS E OBJETIVOS

A contratualização com os cuidados primários é hoje uma cultura implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta plenamente assumida pelos profissionais que

desempenham a sua atividade neste nível de cuidados, e representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades.

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados de saúde primários no SNS (Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Funcionais), potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os envolvidos no processo, designadamente, os utentes e os profissionais de saúde.

O modelo conceptual em vigor nos cuidados de saúde primários retira o foco da negociação de indicadores e metas, recentrando-o na prossecução dos resultados em saúde, alcançados num contexto de boas práticas assistenciais e de gestão dos percursos integrados em saúde, considerando as diferentes áreas e dimensões de desempenho das Equipas (ACSS, 2021).

Considerando este contexto extraordinário, a fase de negociação do processo de contratualização para 2020 ficou prejudicada, tendo-se, contudo, garantido o cumprimento da fase de acompanhamento e monitorização ao longo do ano, nomeadamente, com a disponibilização regular dos dados referentes à atividade assistencial e ao cálculo do Índice de Desempenho Global das Unidades Funcionais e dos ACES, o que permite a implementação das medidas de ajustamento consideradas necessárias para assegurar a resposta às necessidades em saúde da população (ACSS,2021).

De acordo com a carta de compromisso de 2020, a UCSPA definiu como problema de saúde os Rastreios, englobando os rastreios do Cancro Cólon e Reto (RCCR) e Colo do Útero (RCCU), indo ao encontro dos problemas do ACES PIN, uma vez que o número de rastreios realizados se encontrava abaixo do desejado, tendo sido definidos dois objetivos:

- Melhorar os índices de rastreio oncológico no âmbito dos cancros da mama, colo do útero e cólon e reto;
- Promover acesso ao rastreio dos utentes nas idades chave, com insistência na implementação de estratégias que levem ao aumento do número de utentes rastreados, nomeadamente de natureza oportunista e outras achados convenientes para além dos convencionais.

Face à problemática foram desenvolvidas diversas intervenções com a finalidade de atingir os objetivos propostos.

1.2.5. QUALIDADE ORGANIZACIONAL

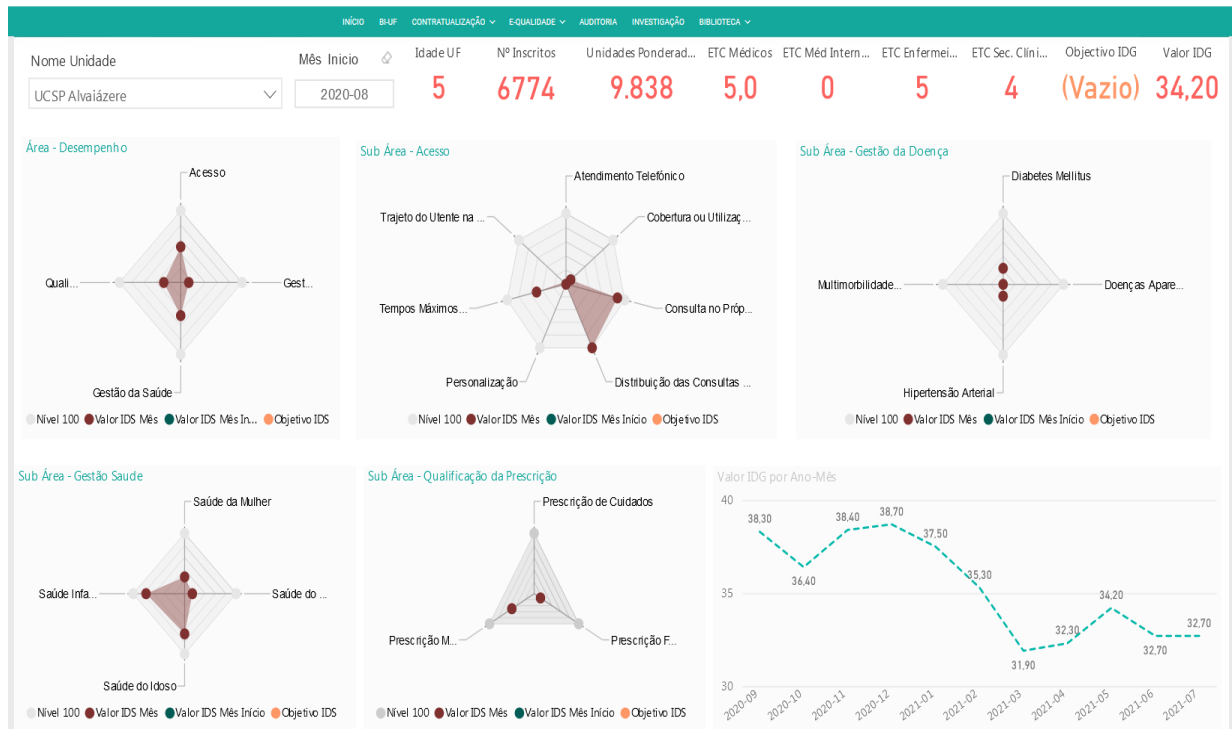
No ano de 2020, foi contratualizada a subárea da Melhoria Contínua da Qualidade, com dois planos de melhoria, um na dimensão do Acesso (391-*Score* dimensão “Melhoria Contínua Qualidade Acesso”) e um na dimensão do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados (392-*Score* dimensão” Melhoria Contínua de Qualidade e PAI”).

Na área “Acesso”, a UCSPA contratualizou o plano de melhoria da monitorização anual da distribuição da consulta durante o horário de funcionamento da UCSP. Apresentou os resultados do ano anterior e propôs a aplicação desde logo de medidas corretivas como: alargamento do horário de atendimento da unidade e a revisão dos horários dos profissionais promovendo uma melhor distribuição dos tempos de consulta. Da análise dos indicadores acima foi possível identificar uma maior uniformização do número de consultas agendadas por período, relativamente ao ano transato, revelando o empenho da equipa na aplicação das medidas corretoras e a melhoria do acesso.

Os profissionais comprometem-se a garantir a acessibilidade dos utentes em todo horário de funcionamento da UCSP. A UCSP melhorou o valor dos indicadores contratualizados: 346- Proporção consultas realizadas intervalo [8; 11[h com o valor de 30,42 em Dezembro de 2019 com score de 1 e 30,65 em Dezembro de 2020 com score de 2 ; 347- Proporção consultas realizadas intervalo [11; 14[h com o valor de 31,99 em Dezembro de 2019 com score de 2 e 31,76 em Dezembro de 2020 com score de 2; 348- Proporção consultas realizadas intervalo [14; 17[h com o valor de 22,03 em Dezembro de 2019 com score de 1 e 21,77 em Dezembro de 2020 com score de 1 e 349- Proporção consultas realizadas intervalo [17; 20[h com valor de 15,54 em Dezembro de 2019 com score de 2 e 15, 8 em Dezembro de 2020 com score de 2.

Na área “Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados”, foi contratualizado o plano de melhoria “Melhoria na prescrição farmacológica e na avaliação do pé do utente com Diabetes”. Os indicadores que permitem monitorizar este processo são: 261- Proporção de utentes com diabetes com registo de risco de ulceração do pé no último ano com o valor de 73,26 em Dezembro de 2019 com score de 0 e 59,31 em Dezembro de 2020 com score de 0; 274-Proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulinoaterapia, a fazer terapêutica adequada com o valor de 85,29 em Dezembro de 2019 com score de 2 e 81,81 em Dezembro de 2020 com score de 0; 275-Proporção de utentes com

novo diagnóstico de diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia com o valor de 71,87 em Dezembro de 2019 com score de 2 e 38,02 em Dezembro de 2020 com score de 0. Os profissionais comprometem-se a manter as boas práticas.



Quadro 6 – Visão UCSPA – Matriz. Áreas do Plano de Ação.

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx> (SNS, BI-CSP, 2021)

1.2.6. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Uma equipa com experiências e saberes diferentes pode, através da partilha e da cooperação, prestar cuidados diferenciados, dentro das suas disciplinas, às famílias com necessidades diversas, capacitando-as, aumentando os ganhos em saúde.

A qualidade dos serviços de saúde e, especificamente a qualidade dos cuidados de enfermagem deverá ser uma responsabilidade crescente, que implica mudanças e representa um desafio para todos.

Apesar de se verificar a necessidade de avaliar, por métodos objetivos, a qualidade dos cuidados, torna-se fundamental realçar que a conceção da qualidade deve inserir-se sempre numa perspetiva do cuidar, o que, circunscreve qualquer definição objetiva de uma complexidade e sensibilidade difíceis de mensurar, sem atender a diversas variáveis (Hesbeen, 2001).

A implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde é uma ferramenta importante para a avaliação das metas estabelecidas pelos gestores.

Em Maio de 2021, a UCSPA apresentava um Índice de Desempenho Global (IDG) de 34,20. Importa referir que o IDG final de 2019 ficou no valor de 56,50.

2.1 – Acesso				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2020	Score
Acesso IDS 2018:65 IDS 2019: 70,60 IDS 2020:52,80	Distribuição das consultas presenciais no dia 2018-IDS 50 2019-IDS 75 2020-IDS 100	346- Proporção de consultas realizadas no intervalo [8; 11[horas (ou 1º quartil de horário).;	27,54	2
		347- Proporção de consultas realizadas no intervalo [11; 14[horas (ou 2º quartil de horário).;	29,52	2
		348- Proporção de consultas realizadas no intervalo [14; 17[horas (ou 3º quartil de horário).	23,96	2
		349- Proporção de consultas realizadas no intervalo [17; 20] horas (ou 4º quartil de horário).;	18,97	2
	Cobertura ou utilização 2018- IDS:20 2019- IDS: 40 2020- IDS 100	2- Taxa de utilização global de consultas médicas;	66,54	1
		3- Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	6,62	0
		6- Taxa de utilização de consultas médicas -3 anos	83,55	1
		99-Taxa de utilização de consultas enfermagem-3 anos	64,28	0
		330-Índice de utilização anual de consultas médicas	0,67	0
		331- Índice de utilização anual de consultas de enfermagem	0,65	0
	Personalização 2018-IDS 0 2019-IDS 75 2020- IDS 25	1-Propor. Cons. Realizadas pelo médico de família	68,23	0
		5- Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	66,68	1

2.2 - Gestão da Doença					
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score	
Gestão da Doença 2018-IDS 2,80 2019-IDS 19,40 2020-IDS 20,20	Diabetes Mellitus 2018-IDS 8,3 2019-IDS 41,70 2020-IDS 27,30	39-Proporção DM / última HbA1c \leq 8,0%	58,7	1	
		261-Proporção utentes DM c/ registo úlcera pé	59,31	0	
		274-Proporção utentes DM2 c/ indicação insulina em terapêutica adequada	81,81	1	
		275-Proporção novos DM2 em terapia c/ metformina monoterapia	38,02	1	
		350-Custo c/ terapêutica do doente c/ DM	452,65	1	
		351-Custo c/ terapêutica do doente c/ DM controlado	466,76	1	
	Doenças Respiratório	Aparelho 2018-0 2019-IDS 0 2020-IDS 25	049-Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3anos	40	1
	Hipertensão Arterial		020-Proporção hipertensos < 65 anos, com PA< 15/90	39,59	0
			352-Custo c/ terapêutica do doente c/ HTA	109	0
		353-Custo c/ terapêutica do doente c/ HTA controlada	130,67	0	

2.3 - Gestão da Saúde				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score
Gestão da Saúde 2018-IDS 28,10 2019-IDS 51,00 2020- IDS 49,70	Saúde do Adulto	45-Proporção mulheres [25; 60[anos, c/ rastreio cancro colo útero	33,64	0
		295-Proporção puérperas c/ 5+ cons. vig. enf. gráv. e com RP	61,29	0
		307-Proporção grávidas com ecografia 1.º trim.	75	2
		046-Proporção de utentes [50; 75[anos, c/ rastreio cancro colorctal	36,28	0
		098-Proporção utentes \geq 25 lnos, / vacina tétano	84,88	1
	Saúde do Idoso	30-Proporção idosos ou doença crónica, c/ vacina Gripe	38,248	0
		297-proporção idosos s/ prescrição prolongada ansiolíticos/sedativos/hipnóticos	80,9	2
	Saúde Infantil e Juvenil	94-Proporção crianças 7 anos, c/ PNV cumprido, ou em execução	97,29	2
		95-Proporção crianças 14 anos, c/PNV cumprido, ou em execução	96	2

2.4 – Qualificação da Prescrição				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score
Qualificação da Prescrição 2018-IDS 31,30 2019-IDS 25,00 2020- IDS 32,10	Prescrição Farmaco-terapêutica 2018-IDS 50 2019-IDS 40,00 2020- IDS 21,40	276-Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabéticos orais	38,38	0
		255-Proporção quinolonas entre antibióticos faturados (embalagem)	8,196	0
		257-Proporção cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagem)	13,26	0
		259-Proporção coxibes entre AINES faturados (DDD)	14,49	0
		341-Despesa PVP medicação prescrita comparticipação p/ inscrição padrão	162,2	0
	Precisão de MCDT`s 2018-IDS 0 2019-IDS 0,00 2020- 50	354- Despesa PVP medicação prescrita comparticipação p/ inscrição padrão (preço convencionado)	52,15	0

Quadro 7 - Visão Global do Plano de Ação IDG 2020 – 38,70 – IDG 2019 – 56,5

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Os enfermeiros da UCSP de Alvaiázere estão organizados segundo um ficheiro de utentes, em que é visível o esforço para a organização no sentido de prestar cuidados aos utentes e famílias ao longo do ciclo vital.

Do que foi observado, a avaliação familiar, devido ao elevado grau de conhecimento e à vontade com as famílias é efetuada de uma maneira habitual, quase inconsciente e mesmo impercetível aos olhos dos utentes, mas eficaz, pois as intervenções estabelecidas são na grande maioria das vezes inclusivas e/ ou direcionadas para a família. A interação entre enfermeiro de família e o utente é estabelecida alcançando-se um processo terapêutico sendo observável que os utentes e família o consideram como um profissional de referência e constitui um elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade.

Segue uma análise ao ficheiro do enfermeiro de família cujo ficheiro de utentes mais se trabalhou (J.S.), em termos de dimensão, peso relativo e áreas de patologia mais codificadas nas listas de problemas.

Os utentes do ficheiro estudado dividem-se, por grupos etários, como mostrado abaixo.

Grupo etário	N.º de utentes inscritos		
	Homem	Mulher	Total
≥ 0 - <7 Anos	30	35	65
>=7 - <65 Anos	471	444	915
>=65 - <74 Anos	115	106	221
≥ 75 Anos	102	181	283
Total	718	766	1484

Quadro 8 – Uteses por Enfermeiro de Família, maio (UCSPA, 2021)

O médico de família e o enfermeiro de família deste ficheiro contabilizavam, em maio de 2021, um total de 1484 utentes, divididos por 769 famílias, com 2205,50 unidades ponderadas e com um índice de dependência ocupando as atividades de prevenção/acompanhamento geral, a hipertensão sem complicações, as infeções agudas do aparelho respiratório, as alterações do metabolismo dos lípidos, as síndromes vertebrais o top dos problemas mais comumente apresentados pelos mesmos.

ICPC	TOP	
A98	MEDICINA PREVENTIVA / DE ACOMPANHAMENTO GERAL	1
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	2
R74	INFEÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	3
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	4
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	5
R05	TOSSE	6
R97	RINITE ALÉRGICA	7
R80	GRIPE	8
S18	LACERAÇÃO/CORTE	9
L86	SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DORES	10
T91	DEFICIÊNCIA VITAMÍNICA/NUTRICIONAL	11
R21	SINAL/QUEIXA DA GARGANTA	12
P74	DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	13
D99	DOENÇA DO SISTEMA DIGESTIVO	14
U71	CISTITE / OUTRA INFEÇÃO URINÁRIA	15
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTES	16
A03	FEBRE	17
L15	SINROMA/QUEIXA DO JOELHO	18
S11	INFEÇÃO PÓS TRAUMÁTICA DA PELE	19
A04	DEBILIDADE/CANSAÇO GERAL	20

Quadro 9 – TOP de Problemas UF-Médico, maio 2021

As famílias foram contabilizadas, associando os seus membros pelos números sequenciais de processo, podendo ainda haver outros membros dispersos por outros médicos de família. Encontrando-se 163 inscritos no programa de saúde familiar; 14 utentes no programa de saúde materna; 399 utentes inscritos no programa de rastreio oncológico; 458 inscritos no programa de vigilância do doente hipertenso; 159 inscritos no programa de vigilância do doente diabético e 185 inscritos no programa de saúde infantil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. FAMÍLIA

O conceito de família não é unívoco para todas as épocas e culturas, o que dificulta a sua concetualização. Etimologicamente, a palavra «família» tem origem latina e significa servo ou escravo. Ratti *et al* (2005) referem que esta raiz etimológica alude à natureza possessiva das relações familiares entre os povos primitivos, ou seja, a mulher devia obedecer ao seu marido como amo e os filhos pertenciam aos seus pais, a quem deviam as suas vidas; conseqüentemente, os pais julgavam ter direito absoluto sobre eles. Observa-se que a noção de posse e poder está intrinsecamente vinculada à origem e evolução do conceito família e grupo familiar.

Hanson (2005) refere que, ao nível das diferentes disciplinas do conhecimento, o conceito «família» apresenta conteúdos divergentes de acordo com os aspetos que são valorizados nas variadas áreas de estudo: na legal, é dado realce aos laços sanguíneos, adoção, casamento; na biológica, às redes genéticas; na sociológica, aos grupos de que vivem juntos e, na psicológica, aos grupos com fortes laços emocionais.

Durante décadas, a definição de família realizada pelos primeiros teóricos da ciência social da família, Burgess e Locke (1953), citados por Hanson, enalteceu os aspetos legais de consanguinidade, pois definiram-na como um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum (Hanson, 2005).

Esta conceção foi durante décadas utilizada pela Enfermagem, sendo que só a partir dos anos 80 é que surgiram definições mais alargadas sobre a família que transcenderam as ligações sanguíneas, de casamento e legais. Em 1985, um dos primeiros organismos oficiais de Enfermagem com Famílias, o Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon, definiu família como um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (Hanson, 2005).

Nesta definição enaltece-se a unidade de convívio, que coexiste devido à presença de

vínculos afetivos, não sendo explícita a existência de relações consanguíneas ou legais. Ao longo do tempo, como resultado da prática e da investigação desenvolvida em torno deste tema, surgiram diferentes definições de família, reflexo de uma sociedade em constante mutação. Atualmente, o *International Council of Nurses* (ICN) define Família como um conjunto de seres humanos vistos 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, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006).

Wright & Leahey partilham deste ponto de vista, assegurando que na definição de família o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e que família é "quem os seus membros dizem que são" (Wright & Leahey, 2009).

Reconhece-se nestas conceções uma maior abertura ao exterior, sendo valorizados outros aspetos para além da consanguinidade e da unidade de convívio, o que torna os limites de identidade e de pertença ao grupo familiar mais amplos, permitindo uma maior adaptabilidade às famílias contemporâneas que vão muito para além das famílias extensa e nuclear, ou seja, das famílias tradicionais. Hoje são reconhecidas, com a mesma viabilidade, uma grande variedade de formas de famílias com características próprias, tais como as homossexuais, adotivas, binucleares, monoparentais, reconstituídas, entre outras, fundamentadas nos vínculos psicossociológicos e na estrutura.

Observa-se que, apesar de constituir um fenómeno universal, a família tem vindo a assumir diversas formas em consequência das importantes transformações sociais, económicas e políticas vividas. Segundo os dados dos Censos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística (2013), em Portugal, a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar, sendo que, nos últimos 50 anos, assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos, dos núcleos familiares monoparentais, das pessoas que vivem sós, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos.

O Estado Português reconhece esta realidade e afirma que hoje, mais do que nunca, a sociedade é confrontada com constantes mutações que se repercutem como novos desafios no

quotidiano dos indivíduos e das famílias. Assume que as políticas de família têm de ser ajustadas permanentemente, de forma a evitar a fragilização da estrutura familiar. Neste sentido, em 2004, o Conselho de Ministros aprova o plano "100 compromissos para uma política da família", considerando-a como "célula fundamental e um valor inalienável da sociedade" (Resolução do Conselho de Ministros, 2004). Com esta iniciativa, o Governo pretendeu valorizar a família, destacar as suas funções, realçar os fins que persegue, evidenciar as responsabilidades que lhe incumbem e dignificar a sua identidade e autonomia, independentemente da forma como se assume.

Para Ratti *et al* (2005), o conceito de família movimentou-se de uma visão limitada como unidade estática no tempo para ser analisada como processo ao longo da vida inteira dos seus membros. Se durante décadas foi dada ênfase ao estudo sobre os indivíduos que compunham a família nuclear, no presente a família é visualizada como um todo, sendo em investigação, mais valorizadas as interações familiares, quer entre os membros que a compõem, quer com os sistemas exteriores, que incluem pessoas e grupos (amigos, vizinhos, comunidade) e, ainda, contextos (acontecimentos como guerras, catástrofes, crises económicas).

Atualmente, observa-se, em especial nas ciências sociais, uma maior valorização da relação e da organização das famílias, isto devido à adoção de uma abordagem sistémica em detrimento do pensamento linear existente. Esta abordagem sistémica teve por base a Teoria Geral dos Sistemas, do biólogo Von Bertalanffy, sendo que para Kaakinen & Hanson (2005) e Wright & Leahey (2009), a extrapolação desta teoria para a família foi a mais influente entre todos os referenciais dedicados à mesma.

Recorrendo a esta perspetiva sistémica, Figueiredo (2012) reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização. Refere, igualmente que o seu percurso identitário emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação, quer entre os membros, quer com o ambiente.

Face ao exposto, ocorre a necessidade de clarificar estes conceitos, o que permitirá entender a extrapolação desta teoria para a família.

A globalidade, também denominada de totalidade, está relacionada com o facto de que o todo é diferente da soma das partes. Ou seja, define-se como globalidade o facto de qualquer sistema, uma vez constituído, revelar novas propriedades que as suas partes não apresentavam, resultantes da "inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família" (Jones, 2004). A família assim representada é um todo maior e diferente do que a soma dos seus membros. Por outro lado, a família é simultaneamente um

todo e uma parte, ou seja, um sistema pode ser descrito como um subsistema e ele próprio ser subdividido em subsistemas. Esta ideia é transferida para a família ao considerarmos que esta faz parte de vários sistemas mais amplos (família alargada, bairro, comunidade religiosa, sociedade, entre outros) e é composta por grupos de indivíduos, que funcionam como subsistemas (parental, conjugal, entre outros). Entretanto, cada membro da família integra e participa em vários subsistemas, sendo por sua vez, um sistema em si, composto pelos subsistemas físico, psicológico, espiritual.

Observa-se, assim, que o sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e por relações lógicas entre os subsistemas. Esta hierarquização sistemática pressupõe que um indivíduo possa participar em diversos sistemas e subsistemas, adquirindo em simultâneo diferentes papéis e estatutos. Neste sentido, é importante que os sistemas ou subsistemas possuam limites ou fronteiras, que correspondem a uma linha imaginária que envolve características (que podem ser de ordem física, emocional, psicológica, espiritual) que permitem delimitar o meio e identificar os elementos que pertencem a esse sistema/subsistema, bem como as suas funções, papéis, normas, estatutos e expectativas. O funcionamento da família vai depender da permeabilidade/nitidez dos limites entre cada subsistema. Neste sentido Minuchin & Fishman (2003) denominam os limites de rígidos, difusos e claros, como forma de caracterizar e tipificar as famílias. Assim, descrevem as famílias emaranhadas como aquelas que possuem limites difusos, apresentando um movimento relacional centrípeto, caracterizado por uma postura de fecho sobre si mesmo. Neste tipo de famílias, existe uma interdependência de funções e papéis que compromete a diferenciação dos seus membros. Por outro lado, as famílias desmembradas possuem limites rígidos, onde a autonomia individual está assegurada, mas em que não existe lugar para o apoio, comunicação e afeto. Entre este dois extremos, temos a família com limites claros, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, mas que possibilita a troca de influências e momentos de apoio entre os membros, favorecendo o desenvolvimento dos mesmos.

Contudo, esta definição e identificação da tipologia de família não pretende caracterizá-la quanto à sua qualidade, até porque no decurso do ciclo vital da família, existem momentos de maior emaranhamento ou desmembramento, no intuito de dar respostas às necessidades familiares. É ainda possível coexistirem numa mesma família diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas, sem que para isso a família seja considerada problemática ou disfuncional.

De acordo com Hanson & Kaakinen, "cada sistema tem características concebidas para manter a estabilidade ou homeostase" (Hanson & Kaakinen, 2005). Considera-se, pois, que a família está em constante mudança, em resposta a tensões vindas do ambiente externo, sendo apenas necessário que ocorra uma alteração numa parte do sistema para que todo o restante seja afetado. Sem estas mudanças, que constituem momentos de crise, o sistema familiar ficaria estagnado, incapaz de se adaptar ao meio envolvente

A resposta do sistema face ao stress vindo do meio externo, é denominada por Jones (2004) de "feedback", sendo este importante para assegurar o equilíbrio e continuidade do sistema, uma vez que qualquer alteração que afete quer as partes, quer o todo, tende a promover "a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar" (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, Minuchin & Fishman (2003) referem que estes momentos de crise, que conduzem naturalmente a um aumento da vulnerabilidade familiar, podem ser simultaneamente uma ocasião e um risco. Ou seja, podem conduzir a uma evolução negativa quando os recursos familiares estão diminuídos e a intensidade do stress vivenciado pela família ultrapassar a sua capacidade de adaptação e reação; ou, de igual modo, pode ser vista como uma ocasião de crescimentos, favorecendo as competências da família. Para que isto ocorra, os padrões dos sistemas são circulares e não lineares, permitindo que "o sistema familiar aumente em complexidade ao longo do tempo, evoluindo de modo a assegurar uma maior adaptabilidade, tolerância à mudança, e crescimento por diferenciação" (Hanson & Kaakinen, 2005).

Por último, não nos podemos esquecer da equifinalidade, característica que, segundo Jones (2004), corresponde à capacidade de os sistemas poderem, em virtude da sua organização e diversidade dos elementos, atingir os mesmos objetivos, por vias diversas, revelando uma persistência nesses apesar das várias perturbações externas. De acordo com isto, Figueiredo refere que a família, "enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais" (Figueiredo, 2012).

Kaakinen & Hanson (2005) consideram que uma das principais vantagens da extrapolação desta teoria para a família, é o fato da mesma abranger um vasto conjunto de fenómenos e perspectivas, quer dentro do contexto dos seus suprassistemas, quer dos seus subsistemas. Consideram-na, ainda, uma teoria interativa e holística, que observa mais os processos dentro da família do que o conteúdo e as relações entre as partes.

Como limitações, as mesmas autoras referem a sua difícil aplicabilidade na prática, por ser

uma teoria tão vasta e geral, sugerindo o desenvolvimento de conceitos e de linhas de orientação práticas. Para além disso, esta abordagem não é tão útil para lidar com as preocupações dos elementos da família, comparativamente com as teorias orientadas para os indivíduos.

A família é uma referência fundamental para o indivíduo, sendo o seu primeiro e mais importante grupo social, o habitat natural para o desenvolvimento e autonomização dos seus membros. Em concordância, Ratti et al (2005) afirmam que, apesar de ao longo dos tempos, a família ter evoluído e encontrado novas formas de estruturação e organização, ela é reconhecida como uma estrutura básica permanente da experiência humana e identificada como um fundamento da sociedade.

Cada família possui também a sua identidade, onde a unidade e a unicidade surgem como principais atributos. É impensável, por tudo que o que foi referido anteriormente, descrever a família apenas com base nos indivíduos que a constituem. Todas as famílias se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e papéis de cada um dos seus membros, de acordo com as expectativas sociais. A forma específica e singular como se posicionam é efetivamente única, pelo que Relvas afirma que "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (Relvas, 2000).

Neste sentido, Minuchin (1990) refere que, resultante da organização familiar, a família, enquanto grupo, desenvolve funções que visam a sobrevivência como sistema social e, simultaneamente, contribuir para a sociedade.

Figueiredo (2012) compila as convicções de vários teóricos para descrever as funções da família, apresentando como principais, para além das funções reprodutivas e económicas, as funções afetivas, de socialização e de cuidados de saúde.

As funções afetivas da família reportam-se à satisfação das necessidades emocionais dos seus membros, num contexto de amor, apoio e relações íntimas, permitindo a estabilidade emocional e o suporte aos elementos da família relativamente a pressões externas. Efetivamente, a família nunca foi tão importante como agora no desenvolvimento da sua função afetiva, que demonstra ser o "ponto central no processo de construção da identidade do indivíduo, facilitando a sua auto-realização pessoal no sentido da promoção da maturidade" (Figueiredo, 2012).

A família deverá então possibilitar o crescimento e a autonomização dos seus membros, concomitantemente com o desenvolvimento do sentimento de pertença, que engloba duas dimensões: familiaridade e filiação. A primeira traduz-se no sentimento advindo da interação

quotidiana, enquanto que a segunda consiste nas representações mentais que possibilitam a filiação cultural. Estas tarefas da família representam a sua função interna, enquanto que a função externa consiste na socialização e transmissão da cultura que permitirá a adaptação social dos seus membros.

A função socializante da família permite a interiorização de normas sociais pelos seus membros, integrando-as e adaptando-as no sentido de serem capazes de desempenhar funções na mesma. Observa-se, assim, que esta função é fundamental, não só para a integração dos membros na sociedade, mas também porque garante a continuidade dos sistemas sociais.

Neste sentido, Figueiredo refere que a família constitui-se então como espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, assegurando 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 interrelações entre os seus membros (Figueiredo, 2012).

Por último, Figueiredo (2012) explora a função da família nos cuidados de saúde, referindo-se a Duhamel (1995) quando diz que "o sistema de valores desenvolvido, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos" (Figueiredo, 2012). Efetivamente, é no contexto familiar que são tomadas as decisões sobre as práticas de saúde, sendo que a família também se apresenta como provedora das mesmas. Neste sentido, Gutierrez & Minayo (2010) referem que é na família que se desenvolvem os cuidados essenciais à saúde que vão desde as interações afetivas, necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade dos seus membros, passando pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingindo o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços.

A função da família nos cuidados de saúde engloba três aspetos fundamentais. O primeiro refere-se ao que se abordou anteriormente, em que, a família surge como o local onde os membros aprendem comportamentos que irão propiciar o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos face aos seus processos de saúde.

O segundo aspeto relaciona-se com o facto de a família surgir como o local onde os membros da família recebem os cuidados de saúde, sendo que é ela que "supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença dos seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais" (Elsen, Marcon & Silva, 2002).

No entanto, para Ratti et al (2005) a família não pode mais ser vista como uma mera cumpridora de ordens dos profissionais de saúde. Nos dias de hoje, as famílias têm acesso a diversos meios de comunicação, decorrentes do crescimento tecnológico, o que faz com que ocorram modificações na compreensão do processo saúde-doença, o que leva a um maior questionamento das práticas. Ao reconhecer que a família assume responsabilidades pela saúde dos seus membros é imprescindível que se reconheça, também, a necessidade de ouvir as dúvidas, ter consideração pelas suas opiniões e, sobretudo, incentivar a sua participação em todo o processo de cuidar.

O último aspeto é o facto da família se apresentar como um espaço de proteção e/ou precipitador da doença. Na verdade, ela surge como a catalisadora da saúde ou da doença dos seus membros; famílias caracterizadas por um ambiente seguro, estável do ponto de vista emocional, com cuidados e atenções necessários, são, normalmente, famílias saudáveis; por outro lado, ambientes familiares instáveis, inseguros, promovem, normalmente, o surgimento de famílias disfuncionais. Este aspeto revela-se essencial, pois o funcionamento saudável da família influencia positivamente a saúde de cada um dos seus membros, o que demonstra que a família, para além de ser vista como um agente de cuidado dos seus membros, deve também ser considerada um objeto de cuidados por parte dos profissionais.

Em qualquer contexto onde os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional, a família surge como uma área de atenção relevante para a sua intervenção. Cuidar a família é assim um dos primordiais interesses da enfermagem (Figueiredo, 2009).

A evidência teórica, segundo Hanson et al (2005) e Wright e Leahey (2009) aponta entre várias explicações para que o interesse tenha o foco na família o seguinte: (1) a promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade; (2) a saúde e a doença são assuntos da família; (3) a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significativo no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros; (4) a família como um todo tem impacto no modo como os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo; (5) a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo.

A consciência de uma prática baseada na evidência aponta-nos assim para práticas responsáveis e efetivas as que envolvem as famílias nos cuidados (Abreu, 2003; Bousso & Angelo, 2001; Mantzoukas, 2007), ou por outras palavras a prática de enfermagem de família.

2.2.A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A abordagem do trabalho da enfermagem com as famílias requer, de acordo com Hanson (2005), um recuo aos tempos pré-históricos, onde a prestação de cuidados estava relacionada com a manutenção da vida, pois como afirma Collière "garantir a sobrevivência era e continua a ser um facto quotidiano (...) era preciso tomar conta das mulheres em trabalho de parto, cuidar das crianças, tomar conta dos vivos e dos mortos" (Collière, 1999).

Quem assumia o principal papel nesta prestação de cuidados eram as mulheres. Hanson (2005) afirma que o papel histórico das mulheres tem sido indissociável da família, pois era da sua responsabilidade proporcionar ambientes limpos e seguros nas suas casas para a manutenção da saúde e do bem-estar da sua família, como tinham ainda a função de cuidar dos membros doentes da família. No entanto, segundo a mesma autora, foi durante a era de Nightingale que "o desenvolvimento histórico das famílias e da enfermagem tornou-se mais explícito" (Hanson, 2005). Florence Nightingale implementou equipas que fomentavam o ensino da saúde em casa, encorajou familiares de doentes da Guerra da Crimeia a irem aos hospitais cuidarem dos seus familiares e promoveu a distribuição de enfermeiras parteiras e de serviços de saúde pelo domicílio. Nightingale defendia a envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, assim como a importância de existirem cuidados centrados nela, reconhecendo que a saúde e a doença evoluem em contexto familiar.

Com isto, observa-se que na história o envolvimento da família faz parte da enfermagem; contudo, nem sempre foi assim. Na verdade, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu, durante algum tempo, maior relevância. Devido à influência do paradigma biomédico, ocorreu o abandono da prática dos cuidados domiciliários e o doente foi transportado para o "ambiente asséptico e científico do hospital, retirando-lhe todo o saber, despersonalizando-o e colocando-o sob as disposições dos profissionais de saúde" (Barbieri, 2011). Face a esta situação, as famílias foram preteridas dos cuidados aos seus membros, tanto em situação de doença, não sendo envolvidas nos tratamentos seus familiares, como em momentos cruciais do ciclo de vida familiar, como o nascimento e a morte.

Felizmente, nas últimas décadas, temos vindo a assistir a uma reorientação das práticas da disciplina de enfermagem. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que passam pela diminuição do período de hospitalização, o incentivo para cuidados ambulatoriais e por uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a portadores de

doenças crónicas, exigiu-se a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família.

Neste sentido, Barbieri (2011) refere que a perspetiva contemporânea dos enfermeiros deve ser mais consentânea com as tendências atuais da saúde e com as suas redefinições políticas, sendo que impera a visão economicista que cada vez mais responsabiliza as famílias para a prestação de cuidados aos membros dependentes.

Esta exigência para uma participação cada vez mais ativa das famílias na saúde/doença dos seus membros pressupõe um aumento do acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e conseqüente obrigação dos enfermeiros repensarem a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Torna-se evidente que, tal como o conceito Família, também a evolução dos cuidados de enfermagem às famílias tem sido influenciada pelas realidades políticas, económicas e sociais que se vão construindo, numa tentativa de acompanhar as necessidades reais em saúde das populações, que, conseqüentemente, conduz ao desenvolvimento teórico, prático e de investigação da enfermagem.

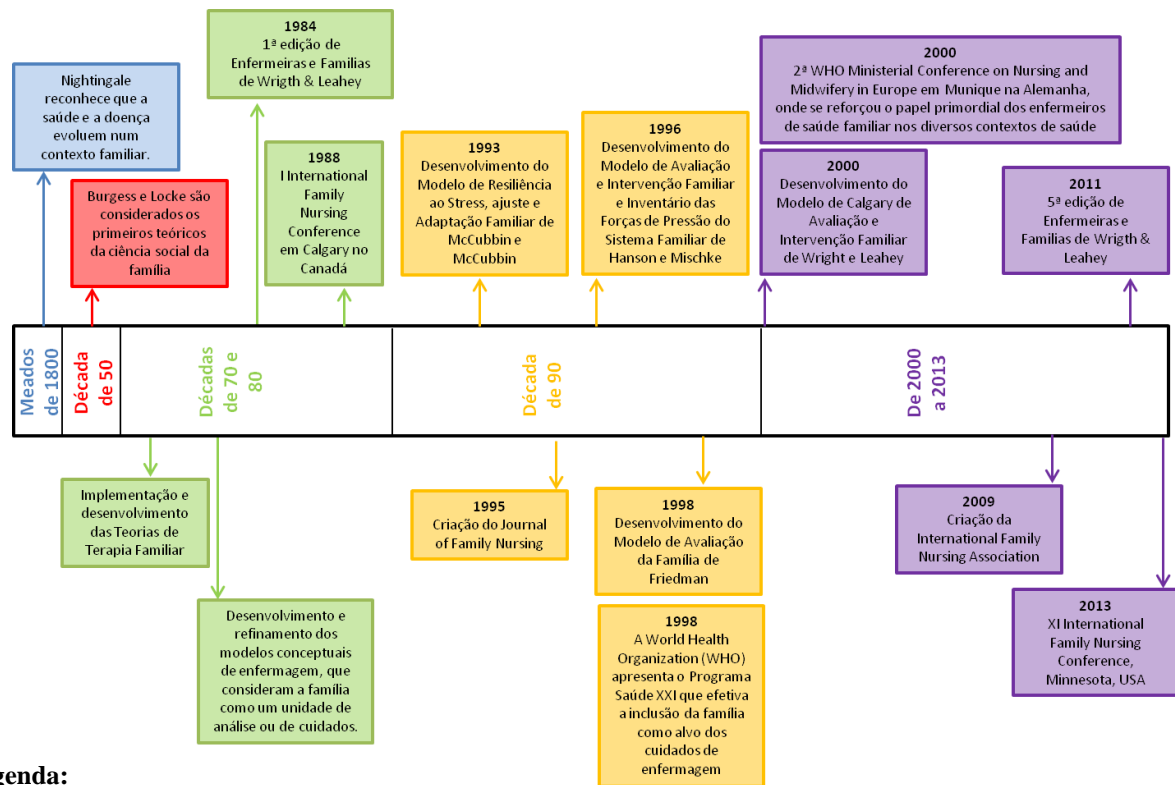
Neste sentido, e influenciada pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, bem como pela terapia familiar e pelas teorias das ciências sociais que têm a família como objeto, a enfermagem com famílias surge como uma área em grande ascensão das ciências da enfermagem. Bomar (2004) refere ainda outros fatores que favorecem esta ascensão das famílias, tais como foco dos cuidados de enfermagem, como o desenvolvimento das teorias de enfermagem, a investigação na enfermagem de família e de instrumentos de avaliação familiar e a definição de objetivos de saúde por organizações internacionais.

Os saberes advindos da Teoria Geral dos Sistemas e da Cibernética de 1ª e 2ª ordem, que englobamos na designação de pensamento sistémico (Andolfi, 1981; Barker, 2000; Hoffman, 2003; Vasconcellos, 2002), quando transferidos para a compreensão da relação terapêutica enfermeiro-família, faz emergir um novo paradigma do cuidar.

Este movimento de integração das famílias nos cuidados de enfermagem conta com vários marcos históricos cujos contributos e diretrizes têm sido fulcrais para o desenvolvimento desta perspetiva de enfermagem a nível mundial, através da colaboração e parcerias estabelecidas entre vários países, advindo daí subsídios para a orientação, progresso e coordenação da enfermagem com famílias.

Na Figura 4, é possível observar os principais pontos históricos internacionais que

contribuíram para a efetivação da enfermagem com famílias. Como já foi referido, este paradigma renasce fundamentado em teorias desenvolvidas por três grandes disciplinas: as ciências sociais da família, a terapia familiar e as ciências de enfermagem, através do desenvolvimento e refinamento dos seus modelos e teorias.



Legenda:

- Acontecimentos de meados de 1800
- Acontecimentos da década de 1950
- Acontecimentos das décadas de 1970 e 1980
- Acontecimentos da década de 1990
- Acontecimentos entre 2000 e 2013

Figura 4 - Friso Cronológico com alguns dos principais marcos históricos internacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias

Assistiu-se, a partir da década de 90, a um crescente aumento da produção científica relacionado com a enfermagem com famílias (Santos, 2012). Associado à importância desta crescente produção científica, surge um dos eventos de maior projeção, a criação do *Journal of Family Nursing*, que, para além de oferecer a oportunidade de unir as enfermeiras de família, permite a difusão do conhecimento na área. Esta importante difusão é também conseguida pelas *International Family Nursing Conferences*, que evidenciam que a enfermagem com famílias tem vindo a expandir as suas fronteiras teóricas, de pesquisa e práticas, tanto em ideias e substância como geograficamente.

A importância de se reconsiderar a família como um parceiro nos cuidados de saúde foi ainda apreendida por organizações e entidades com responsabilidades políticas e civis nesta área, onde se destaca o Programa Operacional Saúde 21 da Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresenta como um dos imperativos para atingir as metas a que se propõe, a absoluta necessidade de desenvolver a figura do Enfermeiro de Saúde Familiar como uma força de promoção da saúde, em toda a região europeia.

Em Portugal, a enfermagem com famílias tem um percurso relativamente recente, vindo a apresentar um crescimento considerável e consolidado nos últimos 14 anos. Barbieri refere que este desenvolvimento "foi materializado em oferta da formação e de produção científica, que evoluiu em simultâneo com a reorganização dos cuidados de saúde, com uma forte liderança política da Ordem dos Enfermeiros" (Barbieri, 2011).

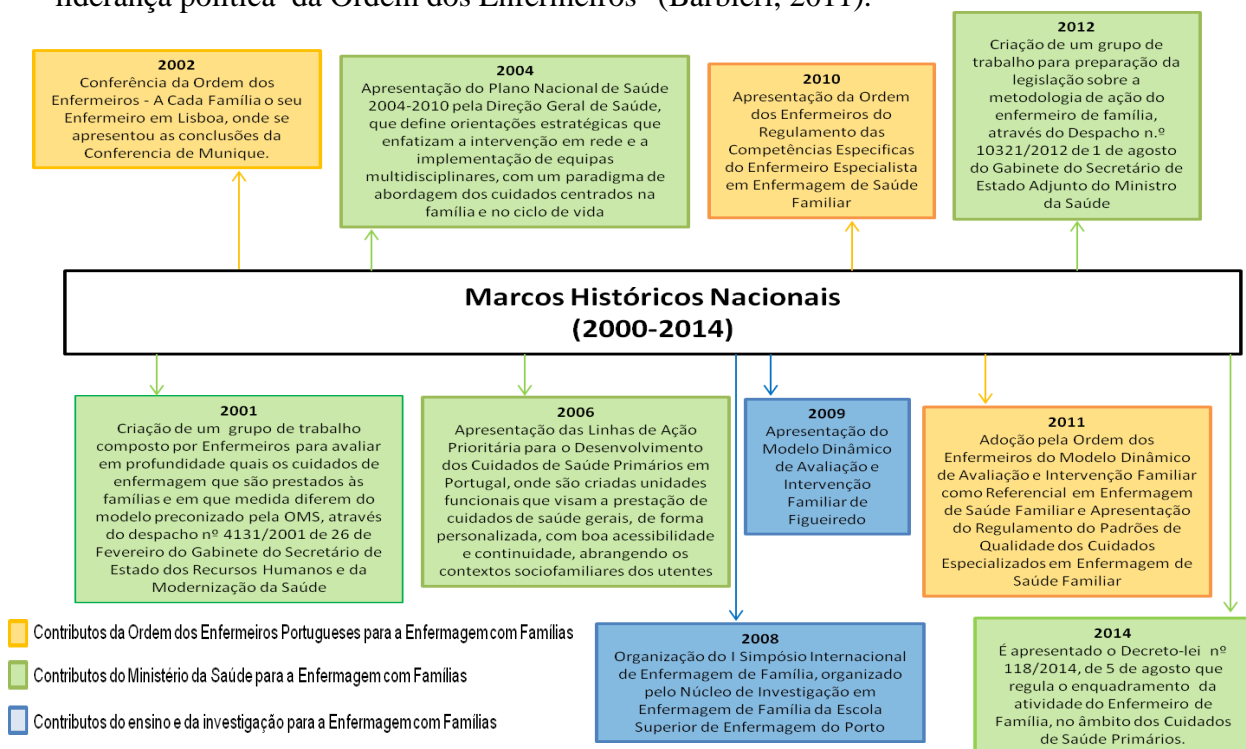


Figura 5 - Friso Cronológico com os principais marcos históricos nacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias

Na Figura 5, observam-se os principais marcos históricos que ocorreram em Portugal no âmbito da Enfermagem com Famílias, verificando-se que a emergência da consciência social, política e de cultura científica deste paradigma aconteceu mais tardiamente.

A declaração final *Enfermeiros: uma força pela Saúde* também conhecida por Declaração de Munique, que foi resultado da segunda Conferência Ministerial da OMS, ocorrida em

Munique em 2000, foi determinante para que a enfermagem com famílias fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses.

Como se pode observar na figura, a disseminação deste novo desafio para os enfermeiros portugueses teve o contributo decisivo de duas instituições: o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, destaca-se a criação do grupo de trabalho que realizou o estudo *Enfermeiros de Família: avaliação dos cuidados*, a definição de estratégias abordados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que enfatizam uma abordagem de cuidados centrada na família e no ciclo vital. Não se pode descurar a importância da Reforma dos CSP, iniciada em 2005, que veio afirmar a enfermagem com famílias, uma vez que o atual enquadramento legislativo efetiva um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco. Para efetivar este modelo em 2012 foi criado o grupo de trabalho para a preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família e que foi aprovada e decretada pelo Decreto-lei (DL) 118/2014, de 5 de agosto.

Todo este trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde teve o contributo da OE que, desde a sua participação na Conferência em Munique, tem vindo a envidar esforços no sentido de difundir as orientações da OMS através da elaboração de documentos com orientações específicas para a implementação e consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal.

Por último, mas não menos importante, temos a formação e a investigação. Em Portugal, a formação dos enfermeiros sofreu uma evolução considerável a partir da sua integração no ensino superior em 1988, obtendo-se os três ciclos de estudos preconizados por Bolonha: licenciatura, mestrado e doutoramento em enfermagem, e que se têm vindo a consolidar na última década. Esta mudança da formação académica espelhou também a reorientação da disciplina de enfermagem, em que os cuidados centrados na família adquiriram maior visibilidade.

A família como centro da prestação de cuidados de enfermagem tem vindo a ser salientada nas definições legais de vários países, como é o caso de Portugal. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros assume-se que a Enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2012).

Tal situação também se encontra patente no Código Deontológico dos Enfermeiros

Portugueses, que no que concerne à humanização dos cuidados declara que "(...) o enfermeiro assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (OE, 2003).

Neste contexto, Barbieri (OE, 2002) afirma que foram as ciências sociais que ajudaram a enfermagem a lançar este olhar multidimensional sobre o indivíduo que necessita de cuidados, sendo uma "abstração desumanizante" considerá-lo isoladamente. Refere, ainda, que o indivíduo existe, antes de mais, inserido e em interação com os membros da sua família, deduzindo-se que "mais do que um desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na comunidade (...), os cuidados de enfermagem à família são um desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados aos doentes" (OE, 2002a).

Neste sentido, Hanson (2005) identifica os princípios justificativos da importância de uma abordagem de enfermagem junto das famílias, referindo que:

- é no contexto da família que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos;
- a família é influenciada quando um ou mais membros têm problemas de saúde;
- a saúde dos membros é influenciada pela família e as práticas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família;
- os cuidados de saúde são mais eficazes quando é dada maior ênfase à família;
- a promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a saúde da sociedade.

Observa-se que a enfermagem junto das famílias emerge da mutualidade entre saúde e o funcionamento familiar, sendo que "a família constitui-se como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento" (Figueiredo & Martins, 2009).

Face isto, Hanson (2005) define os cuidados de enfermagem à família como "o processo de cuidar das necessidades das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem" contemplando quer o indivíduo como toda a sua unidade familiar.

Por sua vez, Bomar (2004) concebe enfermagem com famílias como um "processo transformativo que aumenta a capacidade das famílias para alcançar o nível mais elevado de bem-estar".

Wright & Leahey conceituam enfermagem de família como "cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais" (1999).

Figueiredo & Martins (2009) referem, igualmente, que "a enfermagem de famílias surge como arte e ciência, alicerçada ao pensamento sistémico com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que inteiram a unidade familiar".

No entanto, independentemente da definição adotada, a enfermagem com famílias assenta em vários princípios filosóficos, sendo que Barbieri (OE, 2002a) destaca:

- inclusão deliberada da família no planeamento e na prestação de cuidados ao cliente;
- capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as do indivíduo;
- reconhecimento da importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família;
- ênfase ao estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados.

A partir destes princípios, compreende-se que o enfoque da enfermagem junto das famílias são as relações e as interações, tendo como finalidade a "capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança" (Figueiredo & Martins, 2009).

Deste modo, e no sentido de clarificar a relação complexa e dinâmica entre a saúde da família e a saúde individual dos seus membros, o ICN (2002) inclui os seguintes princípios básicos orientadores das intervenções da enfermagem junto das famílias:

- dirigir a intervenção de enfermagem aos membros da família doentes e aos saudáveis;
- reconhecer a relação entre os níveis de saúde individual e familiar;
- reconhecer toda a experiência e vivência da família em termos do processo saúde/doença;
- delimitar o contexto sociocultural da família;
- aperceber-se dos distintos níveis de saúde entre os membros da família;
- reforçar a interação familiar e a interação da família/equipa de saúde;
- atender à dinâmica familiar, incrementando a flexibilidade necessária no plano de intervenção;
- definir, em colaboração com a família, prioridades na saúde familiar.

Hanson (2005) identifica um conjunto de aspetos comuns às intervenções de enfermagem

com famílias, que lhe garantem especificidade e conhecimento próprio:

- Os cuidados à família têm em consideração a experiência da família ao longo do tempo;
- A enfermagem de família leva em consideração o contexto cultural e comunitário da família, sendo a família encorajada a receber e a contribuir para os recursos comunitários;
- A enfermagem de família reconhece a importância das relações entre os membros da família assim como a singularidade de cada um desses membros;
- A enfermagem de família é destinada da famílias, cujos membros estão saudáveis/ou doentes;
- Na enfermagem de família reconhece-se a reciprocidade existente entre a saúde individual dos membros e a saúde coletiva dentro da família.
- O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança que ocorra nos seus membros individuais.
- A enfermagem de família requer a manipulação do ambiente de modo a aumentar a probabilidade de interação familiar. No entanto, é possível oferecer cuidados de enfermagem à família ainda que nem todos os membros da família estejam presentes.
- A enfermagem de família enfatiza os recursos da família e dos seus membros individualmente, apoiando-os na sua interação e crescimento.
- É a família, em colaboração com a enfermeira, que define quem são os seus membros.

Compreendendo agora qual a conceção da Enfermagem com Famílias, bem como os princípios subjacentes às suas intervenções para que seja considerada uma especialidade distinta, na figura que se segue, pode observar-se o modo como os conceitos indivíduo, família, enfermagem e sociedade se intersejam, tornando-se pertinente analisar sob qual perspectiva a família deverá ser abordada para ser considerada um foco específico de prática de enfermagem.

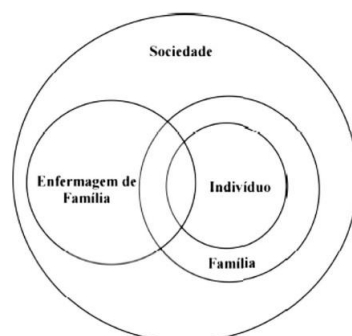


Figura 6 - Estrutura Concetual da enfermagem de família

Fonte: Hanson, SMH. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família.: uma introdução. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*

Hanson (2005) afirma que 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 um componente da sociedade". Conclui, ainda, que a estrutura concetual da enfermagem de família considera estas quatro abordagens de observação da família, envolvendo, simultaneamente, o indivíduo, a família e a comunidade com o objetivo de promover, manter e restaurar a saúde das famílias, que é essencial para a sobrevivência da sociedade. No Quadro 6, pode observar-se as características dessas quatro abordagens. A dissemelhança entre as diferentes abordagens não compromete a sua legitimidade, pois a conceção de cada abordagem teve por base as orientações das diferentes especialidades da enfermagem, como a enfermagem materno-infantil, a enfermagem comunitária e a enfermagem de saúde mental, que contribuíram para o campo emergente da enfermagem com famílias. No entanto, é na visão sistémica que se observa uma maior contribuição para que a enfermagem com famílias se torne mais evidente.

Abordagem	Caraterísticas
Família como contexto	Avaliação e cuidados centram-se no indivíduo; A família surge como contexto, podendo ser um recurso ou um fator de stresse para a sua saúde/ou doença;
Família como cliente	Avaliação e cuidados centram-se em todos os membros da família, de forma individualizada; A família é vista como a soma dos seus membros; Cada membro da família é uma unidade e pouco se considera a unidade familiar na prestação dos cuidados.
Família como um sistema	Avaliação e cuidados centram-se em toda a família, concentrando-se simultaneamente no indivíduo e na família; A família é vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais do que a soma das partes; As interações familiares são o alvo das intervenções de enfermagem;

<p>Família como uma componente da sociedade</p>	<p>Avaliação e cuidados centram-se no subsistema família; A família é vista como uma das muitas instituições dentro da sociedade; A família como um todo interage com outras instituições para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços.</p>
---	--

Quadro 10 - Características das Abordagens da Enfermagem com Família

Fonte: Adaptado de Hanson, SMH.(2005).*Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: uma introdução.*
In Hanson, SMH(Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação.* (2ª ed.).

Assim, todas estas perspetivas são válidas, pelo que deverão ser todas ponderadas quando se trabalha com as famílias. Elas complementam-se e enriquecem-se, sendo que a opção por uma destas abordagens "é determinada por muitos fatores, incluindo o contexto dos cuidados, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro" (Hanson, 2005).

De acordo com Wright & Leahey (2009), as enfermeiras generalistas consideram predominantemente a utilização do conceito família como um contexto; por outro lado, os profissionais com formação pós graduada usam o conceito família como unidade de assistência (família como sistema). Segundo as mesmas autoras, esta última perspetiva requer uma formação acrescida e aprofundada em enfermagem dos sistemas familiares, pressupondo-se que esta conduza os profissionais à familiarização com um corpo de conhecimentos que envolve a dinâmica de família, a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família.

Atualmente, a família, como parte essencial para o cuidado de enfermagem, é algo inquestionável, pois como Wrigth & Leahey (2009) afirmam "a evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem".

De acordo com Marcon & Elsen (1999), a família não pode ser vista apenas como uma mera cumpridora das prescrições dos profissionais de saúde. Ao reconhecer que ela assume responsabilidades pela saúde dos seus membros, exige-se que se reconheça a necessidade de ouvi-la nas suas dúvidas, considerar a sua opinião e, acima de tudo, incentivá-la a participar em todo o processo de cuidar. Como já foi referido, os pressupostos associados à enfermagem com famílias integram uma filosofia de parceria com a família, visando apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, englobando-a no planeamento e execução das

intervenções, sendo que estas se centram nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento.

Para compreensão da família como unidade de cuidados de enfermagem, Figueiredo & Martins (2009) referem que é essencial que a família seja concetualizada através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes à sua multidimensionalidade, e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade.

Neste sentido, Hanson & Kaakinen (2005) afirmam que as estruturas concetuais ou teóricas que fornecem os fundamentos para a enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três grandes disciplinas: Ciências Sociais da Família, Terapia Familiar e nas Ciências de Enfermagem através dos seus modelos e teorias, tal como demonstra a Figura 5.

De referir, que cada uma destas áreas se encontra em estádios diferentes de desenvolvimento, sendo distinto, também, o seu contributo para a enfermagem com famílias.

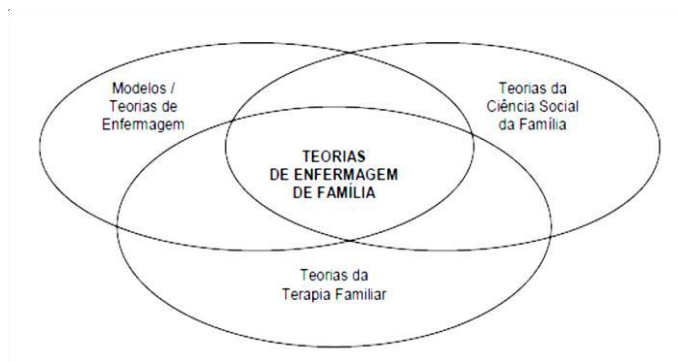


Figura 7 - Fontes Concetuais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias

Fonte: Hanson, SMH; Kaakinen, JR (2005). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. In Hanson, SMH (Ed.). Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação

O conceito surge assim substancialmente enriquecido com o contributo de distintas Disciplinas. Às ciências sociais, fundamentalmente à Teoria Geral dos Sistemas, vai buscar a explicação do funcionamento e dinâmica familiar, à Terapia familiar a abordagem terapêutica centradas nas forças da família e por fim, aos valores, teorias e conceções de enfermagem cujo sentido de pessoa e ambiente de cuidados guiam a avaliação e intervenção do enfermeiro face a processos de saúde doença (Hanson et al, 2005).

Deste modo, a teorização deste fenómeno, família como alvo dos cuidados, assumindo conhecimentos de outras áreas que não apenas os da enfermagem, altera e modifica a prática

de enfermagem, exigindo o desenvolvimento de outros saberes específicos. Esta mudança imprime portanto, uma nova tendência à prática de enfermagem de família.

Durante as décadas de 60 e 70, os enfermeiros deram grande importância ao desenvolvimento de modelos de enfermagem. Inicialmente, os teóricos de enfermagem apenas valorizaram o paradigma em que o indivíduo era visto de forma isolada de todo o seu contexto, apesar de Florence Nightingale, a primeira grande enfermeira teórica, já realçar nos seus documentos a importância da família. No entanto, a noção de cliente foi sendo alargada para incluir além do indivíduo, as famílias e as comunidades.

Tal situação faz com que algumas teorias de enfermagem possam ser aplicadas à enfermagem com famílias, não existindo, no entanto, nenhuma que seja única ou característica desta componente da disciplina de enfermagem, pois, e de acordo com Hanson & Kaakinen (2005), não é apropriado substituir a palavra "indivíduo" pela palavra "família", pois tal não permite compreender a complexidade dos sistemas familiares. As mesmas autoras referenciam algumas teorias como sendo as mais ajustáveis à prática da enfermagem com famílias, nomeadamente, o modelo de adaptação de Roy (1976,1981), a teoria da consecução do objetivo de King, o modelo de sistemas de Neuman, a teoria do défice auto-cuidado de Orem, a teoria dos seres humanos unitários de Rogers, a teoria da estrutura da organização sistémica de Friedemann, a teoria dos cuidados culturais de Leininger, a filosofia e ciência do cuidar de Watson, a teoria de enfermagem psicodinâmica de Peplau, o modelo de interação pai-filho de Barnard e o modelo de saúde de Newman.

Como se pode observar, não existe nenhuma teoria ou modelo da ciência social da família, da terapia familiar ou da enfermagem que descreva na íntegra os múltiplos processos e dinâmicas da família. Ao trabalhar junto das famílias, a enfermagem deve integrar saberes de outras ciências, pois como afirmam Hanson & Kaakinen (2005), "os enfermeiros que usem apenas uma só abordagem estão essencialmente a limitar as possibilidades para as famílias".

As famílias são grupos complexos e a integração de variadas teorias permite aos enfermeiros que trabalham junto delas, perspectivá-las a partir de uma multiplicidade de abordagens, o que aumenta o leque de intervenções a poderem ser implementadas, que serão selecionadas de acordo com a especificidade de cada família.

Collière (1999, p. 221), também reforça a importância desta multiplicidade de olhares, afirmando que "toda a enfermeira que esclarece as situações de cuidados de enfermagem, através dos contributos de diferentes conhecimentos, enriquece-os" pois só dessa forma consegue contextualizar os problemas de diferentes maneiras, alargando a sua reflexão sobre

as práticas, o que permite, no caso específico da enfermagem com famílias, "reforçar a força das famílias de forma criativa" (Hanson & Kaakinen, 2005, p.57).

Wright & Leahey concordam com essa necessidade de uma abordagem integrada na enfermagem com famílias, referindo que "é útil para as enfermeiras ter conhecimento dos muitos modelos oferecidos em várias disciplinas" (2009, p.3). No entanto, defendem que, em qualquer ambiente de prática clínica, é útil para as enfermeiras adotarem uma estrutura conceitual clara, a fim de facilitar a identificação das forças e dos problemas da família e a constituição de um plano de cuidados. Segundo os mesmos autores, "o emprego de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar a quantidade maciça de informação aparentemente díspar, proporcionando também um foco para a intervenção" (Wright & Leahey, 2009, p.4)

Neste sentido, Schober & Affara (2001) identificam quatro modelos que contribuem para a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções da prática de enfermagem junto das famílias: o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (*Family Assessment Intervention Model and Family Systems Stressor Strength Inventory*, Hanson e Mischke, 1996); o Modelo de Avaliação da Família de Friedman (*Friedman Family Assessment Model*, Friedman, 1993); Modelo do Enfermeiro de Família da Região Europeia da OMS (*WHO/EURO Family Health Nursing Model*, 2000) e o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (*Calgary Family Model*, Wright e Leahey, 2000).

Este último modelo é o mais reconhecido no ensino, na prática e na investigação em enfermagem de família, sustentando a enfermagem com famílias de vários países, estando para isso traduzido em sete línguas: japonês, francês, alemão, coreano, sueco, português e islandês.

Em síntese, a perspetiva sistémica de que se tem vindo a falar pressupõe que cada indivíduo/família é um sistema vivo que se gera e desenvolve numa interação dinâmica com os sistemas que lhe são significativos, pelo que os enfermeiros que trabalham com famílias naturalmente estão envolvidos nesta interação de onde resulta o cuidado de enfermagem (Feeley & Gottlieb, 2000; Wright & Bell, 2009). A aplicação das propriedades da totalidade, da equifinalidade e da retroação, à compreensão da família e do trabalho dos enfermeiros com ela, permite a compreensão de situações e vivências únicas e singulares. No máximo da abstração o enfermeiro vê no indivíduo a família a que pertence.

Para os enfermeiros darem suporte à família vivenciando problemas de saúde, o trabalho

desenvolvido por Wright e Leahey (1984, 1994, 2000, 2002, 2009) merece especial atenção. Estas enfermeiras atendendo à interação entre dinâmica familiar e saúde desenvolveram um modelo de avaliação e outro de intervenção na família nomeados Modelo Calgary de Avaliação da família (MCAF) e Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como um dos quatro modelos de referência (ICN, 2002).

O fundamento teórico dos Sistemas, da Cibernética, da Comunicação e da Mudança constituem a estrutura conceptual destes modelos. Esta perspetiva teórica combinada enriquece e proporciona fundamento ao trabalho dos enfermeiros com as famílias (Anderson, 2000; Braun & Foster, 2011; Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel & Talbot, 2004; Figueiredo, 2009; Hanson et al, 2005; Whyte, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

No ponto seguinte, desenvolver-se-ão as principais características do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, visto ser o modelo mais referenciado e adotado no ensino, na prática e na investigação em Enfermagem com Famílias.

2.3. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar foi desenvolvido por Wright & Leahey, enfermeiras canadianas, professoras de Enfermagem na Universidade de *Calgary*.

Na tentativa de definir, concetualizar e intervir na família pelas mais variadas disciplinas e através de perspetivas múltiplas, o modelo de avaliação e intervenção na família surgiu no sentido de dar resposta a uma lacuna existente, permitindo assim a profissionais que desenvolvem o seu trabalho com as famílias, um maior conhecimento nas suas várias dimensões.

Inicialmente, foi desenvolvido o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF), um modelo adotado em todo o mundo nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem, tendo as autoras a consciência da necessidade de "revisitar e revisar o pensamento sobre o MCAF, a fim de validar, reconhecer e abranger a importância cada vez maior de certas dimensões da vida familiar que influenciam a saúde e a doença" (Wright & Leahey, 2009).

Perante esta consciencialização, numa segunda edição do seu livro *Enfermeiras e Famílias*, as autoras, cientes da necessidade de dar relevo à intervenção quanto à avaliação das famílias,

apresentam o Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar (MCIF), que oferece aos profissionais uma estrutura onde se enquadram as intervenções.

Atualmente, estes modelos têm sido obra de constantes atualizações e reformulações pelas suas autoras, influenciadas pelos avanços na investigação, na educação e na prática de enfermagem de família, de forma a melhorar o atendimento pelos profissionais às famílias e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar tem como influências teóricas o pós-modernismo, a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação humana, a teoria da mudança e a biologia da cognição. Permite perceber a família como um sistema, identificar os problemas de saúde, os recursos e meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando assim uma orientação para intervenção na família (Wright & Leahey, 2009).

Wright & Leahey (2009) defendem que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde e que para isso, é necessário que os enfermeiros se tornem competentes na avaliação e intervenção na família por meio de relacionamentos colaborativos entre enfermeiros e famílias.

O MCAF apresenta uma perspetiva multiversa do sistema familiar, apresentando uma estrutura multidimensional que engloba três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Como se observa na Figura 6, cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica e de continuidade.

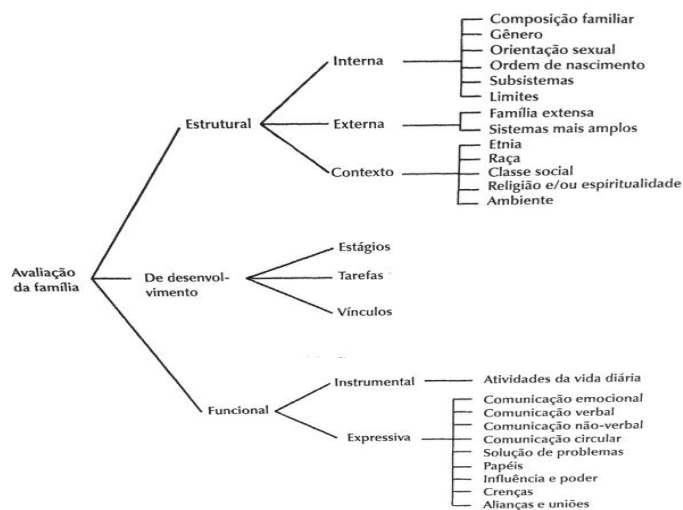


Figura 8 - Diagrama do Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

Fonte: Wright, L.; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família, (p.46).

A avaliação estrutural abrange aspetos do conhecimento da estrutura da família, integrando aspetos relativos à estrutura interna, externa e do contexto. Permite uma visão sobre a composição da família e o vínculo entre os seus membros, através da construção do genograma, e entre estes e os outros elementos significativos, como a família alargada, outros sistemas mais amplos, assim como o contexto onde a família se insere, através da construção de um ecomapa.

A avaliação de desenvolvimento permite compreender fenómenos familiares associados ao crescimento e que definem a sua trajetória evolutiva ao nível funcional, estrutural e interacional. A articulação do conhecimento dessa trajetória com as transformações na dinâmica familiar decorrentes do ciclo vital possibilita o desenvolvimento de cuidados antecipatórios, que capacitam a família na efetivação das suas tarefas desenvolvimentais. A avaliação funcional caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros. A categoria do Funcionamento Instrumental centra-se nas atividades do dia a dia da vida da família. Por outro lado, a categoria do Funcionamento Expressivo direciona-se para os padrões de interação, sendo estes aqueles que parecem ter maior contributo para o estado de saúde da família.

A utilização de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar essa quantidade maciça de informação, aparentemente díspar, proporcionando assim um foco para a intervenção.

O MCIF é uma estrutura organizada para a concetualização do relacionamento entre as famílias e o enfermeiro, com o objetivo de efetuar mudanças e promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009).

As intervenções visam promover melhorar ou sustentar o funcionamento familiar em um ou nos três domínios, mas a alteração de um deles pode afetar os outros. Wright & Leahey (2009) acreditam que as mudanças mais profundas e contínuas são as ocorridas no âmbito das crenças, ou seja, no domínio cognitivo.

Neste modelo destaca-se o relacionamento família-enfermeira, dando-se ênfase à interação entre o desempenho dos membros da família e as intervenções sugeridas pela enfermeira. Wright & Leahey reforçam que as enfermeiras só devem "propor intervenções à família e não instruir, dirigir ou insistir sobre um determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar" (Wright & Leahey, 2009).

Por outro lado, referem que a abertura da família à intervenção dos enfermeiros depende da

sua constituição genética e história de interação dos seus membros, mas também é influenciada pela relação enfermeiro/família e pela capacidade do enfermeiro em fazer a família refletir sobre os seus problemas (Wright & Leahey, 2009). Para isso, é necessário ter consciência que cada família é única, logo as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar noutras. O enfermeiro necessita de adaptar as suas intervenções junto da família com quem trabalha de modo a promover ou facilitar a mudança e o funcionamento ótimo do sistema familiar.

O MCIF não consiste numa listagem de intervenções ou de funcionamentos familiares, pelo contrário, ele fornece meios para conceitualizar um ajuste entre esses dois elementos. Para isso, ele ajuda a determinar o domínio de funcionamento que predominantemente necessita de mudança e qual a intervenção mais adequada para realizar a mudança daquele domínio.

No Quadro 11, encontram-se descritas as intervenções sugeridas por Wright & Leahey (2009), de acordo com cada domínio do funcionamento familiar.

Domínio do Funcionamento Familiar	Intervenções de Enfermagem	Finalidade das Intervenções
Cognitivo	Elogiar as forças da família e dos indivíduos; Oferecer informações e opiniões	As intervenções direcionadas para o domínio da cognição são aquelas que alargam os horizontes, oferecendo novas ideias, opiniões, crenças, informações e educação sobre determinada situação. O objetivo é transformar a maneira pela qual a família vê e acredita nos problemas, de forma a permitir encontrar novas soluções para os seus problemas.
Afetivo	Validar ou normalizar as respostas emocionais; Incentivar as narrativas de doença; Estimular o apoio familiar	Estas intervenções possuem por finalidade a redução ou o aumento de emoções intensas que podem bloquear as tentativas da família em encontrar soluções para os problemas.

Comportamental	Incentivar os membros da família a serem cuidadores; Incentivar períodos de descanso; Planear rituais.	Este tipo de intervenções dirige-se a apoiar a família a interagir e a proceder de modo diferente uns com os outros. Esta mudança, por vezes, é operada pelo convite a alguns ou a todos os membros da família, para a realização de tarefas comportamentais específicas.
----------------	--	--

Quadro 11 - Intervenções de Enfermagem de acordo com os domínios do Funcionamento Familiar

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, (pp. 138-144)

As intervenções com a família podem ser diretas e simples ou inovadoras e dramáticas, consoante a necessidade do enfermeiro em função do problema demonstrado. No entanto, qualquer intervenção com a família deve ter como fim último o apoio aos seus membros, no sentido de se encontrar soluções alternativas e se reduzir e aliviar o sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2009).

O reconhecimento que a enfermagem tem dado à família iniciou-se nos Estados Unidos da América, a partir de 1980, onde as políticas sociais da *American Nurses Association* descrevem a família como um dos alvos dos cuidados de enfermagem (Hanson, 2005).

Em Portugal, a subscrição da Declaração de Munique, foi determinante para que o enfermeiro de família fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses. A OE assumiu um papel de liderança, tendo o seu momento marcante como organização, em 2002, da conferência nacional *A Cada Família o seu Enfermeiro*, que teve como principal objetivo a partilha de experiências de cuidados cimentados no modelo de enfermeiro de família.

Ao longo da conferência, foram discutidos cerca de 37 projetos que abordavam os cuidados às famílias, centrando-se essencialmente em famílias em situações de crise decorrentes da dependência de um dos membros ou de doença crónica. Nas conclusões da conferência foi salientado o aparecimento de uma nova cultura organizacional, que emergiu a partir da reorganização do trabalho do enfermeiro de família, permitindo "a maior eficácia das ações de planeamento e controlo dos problemas de saúde (...) e o desenvolvimento de competências favorecedoras da tomada de decisão" (OE, 2002a, p.164).

Concomitante aos esforços da OE está o contributo decisivo do Ministério da Saúde, com especial ênfase na reorganização dos CSP, nomeadamente a criação das USF que efetivaram, em muitas zonas do país, a implementação do enfermeiro de família como modelo organizativo de prestação de cuidados de enfermagem.

Contudo, Barbieri (2011) menciona que esta relação causal entre a organização do trabalho dos enfermeiros dos CSP e a conceção de enfermagem de família têm lançado discórdia no seio da comunidade de enfermagem sobre qual o verdadeiro significado de enfermeiro de família.

No documento da Saúde 21, a OMS defende que o uso de uma abordagem sob o modelo de enfermeiro de família requer competências clínicas avançadas, estando salvaguardado na meta 18 da Saúde 21 que "no ano 2010, todos os estados membros, deverão ter garantido que os profissionais de saúde (...) adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde" (OE, 2002a, p.198), sendo que a formação e a atuação do enfermeiro de família faz-se sob o enquadramento da saúde pública e dos CSP.

Neste sentido, em 2010, a OE cria o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, designando-o como um profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias em todos os seus processos de vida e nos vários contextos da comunidade (OE, 2010). Tal situação veio lançar novamente o debate sobre qual o contexto em que a enfermagem de família tem lugar. Barbieri (2011, p.47) refere que "é fundamental não ignorar os princípios filosóficos da enfermagem de família não se esgotam nos cuidados de comunidade pois quando a doença requer hospitalização, os cuidados centrados na família são um imperativo ético".

Para além disso, a mesma autora defende que, ao limitar a atuação do enfermeiro de família à comunidade, está a excluir-se a possibilidade a um número elevadíssimo de enfermeiros, que exercem funções em âmbito hospitalar, de adquirirem as competências enunciadas por essa especialidade: "a) Cuida da família como unidade de cuidados; b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária" (OE, 2010, p.2).

Tal situação pode conduzir a alguma confusão entre a compreensão das funções do enfermeiro de saúde comunitária e do enfermeiro de saúde familiar. A diferença encontra-se, particularmente, no objetivo final e nas prioridades estabelecidas nas suas intervenções. Muito embora ambas intervenham no indivíduo, na família e na comunidade, o enfermeiro de saúde comunitária identifica problemas e propõe intervenções para as populações com o objetivo final de manter e/ou melhorar a saúde de uma comunidade, mesmo que para tal necessite, posteriormente, de atender às famílias. Por outro lado, para o enfermeiro de família a prioridade encontra-se nos problemas identificados como específicos naquela família e só

depois se centrará nos problemas de saúde comunitários comuns à mesma. Verifica-se, então, que neste modelo de cuidados do Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21, destaca-se a ênfase nas famílias e na importância atribuída ao domicílio como contexto de cuidados, e preconiza-se que os "membros da família devem, em conjunto, assumir os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de "família saudável" (OE, 2002a, p.189).

Assim, o Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21 desenvolve as suas ações, aos indivíduos e famílias, ao longo de todo o contínuo de cuidados desde o nascimento até à morte, incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida. É identificado como sendo um agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise quer em questões de saúde, fomentando, através de um trabalho em parceria, a identificação de recursos e potenciais que permitam ao indivíduo e famílias encontrar as suas próprias soluções. Além disso, apresenta-se como um profissional com conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública, capacitado para diagnosticar os efeitos socioeconómicos sobre a saúde da família, orientando-a, quando necessário, para instituições adequadas. Neste sentido, desenvolve, ainda, um papel de ligação entre as famílias e o médico de família, substituindo-o quando as necessidades identificadas reclamam expressamente cuidados de enfermagem (OE, 2002a).

Em 2002, o ICN elaborou um documento orientador, no âmbito das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, com o título *Nurses always there for you: Caring for families*, onde refere que a enfermagem tem vindo a mudar o seu foco de cuidados, que deixa de se centrar, unicamente, nas necessidades individuais e passa a incluir as que emergem da família enquanto recetora de cuidados (Queirós, 2009).

Queirós (2009) refere que nesse documento, a família é visualizada como um sistema, que se altera e desenvolve ao longo do tempo e que se encontra inserido em determinado contexto ou ambiente. Os diversificados contextos possuem diversos elementos que poderão ter impacto negativo ou positivo nesse sistema, fortalecendo ou ameaçando a sua existência e integridade. Assim, o principal objetivo das atividades do Enfermeiro de Família são a manutenção, e, se possível, com o passar do tempo, o aumento do equilíbrio da família e, conseqüentemente, da sua saúde familiar, ajudando-a a evitar ou a saber lidar com fatores causadores de stress e/ou ameaças de saúde.

O ICN (2002) considera que uma prática clínica do enfermeiro de família proporciona:

- Uma visão global e total dos cuidados, situando dentro da unidade familiar a pessoa que procura ajuda ou cuidados, considerando toda a família como centro de atenção desses cuidados;
- O reconhecimento de que a estrutura, os pontos fortes, os pontos débeis e a dinâmica da família podem fazer com que aumente ou diminua o potencial ótimo de saúde ou o cuidado ótimo da doença, logo, com influência na avaliação e na intervenção na família;
- A estimulação para uma participação significativa dos membros da família na avaliação, adoção de decisões, na planificação e nos cuidados;
- A mobilização de um conjunto de recursos e serviços que compreende a avaliação, a formação e a assistência, onde se inclui igualmente a mobilização dos recursos de outros profissionais e prestadores de cuidados nos setores da saúde e da comunidade.

Assim, ao longo do documento, o ICN (*International Council of Nurses*) reforça a necessidade de um processo de parceria de cuidados, no qual as famílias são ativamente envolvidas nos seus cuidados de saúde, tornando-se consumidoras bem informadas que assumem um maior controlo sobre esses. No entanto, também refere que este envolvimento das famílias é variável, dependendo da situação e do problema de saúde adjacentes.

Assim, o *Enfermeiro de Família* é um profissional de saúde que se encontra integrado numa equipa multidisciplinar e que, devido à sua atuação de proximidade com os indivíduos e suas famílias, possui um lugar privilegiado no *interface* entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados. Assim, é corresponsável pela prestação de cuidados globais a um grupo limitado de famílias, num *continuum* que vai desde o nascimento até à morte, nas mais diversas situações de crise e em todos os processos de transição saúde-doença. Neste sentido, a sua prestação de cuidados reconhece a família como uma unidade de transformação, preconizando-se, assim, uma abordagem sistémica da família que a ajude a crescer nas suas competências, de forma a responder aos problemas de saúde atuais ou potenciais e a cumprir a suas funções de um modo mais saudável. Para isso, as suas ações combinam a promoção da saúde e prevenção da doença, através de atividades de educação, manutenção, restabelecimento da saúde, visando sempre o reforço dos recursos, das forças e as competências da família. Para isso, é importante estabelecer uma relação colaborativa de proximidade e integralidade com os indivíduos e famílias, englobando-os no planeamento e execução das intervenções que visam o equilíbrio familiar. Assume-se, assim, como um

profissional de referência para a família, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados, pois é melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde dos indivíduos/famílias e para mobilizar recursos, internos e externos, adequando e rentabilizando os meios.

2.4. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Nos últimos anos, várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de compreender as relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família. A atitude que o enfermeiro apresenta face à família tem sido considerada determinante para a qualidade dessa relação (Benzein et al., 2008b). Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com as famílias, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam a seu envolvimento nos cuidados ao doente (Martins et al., 2010).

O estudo da atitude tem já tradição na área das ciências sociais e humanas, uma vez que constitui um fenómeno mensurável e capaz de mediar o pensamento e a ação. As décadas de 20 e 30 ficam marcadas pelos trabalhos de Thurstone e Likert, que desenvolveram as metodologias de medição materializadas nas escalas de atitudes. A utilização destes instrumentos trouxe um novo ímpeto à pesquisa social, pois os investigadores ligados às correntes positivistas, consideravam com validade científica, apenas estudos envolvendo fenómenos passíveis de mensuração. Esta técnica baseia-se no princípio de que é possível medir as atitudes através das respostas verbais dos indivíduos, ou seja, das opiniões e avaliações que efetuam acerca de uma determinada situação. Neste âmbito, colocam-se à disposição do sujeito uma série de proposições padronizadas, requerendo o seu grau de concordância com cada uma; o conjunto de respostas obtidas indica a direção e a intensidade da atitude em análise (Cunha, 2007).

A palavra atitude, pelo francês *attitude*, define-se enquanto demonstração de uma intenção, uma forma de agir. A atitude pode ser definida como “uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas” (Sousa, 2011).

As atitudes representam as capacidades de sentir, perceber e empreender do ser humano, dando significado à sua vida e assumem um papel de destaque na orientação e adaptação à sua circunstância (Rodrigues, 2013).

No seu modelo conceptual, Rosenberg e Hovland (1960) descrevem a atitude recorrendo a três tipos de variáveis: variáveis dependentes, variáveis intervenientes e variáveis independentes. Sugerem como variáveis dependentes a explicação verbal dos afetos e o funcionamento do sistema nervoso simpático; a perceção e a explicação das crenças e ainda as ações abertas e as explicações do comportamento. Nas variáveis intervenientes referem o afeto, a cognição e o comportamento. Como variáveis independentes e mensuráveis apresentam os estímulos.

As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma (Saraiva, 2009; Rodrigues, 2011). De um modo geral, conhecendo as atitudes de uma pessoa podemos prever o seu comportamento, a sua atuação e o seu desempenho (Saraiva, 2009). As atitudes têm um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, dado que representam o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, de sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que dá significado à sua existência (Rodrigues, 2011).

Na literatura encontram-se vários métodos para avaliar as atitudes, uns baseados nas respostas fisiológicas, outros na observação direta. A forma mais comum de avaliação das atitudes é através da aplicação de escalas tipo Likert onde os inquiridos manifestam a sua concordância/discordância relativa a cada atitude apresentada (Alves, 2011).

Exemplo dessas escalas é a Escala Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes (FINC-NA), concebida indutivamente a partir de uma revisão da literatura e testado com uma amostra de Enfermeiros suecos. Esta escala direciona-se para a avaliação da atitude dos Enfermeiros atendendo às variáveis intervenientes, referidas por Rosenberg e Hovland, que são a cognitiva (*eu penso...*), afetiva (*eu sinto...*) e comportamental (*no meu trabalho...*) e considera que o conceito de família inclui não só os seus membros, mas também pessoas significativas, amigos e vizinhos (Oliveira et al, 2009).

A adaptação desta escala para a população portuguesa foi realizada por Oliveira et al e implicou reajustes em várias componentes tais como no que concerne às dimensões. A escala original contém 4 dimensões, no entanto na validação e adaptação para Portugal adotaram-se apenas três. Estas dimensões são designadas de Família como parceiro dialogante e recurso de coping, Família como recurso dos cuidados de enfermagem e Família como um fardo (Oliveira et al., 2009).

Num contexto de prestação de cuidados de Enfermagem Martins et al., (2012) referem que “a família exerce um papel significativo” e que “é tantas vezes esquecida ou ignorada, ou (...) é apenas vista como um recurso”, reiteram que deve ser parte integrante de intervenção em saúde em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência, o que aponta para a relevância da relação entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar, como um fator indispensável ao cuidado integral da pessoa.

Segundo as mesmas autoras este esquecimento a que a família pode ser submetida deve-se não só a uma visão biomédica do cliente pela Enfermagem como à crença de que o estudo da família é de senso comum e não carece de aprendizagem levando à falta de formação base em cuidados à família.

As atitudes são influenciadas pelas vivências de cada profissional, pelos seus próprios conceitos de família e cuidados à família, neste sentido a tomada de decisão assim como o planeamento e implementação de cuidados à família está dependente das experiências vividas e dos próprios conceitos de cada Enfermeiro (Rodrigues, 2013).

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

Não sendo a família, por si só, capaz de dar uma resposta efetiva numa situação de doença, surgem os profissionais de saúde — particularmente os Enfermeiros, enquanto aliados com conhecimento profundo das necessidades de cada família, capazes de dar resposta quer às necessidades de cuidados quer à necessidade de adaptação a uma nova realidade (Rodrigues, 2013).

Em todos os contextos em que operam, os Enfermeiros direcionam a sua prática para a família com o intuito de intervir tanto na família como uma unidade como em cada um dos seus elementos em particular. (Figueiredo, 2009).

Rodrigues (2013) refere: “A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar”.

O mesmo autor reitera ainda que as atitudes são determinantes das decisões e das ações de cada ser humano, neste sentido a identificação das atitudes dos Enfermeiros face à família

permitirá conhecer quais as áreas passíveis de intervenção, para que a atuação dos Enfermeiros seja efetiva e dirigida.

As atitudes são a tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objeto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor (Duque, 2008).

Para Collière (1999), a atitude é a maneira de ser da enfermeira perante os doentes, é um conjunto de qualidades que a enfermeira manifesta, mas que resulta da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda.

Uma postura positiva perante a família implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo em situações de discordância de opinião reconhecem a importância do diálogo entre ambos e do envolvimento nos cuidados ao doente (Sousa, 2011).

A atitude que o enfermeiro adota face à família tem sido considerada determinante para a qualidade da relação enfermeiro/doente/família.

As atitudes positivas dos enfermeiros sobre as famílias dos pacientes são um pré-requisito importante para convidar e incluir as famílias nos cuidados de enfermagem e influenciar a qualidade da relação entre enfermeiros e famílias enquanto os enfermeiros com atitudes negativas são mais propensos a minimizar o envolvimento familiar (Åstedt-Kurki et al., 2001; Benzein et al., 2008). Os enfermeiros podem ter visões ambíguas em relação ao envolvimento familiar, onde veem as famílias como um recurso e um fardo. Tais visões são, por exemplo, refletidas na sua perceção de aumento de carga de trabalho ao envolver a família, ao mesmo tempo que necessitam da família como um recurso para a prestação de cuidados. Além disso, como os enfermeiros veem e reagem em relação às famílias parece ser moldado por experiências profissionais e pessoais e variáveis organizacionais (Blondal et al., 2014).

As atitudes dos enfermeiros em relação à participação das famílias nos cuidados estão vinculadas ao contexto e suas atitudes dependem do local onde trabalham (Benzein et al., 2008). As atitudes sobre as famílias têm sido exploradas mais extensivamente nos departamentos de pediatria, emergência e cuidados intensivos. A participação da família nos cuidados à criança é reconhecida como essencial para o atendimento de suas necessidades e para o bem-estar de toda a família (Angelo, 2014).

Segundo Benzein e colaboradores (2008) os enfermeiros que prestam cuidados em pediatria têm uma atitude mais positiva que os profissionais que trabalham em unidades de cuidados

com doentes em fase aguda. A mesma autora refere que a atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, reconhecendo que uma atitude de suporte favorece um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre enfermeiro e família.

Um estudo de interação entre membros da família de doentes adultos e pessoal de enfermagem constatou que os enfermeiros consideram a família importante. No entanto, na maioria dos casos, as interações consistiram em troca de informações com os enfermeiros, que geralmente esperavam que a família iniciasse a comunicação. Cerca de dois terços das enfermeiras sentiam que os membros da família complicavam o trabalho e aumentavam a carga de trabalho (Åstedt-Kurki et al., 2001).

O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com ferramentas e habilidades que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família.

A atitude pode ser definida como uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas, sempre que a pessoa é posta perante um objeto, ideia ou atividade. Estas reações emotivas levam o indivíduo a aproximar-se desse objeto e a ser favorável, ou a afastar-se sendo-lhe desfavorável (Mourissete e Gingras, 1999). As atitudes são determinantes sobre o que o indivíduo irá gostar ou detestar, o que fará nesta ou naquela circunstância particular, a maneira como se relacionará com os outros, ou como irá reagir aos acontecimentos que surgirem na sua vida.

Pensar, sentir e agir, são a base do processo atitudinal Lambim (2000, p. 95) refere que “a atitude apoia-se num conjunto de informações referentes ao objeto avaliado e progressivamente acumuladas pelo indivíduo (componente cognitiva), a atitude é orientada, dado que exprime uma avaliação positiva ou negativa em relação ao objeto (componente afectiva), a atitude é dinâmica e é uma predisposição para a ação; como tal é um vaticínio do comportamento (componente comportamental)”.

De um modo alternativo, a perspectiva cognitivista centra-se na ideia de que a informação (crença) que a pessoa tem sobre um objeto, determinará a formação da sua atitude (Alcobia, 2001). A influência da escola e da formação contínua é tida como essencial, dado que atitudes aprendem-se e devem ser ensinadas. Nesta lógica, um enfermeiro com conhecimentos na área da enfermagem de família, apresenta uma atitude mais favorável à participação dos familiares nos cuidados. Estudos realizados por Park (2010) em instituições de saúde confirmam o efeito da formação sobre a capacidade dos profissionais em lidar com a família. Por outro lado, Wright e Leahey (1990) confirmam que a resistência de alguns enfermeiros em aderir a uma

abordagem centrada na família relaciona-se com o facto de existirem lacunas nos programas de formação. Muitos profissionais trabalham há vários anos em hospitais junto dos doentes e famílias, sem nunca terem tido contacto com o conceito família cliente/foco de cuidados.

A origem das atitudes sofre ainda uma nítida influência contextual, sendo atribuída à sociedade a responsabilidade de inculcar ou modificar as atitudes e interesses dos seus elementos. Destaca-se a família no seu papel modelador da atitude das crianças e mais tarde, já na adolescência, a importância do grupo de pares. A atitude é um meio da pessoa se identificar com o grupo e de se fazer aceitar. Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, ao encontrar uma atitude de suporte às famílias por parte dos seus colegas, certamente irá adotar no desenvolvimento do seu trabalho, uma atitude semelhante. Os estudos mais recentes que procuram conhecer a influência do contexto na atitude dos enfermeiros tem produzido resultados ambíguos.

A mudança de atitudes dos profissionais é com frequência um objetivo a alcançar numa instituição. A atitude é considerada um conceito estável, que não é fácil de modificar na idade adulta. Os indivíduos, naturalmente procuram manter a consistência entre as componentes cognitiva, afetiva e comportamental que fazem parte da atitude, no entanto, de tempos a tempos as inconsistências acontecem, originando um estado de dissonância cognitiva (Festinger e Carlsmith, 1959), que se caracteriza por ser muito desagradável, sentindo-se o indivíduo fortemente motivado para alterar de forma célere essa situação. Este pode optar por introduzir mudança nas componentes inalteradas, tornando-as consistentes com a que se modificou inicialmente e assim assumir uma nova atitude. Em alternativa, pode decidir aproximar a componente que se alterou das restantes, mantendo a atitude inicial.

Para se desenvolver nos indivíduos sentimentos de dissonância é possível recorrer a técnicas de persuasão. É possível destacar quatro fatores que influenciam a eficácia dos processos de persuasão: a fonte da mensagem – quanto mais credível for o comunicador, maior é a influência exercida sobre o recetor; a natureza da mensagem – ao apresentar-se clara e objetiva reforça a credibilidade; a percepção do recetor – indivíduos com baixa auto-estima são facilmente persuadíveis, enquanto pessoas com atitudes extremas face a um objeto são mais resistentes à mudança; por último, o efeito *boomerang*, que acontece quando os indivíduos ao sentirem que estão a ser pressionados, adotam posições opostas aos objetivos do emissor (Alcobia, 2001). Imagine-se o exemplo de uma equipa de enfermagem, onde a chefia anuncia que em determinada data existe obrigatoriedade de incluir os familiares dos

doentes nos cuidados. Esta decisão, não sendo precedida de formação e sensibilização dos profissionais, pode conduzir a uma atitude negativa dos enfermeiros perante a família, propiciar elevados níveis de *stress* e o despoletar sistemático de situações conflituais entre as partes. O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com instrumentos e habilidades que os ajudarão a atuar de uma nova forma perante a família.

Considera-se essencial que o enfermeiro assuma uma postura e um exercício profissional responsável e contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e da profissão. Destaca-se o contributo das estratégias experienciais, promotoras da aprendizagem que permitirá o agir profissional competente nas práticas de cuidados às famílias enquanto unidade, refletindo-se portanto, na mobilização, integração e na transferibilidade do conhecimento para a ação. Neste contexto, a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen (2001), a formação deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços que lhe permitam uma prática refletida mais portadora de sentido. O MESCSF maximiza o bem-estar da família e promove a sua capacitação prescrevendo e implementando intervenções com rigor técnico/científico que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar. (OE, 2011)

A riqueza das experiências e vivências proporcionadas ao longo deste percurso suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que dão lugar a uma prática de Enfermagem de Saúde Familiar de Excelência. O desafio do MESCSF, baseado no fortalecimento da família como cliente, das suas capacidades, competências e recursos, requer visão. Segundo o Regulamento dos PQCEESF, em relação à visão, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar será o profissional de referência que garante o acompanhamento da família ao longo do ciclo vital. O enfermeiro necessita de mobilizar todo um conjunto de competências académicas, experienciais e habilidades pessoais, para valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Neste sentido, a comunicação em saúde torna-se um elemento cada vez mais importante na capacitação das famílias.

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

A par com a componente teórica do MESCFSF, emerge a componente prática do mesmo através da frequência dos EC. Estes têm como função uma prática reflexiva na aquisição de competências especializadas, através do investimento nas várias áreas do saber.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019, p.4744):

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Através das experiências e situações vivenciadas e do conhecimento adquirido, juntamente com o conhecimento científico e reflexão crítica foi possível o crescimento pessoal e profissional que culmina com o desenvolvimento das competências referidas neste relatório. Os objetivos propostos para os EC são enquadrados com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista bem como nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar tendo como base legal o Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e o Regulamento n.º 428/2018 - Anexo 1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (2018) respetivamente. Assim, o processo de aquisição de competências desenvolvidas ao longo dos vários EC foi baseado nestes dois referenciais e este relatório é assim organizado da mesma forma.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

A exigência atual dos Cuidados de Saúde e nomeadamente dos Cuidados de Enfermagem traduz a necessidade destes profissionais na reunião de saberes e competências mais

específicas e exigentes culminando num processo de aquisição de competências que lhe conferem a capacidade de um Cuidar Especializado.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745)

Ainda segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) as esferas de ação destas competências assentam em quatro domínios fundamentais: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA, PROFISSIONAL E LEGAL

Situam-se neste domínio, das áreas de competências comuns dos enfermeiros especialistas, as seguintes competências:

“- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8649)

Segundo o mesmo regulamento, o profissional de enfermagem especialista deve demonstrar superior capacidade de tomada de decisão ética, numa grande variedade de situações, refletindo o conhecimento e a experiência na qual o juízo emitido se baseia.

A Ordem dos Enfermeiros (2001), nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, conceptualiza a tomada de decisão como um processo sistematizado em que este profissional efetua a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem à pessoa, família (grupo) ou comunidade, definindo as intervenções para com o problema identificado. Estas intervenções são prescritas como forma de evitar complicações, detetando precocemente potenciais riscos e resolvendo ou minimizando os reais problemas do utente. A tomada de decisão do enfermeiro é um processo que, no seu todo, orienta o exercício autónomo da enfermagem, sendo que na fase de execução das intervenções este profissional incorpora na sua prática clínica todo o resultado do seu estudo e investigação.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considero que os objetivos propostos ao longo do EC foram alcançados. A Ordem dos Enfermeiros (2012,

p.10) refere que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”. O Código Deontológico dos enfermeiros enuncia ainda que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (OE, 2015, p. 8078)

A base da deontologia em enfermagem tem como fundamento ético a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Desta forma, considero que desenvolvi uma prática profissional e ética em toda a minha atuação e promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Por outro lado, a tomada de decisão ética é o pilar na aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Nunes, 2004 citado por Morgado et al. (2014, p. 114) refere que: “A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Existe um campo de reflexão próprio ao agir dos enfermeiros que nasce da nossa prática e das preocupações profissionais que se refere àqueles a quem prestamos cuidados denominado “Ética de Enfermagem”.

Nos ensinos clínicos desenvolvidos os registos foram realizados com recurso a aplicativos informáticos através do sistema informático denominado SClínico®. Silva (2007) refere que independentemente da aplicação informática, os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação. Na mesma linha de pensamento, Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010) sublinham também que os principais benefícios do processo informatizado são a maior confidencialidade, segurança e facilidade em obter informação, uma vez que esta pode ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

O EE deve ter a capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados de saúde que diariamente suscitam dúvidas, dilemas éticos, adequando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Nesse sentido, no decorrer dos Ensinos Clínicos foi demonstrada responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem e na participação ativa na tomada de decisão em equipa, cumprindo com os diversos artigos do Código

Deontológico do Enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). Considera-se que a conduta foi pautada no sentido do respeito pelo utente, pelas suas vontades e crenças, promovendo o seu bem-estar, conforto, estabilização, dignidade, privacidade e o respeito pela sua intimidade.

Nos EC participou-se em tomadas de decisão, conjuntamente com os enfermeiros orientadores e consequentemente com a restante equipa multidisciplinar, fazendo valer para isso a colheita de informação, diagnósticos de enfermagem e a avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas.

3.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Neste domínio de competência comum do Enfermeiro Especialista, surgem 3 competências individualizadas, segundo o Regulamento n. 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p. 8649):

“- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.”

No quotidiano das instituições de saúde a temática da qualidade dos cuidados é omnipresente. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 5) ao redigir as orientações na forma de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, objetiva a “implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das instituições de saúde.” O mesmo autor, reforça o carácter multidisciplinar na procura da qualidade em saúde, sendo que a sua obtenção não é exclusivamente dependente da ação do enfermeiro, mas é de vital importância o exercício profissional e o esforço do enfermeiro.

No próprio código deontológico do enfermeiro, este profissional tem como dever a procura da excelência e qualidade do exercício profissional. No mesmo documento regulador, a Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 91) determina que o enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”.

A prática baseada na evidência possibilita aos enfermeiros uma visão de desafio na prestação responsável de cuidados de saúde. Abre horizontes no sentido de rever e procurar diferentes formas de atuação, sendo sempre norteados pela excelência do cuidar (Pinto, 2013). A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o

correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias.

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes se constituam num instrumento importante que ajude a precisar o papel do EE junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Segundo o Despacho n.º 1400-A de 2015 é um direito do cidadão o acesso a cuidados de saúde de qualidade, pois é-lhe reconhecida a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados prestados, já que a segurança é um aspeto primordial para a confiança dos doentes no sistema de saúde. Já o enfermeiro deverá procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, e visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua principal missão incide em potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Neste sentido, as prioridades estabelecidas obrigam ao reforço das seguintes ações: melhoria da qualidade clínica e organizacional através da promoção para a saúde, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015).

Integrado na Estratégia Nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde e constitui-se como um

instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos (DGS, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 pretende atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

A avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários (ACSD-CSP) deve realizar-se nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nas Unidades Locais de Saúde (ULS). Os dirigentes dos ACES e ULS, através das comissões da qualidade e segurança (Despacho nº 3635/2013), são responsáveis pela promoção da avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários. A avaliação da implementação da presente norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa. A efetividade da implementação da presente norma nos cuidados de saúde primários e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde. (DGS, 2019)

Com o objetivo de uma melhoria de qualidade constante e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro, os enfermeiros da instituição onde foram realizados os EC têm como objetivo primordial a segurança do doente, baseando a sua prática em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar.

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas disciplinares ou de reclamações, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam ainda a garantia da confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada. A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e as vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. Contudo verifica-se a existência de

uma subnotificação de incidentes de segurança, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, 2015).

Para que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem possam ser atingidos pelos serviços, é de relembrar a importância da gestão dos recursos humanos e materiais, pois sem uma correta gestão não é possível a prestação de cuidados com elevada qualidade. Sendo que, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que conduzam ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A formação em serviço é cada vez mais reconhecida como um instrumento de atualização científica e melhoria da qualidade de cuidados. Contudo, este processo não pode resumir-se à simples passagem de informação, o mais importante são as implicações na prática diária e a atualização dessa prática com base na evidência científica. A busca da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. Durante o EC houve a oportunidade de realizar uma formação com o intuito de refletir em conjunto sobre as configurações familiares, enfermagem de família, avaliação familiar e sistemas de informação para melhorar os resultados de saúde familiar.

Foram várias as reflexões, partilha de experiências e artigos científicos com os enfermeiros orientadores, permitindo assim uma troca ativa de conhecimentos, contribuindo para a melhoria contínua de cuidados e para a pesquisa de novos conhecimentos e novas evidências científicas na busca da melhoria dos cuidados de enfermagem.

3.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Este domínio envolve sempre duas competências, segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros:

“- Gestão dos cuidados e otimização da resposta dos enfermeiros e restantes profissionais da equipa, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.

- Adequação do estilo de liderança à situação, gerindo os recursos à necessidade de cuidados, objetivando a qualidade dos cuidados.”

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a

obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O enfermeiro com competências ao nível da gestão desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência com vista à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações (Regulamento n.º76/2018).

Para que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem possam ser atingidos pelos serviços, é de relembrar a importância da gestão dos recursos humanos e materiais, pois sem uma correta gestão não é possível a prestação de cuidados com elevada qualidade. Sendo que, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que conduzam ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No que respeita a este domínio o facto de ter a oportunidade de acompanhar de perto a Enfermeira coordenadora da UCSP de Alvaiázere permitiu perceber como é realizada a gestão dos stocks, mas principalmente a gestão dos recursos humanos e materiais. Permitiu também perceber a dinâmica da gestão do stock de vacinas e recursos humanos para proceder à vacinação contra a Covid 19.

Cada vez mais estas instituições tendem a ser baseadas em metas, projetos, indicadores e objetivos, e como não poderia também deixar de ser na prestação direta de cuidados, o que permitiu conhecer de forma mais clara e objetiva o modo de funcionamento e articulação dos recursos, e como é feita a referenciação dos utentes para a RNCCI.

Ainda no que à gestão diz respeito, o facto de ter sido possível desenvolver competências nesta área ao longo dos três módulos e a “obrigatoriedade da ação no terreno” contando por vezes com algumas limitações como as longas distâncias a percorrer para dar resposta eficaz a todas as necessidades contribuiu, sem sombra de dúvida, para perceber a grande importância que existe no correto planeamento e agendamento das visitas domiciliárias, facto este que foi importante para o crescimento pessoal e profissional.

3.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio de competência comum do Enfermeiro Especialista, surgem 2 competências individualizadas, descritas no Regulamento n. 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011):

“-Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade;

-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

No decorrer dos Ensinos Clínicos foram vários os momentos que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Assim como a pesquisa bibliográfica se revelou enriquecedora no processo de aprendizagem, as reflexões e partilha de experiências com os Enfermeiros Orientadores e outros Enfermeiros da UCSP de Alvaiázere, que mostraram permanente disponibilidade, tornaram-se bastante enriquecedoras. Clemente (2013) refere que na prestação de cuidados, a formação, assume um papel crucial e permite ganhos substanciais em saúde. A melhoria contínua dos cuidados prestados associados à mudança da prática, é visivelmente uma dessas vantagens.

Ao longo dos ensinos clínicos, houve um esforço por colocar em prática todo o potencial, quer ao nível de conhecimentos teóricos desenvolvidos, como ao nível da relação interpessoal e ao nível da gestão de sentimentos e situações geradoras de stress. Nesse sentido, foi fundamental mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso e realizar pesquisa bibliográfica no sentido de adquirir e aprofundar conhecimentos. Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos como pessoas, como profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Ao longo dos ensinos clínicos foi adquirida e desenvolvida uma quantidade significativa de novos conhecimentos científicos, que se revelaram como basilares no processo de desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, uma vez que me permitiram refletir acerca das mais recentes normas, *guidelines* e orientações científicas desenvolvidas como norteadoras da prestação de cuidados de saúde à família. O contacto com as equipas onde foram desenvolvidos os EC revelou-se um grande contributo para a formação profissional, pela aquisição de um vasto leque de conhecimentos e experiências bem como um aperfeiçoamento de competências.

No que se refere à prestação de cuidados ao longo dos três módulos foi possível desenvolver novos conhecimentos atuando ao longo de todo o ciclo vital, no sentido de prevenir a doença, assim como de promover a readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência nas atividades de vida e adaptação funcional e multifactorial através

de processos de aprendizagem. Houve a oportunidade de ajudar a pessoa e família a gerir os recursos da comunidade e promover a aprendizagem como forma de lidar com os desafios de saúde. (OE, 2004) Estes objetivos foram alcançados em conformidade com os programas nacionais de saúde em vigor, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pelo Conselho de Enfermagem (CE) da OE (2001), intervindo nas áreas de saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso. Deste modo, foram desenvolvidos conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem tendo por base programas de saúde transversais a todo o ciclo vital, programas destinados a fases específicas do ciclo vital e programas específicos para situações de vulnerabilidade. Um outro aspeto de relevo no que diz respeito à prestação de cuidados prende-se sem dúvida com o aumento dos conhecimentos relativos ao Plano Nacional de Vacinação e ao tratamento de feridas.

Para além de tudo isto, foi demonstrada capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar. Ao mesmo tempo proporcionou uma capacidade de reflexão sobre os cuidados prestados, de forma a adequar os cuidados às novas e diferentes situações que surgem a todo o momento na prática dos cuidados na comunidade.

Por fim, de referir que no que diz respeito à reflexão a fazer sobre o conhecimento e os cuidados prestados, há que salientar, o enorme papel que o contacto direto com a prática dos cuidados na comunidade permitiu perceber de forma mais clara e objetiva a forma de articulação dos cuidados e a referenciação dos utentes, que sem dúvida, me permitirão prestar cuidados mais eficazes no futuro.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Considera-se essencial que o enfermeiro assuma uma postura e um exercício profissional responsável e contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e da profissão. Destaca-se o contributo das estratégias experienciais, promotoras da aprendizagem que permitirá o agir profissional competente nas práticas de cuidados às famílias enquanto unidade, refletindo-se portanto, na mobilização, integração e na transferibilidade do conhecimento para a ação. Neste contexto, a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen (2001), a formação deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com

base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços que lhe permitam uma prática refletida mais portadora de sentido.

O EMESCSF maximiza o bem-estar da família e promove a sua capacitação prescrevendo e implementando intervenções com rigor técnico/científico que visem a facilitação de mudanças no funcionamento familiar, sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar (OE, 2011). Wright e Leahey (2009) fazem distinção entre dois níveis da prática de enfermagem de família, designando-os como dois níveis de especialização: generalistas e especialistas. No primeiro nível, concetualizam a família como contexto, em que o enfoque é dirigido ao indivíduo no contexto da família, ou aos membros da família como contexto e suporte para o indivíduo. O segundo nível requer a especialização em enfermagem dos sistemas familiares, correspondendo à prática avançada de enfermagem de família. Alicerçada no pensamento sistémico as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea. O cliente passa a ser o sistema familiar, tornando-se a família a unidade de intervenção.

Sendo um dos objetivos deste relatório uma análise do percurso no desenvolvimento de novas competências, neste capítulo será documentado o percurso de aprendizagem, realizando a descrição das atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de competências exigidas e a autorreflexão sobre as mesmas.

A UCSP de Alvaiázere e a sua equipa multidisciplinar, enquanto contexto de estágio, foram facilitadores do processo de aprendizagem. A equipa multidisciplinar permitiu uma boa integração, manifestando disponibilidade e aceitação, principalmente a equipa de enfermagem e em concreto a Enf.^a Isabel Godinho que supervisionou a experiência de aprendizagem.

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

Considerando a família como unidade de cuidados, foi promovida a sua capacitação focando a família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Foi estabelecida uma relação com as famílias para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. Esta competência foi possível de trabalhar em contexto direto de contacto com as famílias, através de visitas domiciliárias (avaliação familiar) e consultas de vigilância. A riqueza destas experiências foi maior pela partilha e

discussão de planos e resultados com a Enfermeira Orientadora. As famílias demonstraram uma grande confiança com a sua Enfermeira de Família e com outros enfermeiros da equipa da UCSP, o que facilitou a presença como estagiária no seio familiar de modo a conseguir realizar o estudo familiar. Estabeleceu-se uma relação colaborativa, não hierárquica, respeitando a competência da família na tomada de decisões, gestão da sua vida e na abordagem da doença, reconhecendo a experiência de todos os seus membros. As famílias foram abordadas com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades reconhecendo a experiência de todos os membros e estímulo à família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma.

Verificou-se que o diálogo e disponibilidade para com a família e vice-versa facilitou o processo terapêutico de modo a auxiliar a família nos processos de crise. Promoveu-se uma comunicação interpessoal e da informação com a família, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica. Estabelecido diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde, seguindo o ponto de vista da mesma e reforçados os pontos fortes da família no âmbito da saúde, foi possível perceber que os desafios variam com a família e contextos de cuidados, representando um desafio para Enfermagem no sentido de ser necessário adotar abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos e que visem mais e melhor saúde da família e de seus membros. Constatou-se que é necessário possuir boas competências comunicacionais, ponto esse que levou à necessidade de refletir com a supervisora sobre estratégias para abordar determinadas famílias.

A abordagem colaborativa, a criação de um ambiente seguro, o conhecimento das famílias, assim como a confiança da mesma na Enfermeira de Família revelaram-se como fatores facilitadores na interação com as famílias estudadas, o que é facilitador da recuperação do seu bem-estar perante a crise atual que vivencia. Foi realizada a avaliação, no contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento, selecionaram-se famílias vulneráveis para a aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família em contexto de consulta de enfermagem domiciliária ou em ambulatório. A metodologia utilizada foi a avaliação familiar, com recurso às estratégias de observação e entrevista. Percecionou-se a existência de perguntas bastante pessoais, que quando a relação de confiança não está estabelecida, as mesmas não são respondidas, ou são respondidas sem a veracidade pretendida.

Foram colhidos dados pertinentes para o estado de saúde da família de forma a integrar

informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não – verbal, utilizando os instrumentos de avaliação familiar para identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida. No que diz respeito à família, cada família só dá a conhecer de si o que quer que se conheça. E, por vezes, a complexidade, a maneira como se organizam e as relações estabelecidas entre os seus membros são difíceis de identificar/percecionar se a família não quiser partilhar, ou se não houver uma relação de confiança previamente estabelecida. Inicialmente, foi sentida dificuldade devido à falta de proximidade e de ser um elemento estranho às famílias que prestava cuidados. No decorrer dos EC, com a proximidade que se foi criando, a continuidade de cuidados e a relação de confiança estabelecida considera-se que essa dificuldade foi ultrapassada, não criando obstáculos no desenvolvimento destas competências.

Foram aplicados os instrumentos de avaliação familiar para estudo de Avaliação Familiar, métodos, modelos e escalas que orientem para a colheita de dados e o planeamento de intervenções como o Modelo de Calgary e alguns instrumentos de avaliação: - Genograma, - Ecomapa, - Escala de Barthel, - Escala de Braden, - Escala de Morse, - Escala de avaliação social de graffar - Escalas de APGAR Familiar de Smilkstein, -Escala FACES II adaptada, - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que permitiram reforçar essa mesma avaliação familiar.

Foi identificada a sua estrutura (subsistemas, limites e normas), e percebeu-se os padrões de interação entre os seus elementos e com outros sistemas recorrendo a instrumentos de avaliação válidos (ex.: genograma, ecomapa, mapa familiar) em paralelo a observação ativa da dinâmica familiar. Tendo como base os conceitos da Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da comunicação e Parâmetros de diagnóstico de Minuchin (estrutura da família, desenvolvimento da família, maleabilidade do sistema, ressonância à individuação e funções do sintoma), e as crises normativas relacionadas com as etapas do ciclo vital de acordo com a Teoria de Duval. Os problemas foram priorizados e identificados de acordo com a percepção da família e sobre a importância da sua resolução mobilizando os recursos e forças da família para a maximização do seu potencial de saúde, promovendo a aquisição de novas competências. Foi avaliada a capacidade da família para se manter unida e agilizados processos de mudança apoiando todos os seus membros na sua interação com o meio ambiente.

Com vista a desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, e realizando pesquisa bibliográfica colaborou-se com a família no desenvolvimento de um

plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma e analisando como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. A avaliação familiar foi realizada em transições normativas das diferentes fases do ciclo vital sem riscos diagnosticados (primeira consulta de saúde materna e saúde infantil) e, ainda, em transição saúde-doença (diagnóstico de doença oncológica e de demência) e em algumas situações de doença crónica relacionadas com estilos de vida (diabetes, hipertensão e obesidade infantil). A execução das mesmas permitiu um conhecimento aprofundado das famílias a que se prestava cuidados e das famílias que se pretendiam conhecer.

Neste âmbito, realizou-se a avaliação familiar utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, e discutido a matriz operativa da família com a Enfermeira orientadora, bem como as intervenções. Foram elaborados Diagnósticos de Enfermagem e aplicadas algumas das Intervenções de Enfermagem de acordo com as necessidades da família e de acordo com a CIPE capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde.

Foi criado um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis e utilizado um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar, consultando a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde. Foi estimulada a valorização das componentes afetivas e espirituais da família como recurso interno na resposta às transições familiares, facilitando a reflexão sobre o sentido da vida, de modo a estabelecer com a família as intervenções para os problemas identificados, que permitiam o fortalecimento da capacidade funcional da família.

Assim todas estas novas experiências vivenciadas, permitiram ter uma visão mais ampla de como Cuidar de uma família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, o permitiu um envolvimento de forma ativa e intencional na prática de enfermagem familiar. Procurou-se orientação/cooperação a fim de melhorar a prática em enfermagem de saúde familiar, com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. A experiência de acompanhar diferentes Enfermeiras nas suas diferentes funções, foi um contributo significativo para conhecer dinâmicas e condicionantes relacionadas com a prestação de cuidados, gestão de material e coordenação.

Por reconhecer a riqueza dos contributos das diferentes enfermeiras, de forma pró-ativa, participou-se em consultas de enfermagem no âmbito dos vários programas de saúde com

diferentes equipas de saúde, acompanhando as enfermeiras. O contexto de visita domiciliária (VD) permitiu também perceber os recursos e as forças da família, de forma a capacitá-la para a satisfação das necessidades identificadas, uma vez que, este contexto facilita o conhecimento da família e a forma como esta se organiza no seu ambiente de desenvolvimento. Em contexto de ambulatório, nas consultas programadas de vigilâncias e nos tratamentos continuados, procurou-se estabelecer uma relação de proximidade com os elementos da família de forma individual e coletiva e sempre que existia outro elemento da família, tentou-se envolvê-lo no processo de saúde/doença do seu familiar. No entanto, foi difícil envolver a família, uma vez que a maior parte dos utentes em contexto domiciliário se encontravam apenas acompanhados por uma pessoa, que nem sempre era membro da mesma (ou considerado como tal) e os utentes aos quais foram prestados cuidados de enfermagem em contexto ambulatório deslocavam-se sozinhos à UCSP.

Nas consultas de vigilância programadas, nomeadamente nas consultas de diabetes, nas consultas de saúde materna e nas consultas de saúde infantil foi incentivada a presença de outro elemento da família e verificou-se nas consultas seguintes a presença do mesmo. Nas consultas de diabetes, reconheceu-se em várias situações que era necessário o cônjuge (pessoa que confeciona as refeições) estar presente nas consultas, para que fosse possível negociar um contrato de saúde e modificar comportamentos. Nas consultas de saúde materna as grávidas apresentavam-se maioritariamente sozinhas, incitou-se à presença do pai nas consultas seguintes para que o acompanhamento da gravidez e a sua promoção fosse partilhada pelo casal. Nestas consultas foi onde se verificaram as maiores mudanças significativas, nomeadamente a presença do pai nas consultas seguintes e o seu envolvimento na consulta, quando questionando. Este facto pode ser justificado pela periodicidade com que se efetuam as consultas nesta área. Na realização das consultas de saúde infantil reconheceu-se a importância da presença do pai e da mãe para que ambos se envolvessem no desenvolvimento saudável do seu filho (prevenção de acidentes, hábitos de vida saudáveis, atividades promotoras).

Ao longo de todo o estágio foi possível refletir e partilhar resultados, nomeadamente relativos à avaliação familiar e focos de atenção tanto no processo familiar desenvolvido como nas consultas de vigilância, partilha feita após consultas de enfermagem de forma oportunista com toda a equipa, em particular com a Enfermeira Orientadora. Foi desenvolvida uma formação interna relativa às novas configurações familiares.

Foi formalizada a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de

enfermagem, avaliando a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e integrando a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, de modo a adotar decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família com base na evidência científica. Após a elaboração do plano de cuidados com a família, foram monitorizados os resultados perante as intervenções implementadas e renegociando ou reajustando a implementação de novas intervenções de acordo com a identificação de necessidades e forças da família (Apêndice V- Processo Familiar).

O desenvolvimento do Processo Familiar através de visitas domiciliárias ou das consultas de enfermagem, foram determinantes para perceber oportunidades de mudança das famílias em estudo e assim desenvolver um processo de enfermagem adaptado. A avaliação, diagnóstico, intervenções e avaliação de resultados não foram desenvolvidos de forma rígida e sequencial, mas sim sistematizada e oportunista, dando resposta às expectativas das famílias e, ao mesmo tempo, recolhendo informações relativas à estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Assim, foi possível levantar focos adequados, perceber os problemas percebidos pela família e intervir num processo colaborativo no sentido de desenvolver potencialidades da mesma para dar resposta aos seus problemas numa perspetiva sistémica.

Ao longo dos EC também se constatou a importância de a família ser aliada dos profissionais de saúde na arte do cuidar, evidenciando-se a capacitação da família, otimizando os recursos e as forças que dispõe para gerir a sua saúde. Percecionou-se a pertinência da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiares, na prática em contexto real de cuidados de enfermagem de saúde familiar, assim, como algumas limitações que se realçam, a disponibilidade de tempo deficiente, a dificuldade na documentação nos sistemas de informação, a exigência de treino em relação à entrevista familiar e o facto de a família ser uma estrutura que está em constante mudança e evolução.

Em síntese, os objetivos delineados e as competências que era necessárias desenvolver, confirmaram a necessidade de formação que sentia neste específico domínio da enfermagem para desempenhar funções de EF e não ser uma mera designação atribuída devido à reestruturação dos CSP. Reconhece-se desta forma a pertinência e a necessidade de formação inerente à saúde familiar para todos os profissionais que desempenham funções nesta área. Constatou-se a importância de uma relação de confiança, pois foi difícil a adaptação diária a relações/situações sem qualquer tipo de contextualização. Salienta-se assim a importância

das competências relacionais em paralelo com as competências técnicas para cuidados de enfermagem de saúde familiar atualizados e de qualidade.

É essencial uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica, impulsionando a maximização das suas forças, recursos e competências, bem como a sua capacidade de decisão na gestão do seu funcionamento, segundo a pedra angular do estilo colaborativo. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, focando as respostas da família aos seus problemas. Torna-se pois impreterível a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição (Figueiredo, 2009).

A teoria das transições trata-se de uma teoria de médio alcance com ênfase em fenómenos de enfermagem que refletem a prática clínica e o processo de enfermagem, segundo a premissa de que uma transição não é uma simples mudança, tratando-se de um processo através do qual a pessoa se capacita a integrar a mudança na sua vida. Pelo que uma transição eficaz acontece quando o sentimento de insegurança, stress ou desajuste é substituído por bem-estar e sapiência relativamente a determinada situação ou acontecimento. Participar num processo de transição que leve à mestria implica a aquisição de conhecimento, participação em redes de suporte social, manutenção ou desenvolvimento de estreitas relações com outros e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através do desenvolvimento do auto-conhecimento (aumentando a resiliência) (Meleis, 2005).

A natureza das transições encontrada nas famílias cuidadas em contexto de ensino clínico, eram de tipo situacional. De relevar que os processos de transição possuem propriedades transversais e comuns, nomeadamente a consciencialização, o envolvimento, a mudança, tempo de vida e eventos críticos. Tendo em conta que existem fatores facilitadores da transição a nível pessoal (significado pessoal, crenças e atitudes, status sócio-económico, conhecimento e capacidades) e social (recursos da comunidade, sociedade), pretendeu-se intervir nas famílias maximizando os fatores facilitadores. Assim sendo, foi possível capacitar as famílias através da promoção da saúde, esclarecendo dúvidas direcionadas às suas necessidades, foi também possível rentabilizar os recursos disponíveis na comunidade, encaminhando as famílias para a sua utilização, bem como o desenvolvimento de intervenções específicas.

O final do processo de transição é determinado pela aquisição de estratégias e

comportamentos no processo de transição para papel de prestador de cuidados na família, sendo o resultado conjunto de capacidades adquiridas anteriormente e das capacidades e competências aprendidas ao longo do processo de transição atual. O desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com as famílias cuidadas foi a estratégia desenvolvida para facilitar o desenrolar do processo transicional em que se encontravam, alcançando o *Coping* das famílias.

O enfermeiro de família deve ser um elemento de referência tanto como fonte de informação, como agente mobilizador e de ligação entre a família e os recursos existentes e mais adequados para dar resposta em cada caso. Sempre que o enfermeiro facilita o processo de transição de uma família está a capacitar a família numa situação de crise, dando-lhe ferramentas e trabalhando com a família para atingir uma situação de resiliência, originando processos de *Coping* familiar. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve ser uma ponte de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, ao longo dos estágios foram desenvolvidos esforços para a continuidade dos cuidados e referenciação a outros profissionais, recursos da comunidade, família extensa e a redes de suporte, sempre que necessário.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve maximizar o bem-estar da família, promovendo a capacitação da família para suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais um dos seus membros é dependente. Pelo que ao longo do ensino clínico realizaram-se intervenções de enfermagem que contribuíram para a capacitação da família e o seu bem-estar, face aos problemas identificados e diagnósticos formulados nas áreas de atenção da dimensão estrutural e de desenvolvimento. A realização de educação para a saúde, desenvolvida nas diversas dimensões e dependendo das necessidades das famílias, foi a estratégia utilizada mais frequentemente permitindo a capacitação da família.

3.2.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Para a concretização deste objetivo enunciado nas competências formuladas pela OE (Regulamento n.º 428/2018, publicado in Diário da República, 2.ª série-no 135, 16 de julho

de 2018) foram desenvolvidas capacidades na gestão, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Foi realizada articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Promoveu-se a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família de acordo com as necessidades identificadas com a família, sendo por vezes necessário a referenciação da família para outros profissionais de saúde. Conheceu-se e compreendeu-se a dinâmica de organização da USCP de Alvaiázere e a sua articulação com as respetivas unidades de interação. Foi possível observar a referenciação de utentes/famílias para outros profissionais e para a rede nacional de cuidados continuados.

O sistema de cuidados de saúde da família foi gerido aos diferentes níveis de prevenção, participando no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar tendo sido criada e sustentada uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção e utilizando sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. Percebeu-se os registos padronizados que evidenciam os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem de família no SCLínico.

Foi integrada de forma pró-ativa a equipa de saúde e participou-se em atividades de gestão com a enfermeira coordenadora da unidade na monitorização de dados relativamente ao programa de saúde família. Foi selecionado uma família, para aplicação do MDAIF, foi aplicado a Matriz Operacional e Respetivas Escalas. Foi elaborado Diagnósticos de Enfermagem e aplicadas as Intervenções de Enfermagem. Foi realizado o preenchimento das respetivas escalas no processo familiar, bem como, manuseado o programa de referenciação para a rede nacional cuidados continuados integrados (para utentes dependentes que necessitam de reabilitação e/ou manutenção motora e/ou descanso do cuidador).

A riqueza das experiências e vivências proporcionadas ao longo deste percurso suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que dão lugar a uma prática de Enfermagem de Saúde Familiar de Excelência. O desafio do MESCFSF, baseado no fortalecimento da família como cliente, das suas capacidades, competências e recursos, requer visão. Segundo o Regulamento dos PQCEESF, em relação à visão, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar será o profissional de referência que garante o acompanhamento da família ao longo do ciclo vital. O enfermeiro necessita de mobilizar todo um conjunto de competências académicas, experienciais e habilidades pessoais, para

valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Neste sentido, a comunicação em saúde torna-se um elemento cada vez mais importante na capacitação das famílias.

Analisando este período formativo e atendendo aos objetivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se concretizam na forma de competências, foi atingido de uma forma global o desafio proposto, encarando a evolução de um modo gradual e favorável, vincada pela dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos certamente se farão ecoar num futuro próximo.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A enfermagem, enquanto profissão como é conhecida nos dias de hoje, percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal, terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação.

Collière (1999) afirma que é através da investigação em enfermagem que novos caminhos são oferecidos à disciplina, na medida em que surge como um meio para o reconhecimento dos serviços que são prestados ao cliente, bem como para identificar os fatores que os facilitam ou os impedem. Fortin (2009), em consonância, reconhece que a investigação científica consiste num processo sistemático, que visa validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática.

Observa-se, assim, que a investigação é fulcral para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes. Além disso, possibilita à enfermagem alicerçar-se e consolidar-se ao nível do saber e da ciência, permitindo-lhe demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, o que dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

A OE não fica alheia à importância da investigação, afirmando que "a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação" (2006, p.1).

Para a OE (2006), Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura desenvolver o conhecimento desta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Para isso, exige-se aos profissionais uma atitude de carácter reflexivo e de análise crítica, pois só equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrar alternativas adequadas à resolução dos problemas com que se debate no quotidiano (Martins, 2008).

Neste sentido, o artigo nº 88 do Código Deontológico da OE (2003) salienta, com vista a uma procura da excelência do cuidar, que o profissional de enfermagem tem como dever efetuar uma análise contínua e regular do trabalho e o reconhecimento de falhas que mereçam mudança de atitude e comportamentos.

Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2011b), no Domínio do Desenvolvimento Profissional, valoriza a investigação como

contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.

Neste sentido, observa-se que a OE assume, entre outras, a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem, compreendendo que a Investigação em Enfermagem é o pilar fundamental que permite o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, que melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde.

Para Fortin, "os conhecimentos adquiridos no decurso das investigações são tributários de diferentes metodologias que permitem descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos" (2009, p.6). A adoção pelo determinado método de investigação depende dos diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações da respetiva investigação.

No presente capítulo, serão descritas as opções e atividades metodológicas adotadas para a concretização do trabalho de investigação desenvolvido.

4.1. INTRODUÇÃO

Portugal tem sido pioneiro em muitas reformas nos CSP, nomeadamente ao ter considerado estes cuidados como a principal «porta de entrada» no sistema de saúde e consagrado o conceito de CS como elemento de base para a proteção e fomento da saúde nas comunidades. Este facto ocorreu em 1971, e só dois anos mais tarde, surge a orientação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento dos CSP como cuidados de primeira linha a serem prestados nos contextos onde as pessoas vivem, próximos das suas residências ou locais de trabalho.

A introdução destes conceitos, bem como a criação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, em 1971, que destaca o enquadramento social das atividades da saúde e da assistência à família, enquanto instituição básica do desenvolvimento integral do homem e a primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros, foi considerada a primeira reforma dos CSP em Portugal. Sete anos após a criação desta lei, no ano 1978, realiza-se a Primeira Conferência Internacional sobre CSP em Alma-Ata, tendo daí resultado a visão dos CSP, como assistência essencial, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. Em 1983, surge outro marco importante na organização dos CSP em Portugal: a criação dos CS de segunda geração, definidos como unidades prestadoras de cuidados

primários dirigidos ao indivíduo, família e comunidade, onde é privilegiada a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes.

Em Portugal, apesar de não ter sido posta em prática, foi prevista outra reestruturação dos CSP em 1999, com a criação dos CS denominados de terceira geração e a integração do conceito de USF. Um ano após a publicação desta legislação, realizou-se em Munique a Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS-Região Europeia, onde se perspetivou o enfermeiro como *pivot* central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (World Health Organization, 2000). Nas políticas de Saúde Para Todos No Século XXI (OMS, 2003) é também evidenciado o papel do enfermeiro de família, nomeadamente, na Meta 15, onde é defendida a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com ênfase mais forte nos CSP, designando-se o enfermeiro de saúde familiar, o profissional de saúde responsável por proporcionar a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários. A mais recente reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, volta a dar ênfase às USF e às equipas multiprofissionais de saúde, com a reconfiguração dos CS e implementação das USF. Nestas unidades, foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família, como elemento facilitador para desenvolver o modelo de trabalho em equipa, assumindo-se a necessidade de clarificação do papel profissional aos utentes e a outros parceiros profissionais, devendo aproveitar-se a proximidade das famílias no acesso aos cuidados para evidenciar não só a oferta de cuidados terapêuticos mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida (Neves, 2012).

Para além das políticas nacionais para organização dos CSP, onde é realçada a importância da família nos cuidados, os Planos Nacionais de Saúde (PNS): 2004- 2010 e 2012-2016 salientam também a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, por permitirem uma perceção mais integrada dos problemas de saúde. O último documento mencionado salienta, ainda, a importância do enfermeiro de família, propondo que entre este e o cidadão se promova a confiança numa relação que difunda a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, sendo um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

As diretrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de

enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados.

A prestação de cuidados de enfermagem à família é entendido como o processo de provar as necessidades de saúde das famílias que estejam no âmbito da prática de enfermagem” (Hanson, 2005).

As atitudes constituem elementos importantes da vida, orientando a forma de pensar, sentir e agir. Neste sentido, é essencial que as atitudes dos enfermeiros de família sejam fundamentadas e assertivas na prestação de cuidados à família (Rodrigues, 2013). São vários os métodos que permitem avaliar este conceito, fundamentando-se na observação direta do comportamento, assim como nas respostas fisiológicas dos indivíduos. No entanto, a forma mais usual é recorrer a uma escala de atitudes, inquirindo os indivíduos. Na enfermagem de saúde familiar, Benzein *et al.* (2008) desenvolveram a escala *Families Importance in Nursing Care-Nurse Attitudes* (FINC-NA), que permite medir as atitudes dos enfermeiros na prática do cuidado à família numa escala de concordância de Likert. A escala das atitudes integra os seus itens em três dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2011), traduzindo-se num instrumento fidedigno na avaliação das atitudes dos enfermeiros face à família.

A componente cognitiva (as crenças), normalmente é multidimensional, uma vez que se relaciona com os diferentes aspetos da situação que o indivíduo percebe. A componente afetiva (os sentimentos) é unidimensional e relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação no seu todo. A componente comportamental (tendências de ação) é um conjunto de reações do sujeito perante o objeto de atitude (Sousa, 2011).

Considera-se que a atitude que os enfermeiros adotam em relação à família é um elemento crucial no processo de cuidar. Desta forma, é necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados e promovam as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função. É fundamental que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, numa parceria de cuidados, o que obriga algumas mudanças de atitudes dos enfermeiros (Fernandes *et al.*, 2015)

Os benefícios em saúde face à intervenção do enfermeiro resultam de funcionamentos eficientes ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. Alguns enfermeiros não valorizam o envolvimento da família nos cuidados, outros, porém, conseguem prestar cuidados criativos,

profissionais e inovadores às famílias para cuidados altamente complexos (Oliveira *et al.*, 2011).

Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados. É dever do enfermeiro, enquanto profissional, habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados em colaboração, para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados (Rodrigues, 2013).

Com base no pressuposto de que os enfermeiros interagem diariamente com a família, é imprescindível avaliar as atitudes e práticas da enfermagem familiar no envolvimento dos cuidados prestados pela família. Por este motivo é pertinente uma investigação sistemática e contínua das atitudes da enfermagem familiar face à família na prestação de cuidados de qualidade (Silva et al 2013).

O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, profissionais de saúde e recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde (OE, 2010).

Araújo (2010) refere que as alterações que têm vindo a acontecer no contexto social evidenciam a identificação de novas necessidades na área da saúde, exigindo que a prática profissional centrada na família adote um modelo integrador, onde os problemas individuais devem ser vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Oliveira *et al.* (2009) realçam a importância da investigação na área da saúde familiar, com o propósito de melhorar os cuidados de saúde prestados neste contexto, adotando a escala de “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa, instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação.

Os estudos identificados são claros quando referem que apesar das “(...) narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações”, pois “os enfermeiros consideram as famílias como um recurso no processo de cuidado sustentado por princípios colaborativos, realçando a importância de se estabelecer uma boa relação”. Também foram apresentados fatores que

dificultam o acompanhamento das famílias, como o “(...) acompanhamento de famílias com características diversas de etnicidade ou que vivenciem transições geradoras de sofrimento” (Oliveira *et al.*, 2011).

Da mesma forma, reconhecem-se atitudes e comportamentos nos profissionais de saúde que podem limitar a inclusão e envolvimento da família nos cuidados aos seus familiares, nomeadamente “(...) restrições à presença da família durante a realização de algumas atividades de enfermagem e também à presença destas em serviços como a Unidade de Cuidados Intensivos (...)”, desvalorizando a importância da família no cuidar e realçando a sua incapacidade neste processo de melhoria da saúde. Para que estas atitudes se modifiquem são essenciais as investigações e identificação de instrumentos que, na sua avaliação, apontem as áreas que podem ser melhoradas, relativamente às “(...) necessidades, perceções e experiências e sobre as atitudes dos enfermeiros para com a família na participação de cuidados (...)” (Oliveira *et al.*, 2011).

Dado o presente quadro de desenvolvimento da temática da saúde familiar, a importância do enfermeiro nas atuais equipas de saúde e a relevância das atitudes dos enfermeiros face à família, para a qualidade dos cuidados, entendemos pertinente o desenvolvimento deste estudo.

4.2. METODOLOGIA

O enquadramento metodológico engloba procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

A metodologia “consiste em definir os meios de realizar a investigação” (Fortin, 2009, p.53), A investigação científica “constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimento pelo seu carácter sistemático e rigoroso” (Fortin, 2009, p.4).

Na presente investigação foi inicialmente contextualizado o estudo, de seguida será definido o problema de investigação, os objetivos do estudo, a população, e o instrumento de recolha de dados.

4.2.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo utiliza o método de investigação quantitativo. O método quantitativo admite que “é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas” (Vilelas, 2017, p.161).

Analítico, pois faz a análise dos dados e correlacional porque irá permitir determinar as relações entre as variáveis e quantificar, através de provas estatísticas, as suas relações. Estes estudos são tidos como muito eficientes e eficazes na recolha de uma grande quantidade de dados a respeito de um problema (Vilelas, 2017).

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se segundo um desenho descritivo-correlacional, inserido no paradigma quantitativo, e foi um estudo transversal ocorrido num meio natural. Num estudo descritivo-correlacional a finalidade é explorar relações entre variáveis e descrever as mesmas, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin, 2009).

O estudo transversal incide num único grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num momento específico.

4.2.2. OBJETIVOS

Mediante a problemática a estudar, os objetivos são, segundo Fortin (2009) enunciados que apontam o rumo da investigação. Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Caracterizar a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;

- Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores sociodemográficos e relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

4.2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são “os guias que orientam o tipo de busca de informação necessária, o modo como a recolha de informação deve ser feita e a definição do *corpus* de dados” (Costa et al., 2014). Decorrente dos objetivos propostos, as questões de investigação são:

- Quais as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados ao utente?
- Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros, as variáveis sociodemográficas e profissionais no envolvimento e participação da família no processo de cuidados?

4.2.4. HIPÓTESES

Hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema da investigação. As hipóteses são provisórias porque poderão ser confirmadas ou rejeitadas com o desenvolvimento da investigação. É um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provém da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). Assim, o conjunto de hipóteses formuladas para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família com as variáveis sócio- demográficas e profissionais, encontram-se descritas de seguida:

H1- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

H2 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

H3 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

H4 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o curso de pós graduação e /ou pós licenciatura de especialização.

H5 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional

H6 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.

H7 - Há associação entre atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

H8 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde de Alvaiázere e os que estão a fazer formação na área da Enfermagem de Família na ESSLEI.

H9 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem de Família.

H10 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

4.2.5. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Segundo Vilelas (2009), operacionalizar variáveis, significa definir os conceitos de forma, a que possam ser observados e medidos. Este processo de operacionalização desenvolve-se por etapas, destacando a precisão das definições conceituais, a especificação das dimensões do conceito, a conversão em indicadores empíricos e por fim a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo (Fortin, 2009). Sendo uma fase crucial no processo de investigação, contribui de uma forma decisiva para o rigor e objetividade do estudo (Polít, Beck e Hungler, 2004).

Uma variável representa uma qualidade, uma propriedade ou uma característica de pessoas, de objetos ou de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, sendo consideradas unidades de base de investigação (Fortin, 2009).

Foram identificadas neste estudo variáveis dependentes e independentes cuja operacionalização será descrita de seguida.

4.2.5.1. Variáveis independentes

A variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de

investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009). Foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os profissionais envolvidos no estudo, mas também, com o objetivo de conhecer a sua relação com a variável dependente.

Das variáveis socio-demográficas e profissionais que caracterizam a amostra, foram definidas: o género, a idade, o título profissional; as habilitações académicas; a experiência profissional; o serviço onde exerce funções; o tempo de exercício no serviço; a formação pós-graduada em Enfermagem na área da família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

Género

Categorizado em duas classes: masculino e feminino.

Idade

Com uma pergunta aberta no sentido de avaliar a idade dos profissionais.

Título profissional

Categorizado em duas classes, é apresentado na forma de uma pergunta fechada onde os profissionais selecionam a resposta que indica a sua situação profissional.

Habilitação académica

Categorizado em quatro classes, é apresentado na forma de uma pergunta fechada onde os profissionais selecionam a resposta que indica a sua situação académica.

Experiência profissional

Pergunta aberta avaliando-se em anos de trabalho, sendo os dados obtidos agrupados posteriormente em classes de cinco anos para facilitar a análise descritiva.

Unidade onde exerce funções

Categorizado em classes, é apresentado na forma de uma pergunta fechada onde os profissionais selecionam a resposta.

Tempo de exercício no serviço

Pergunta fechada e categorizada em grupos de três anos de trabalho no serviço onde o profissional exerce as suas funções.

Existência de Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

Categorizada em duas classes: sim ou não. Seguida de pergunta aberta onde os enfermeiros respondem qual ou quais.

Formação em Enfermagem na área da família

Foi realizada uma pergunta aberta onde os enfermeiros respondem afirmativamente ou negativamente em relação à formação pós-graduada e/ou pós-licenciatura de especialização que detêm.

Experiência anterior com familiares gravemente doentes

As experiências anteriores dos enfermeiros com familiares gravemente doentes foram constituídas como variável do estudo, no sentido de identificar de que forma as vivências pessoais de doença são modeladoras, da sua atitude face à família. Deste modo, encontra-se categorizada em sim ou não onde os inquiridos respondem afirmativamente ou negativamente em relação à sua experiência anterior com familiares gravemente doentes.

As variáveis idade, género e título profissional dos inquiridos, foram comparados com as mesmas variáveis para a amostra total nacional da Ordem dos Enfermeiros.

4.2.5.2. Variáveis dependentes

Para Fortin (2009), variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado predito pelo investigador. A variável dependente deste estudo é: a atitude do enfermeiro face à família. A operacionalização desta variável foi obtida através do preenchimento da segunda parte uma escala que mede as atitudes dos enfermeiros “A importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) versão portuguesa (Oliveira, et al., 2011). A IFCE-AE é uma escala tipo likert, que

resultou da adaptação transcultural da escala desenvolvida na Suécia “Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes” (FINC-NA) por Benzein et al., (2008a) e é tida como “um instrumento promissor para a avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos de prática clínica.” (Oliveira, et al., 2011).

4.1.6. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população refere-se a grupos de pessoas, objetos, eventos, observações ou outros que podem ser agregáveis e sobre os quais estamos interessados em generalizar. Amostra consiste no grupo representativo da população e é constituída de forma a que as conclusões obtidas a partir da caraterização da amostra sejam generalizáveis para a população teórica (Marôco, 2007).

A população alvo do presente estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções na UCSP de Alvaiázere e os enfermeiros que se encontram a frequentar a 3.º Curso Mestrado em ESCSF, na ESSLei (enfermeiros em Formação), selecionada por facilidade de acesso dos investigadores.

A amostra deste estudo foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, visto ser constituída por “indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009). Neste tipo de amostragem a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, e os elementos são selecionados pela sua conveniência (Marôco, 2007).

Tendo por finalidade a análise da importância da família, os enfermeiros em Formação e os enfermeiros da UCSPA, são apresentados como duas populações. Na investigação em análise, a amostra, subconjunto da população, são os enfermeiros com resposta ao instrumento de colheita de dados.

De forma a que a amostra possua um elevado grau de homogeneidade, delinearam-se os seguintes critérios de inclusão:

- ser enfermeiro com atividade no UCSP Alvaiázere ou
- ser enfermeiro a frequentar a o 3.º curso do Mestrado ESF da ESSLei;
- enfermeiros da população-alvo, que se disponibilizem para participar no estudo, com

consentimento informado e esclarecido;

- enfermeiros com funções diretas com os utentes e famílias;
- aceitar participar voluntariamente no estudo após terem lido e assinado o consentimento informado. Os dados foram recolhidos num período de 22 de Fevereiro a 7 de Maio de 2021.

Os critérios de exclusão considerados foram:

- enfermeiros que não estivessem envolvidos diretamente nas práticas de cuidados e cujas funções fossem apenas na área da gestão;
- todos os enfermeiros que não correspondessem aos critérios de inclusão.

4.2.7. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A seleção do instrumento de colheita de dados relaciona-se com a determinação da informação que se pretende recolher da realidade (Vilelas, 2009). Esta seleção depende das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende efetuar (Fortin, 2009).

Na escolha do instrumento foi importante, essencialmente, o caráter de desenvolvimento de estratégias impulsionantes de atitudes de suporte nos cuidados prestados pelos enfermeiros promovendo as práticas promotoras de saúde familiar e o grau de fiabilidade encontrado por Oliveira et al (2009, 2011), na sua aplicação à população portuguesa.

A colheita de dados foi realizada através de autopreenchimento de um questionário estruturado constituído por duas partes: A primeira parte corresponde às questões sobre variáveis sociodemográfica e profissional, com vista a caracterizar os enfermeiros em formação do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e dos enfermeiros da UCSP de Alvaiázere, e na segunda parte uma escala que mede as atitudes dos enfermeiros “A importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) versão portuguesa (Oliveira, et al, 2011).

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros, utilizou-se a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE- AE). A escala foi traduzida e validada para português, a partir da escala original denominada de Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (Oliveira, et al., 2011).

Trata-se de uma escala de autopreenchimento, do tipo Likert, composta por 26 itens, com

quatro opções de respostas (1- discordo completamente, 2- discordo, 3- concordo e 4- concordo completamente), equivalendo cada opção de resposta a um score de 1 a 4, sendo 1 discordo completamente e 4 concordo completamente. O peso de score de cada item é igual, sendo que cada resposta vale de 1 a 4 pontos. Assim, a escala contendo 26 itens, varia o seu score total entre 26 a 104 pontos. Os 26 itens da escala foram organizados em três dimensões: 1- “família como parceiro dialogante e recurso de coping” com 12 itens, cujo o score varia entre 12 a 48 pontos; 2- “família como recurso dos cuidados de enfermagem” com 10 itens, cujo o score varia entre 10 a 40 pontos; 3- “família como um fardo” com 4 itens, cujo score varia entre 4 a 16 pontos. Quanto maior o score obtido nas duas primeiras dimensões e menor for o score obtido na terceira dimensão, mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, revelam mais atitudes de suporte (Angelo, et al, 2014). Na interpretação global da escala, pode-se considerar que quanto maior for o score obtido, maior é a atitude de suporte dos enfermeiros, ou seja, atribuem mais importância às famílias na participação nos cuidados de enfermagem (Oliveira, et al, 2011).

O quadro 1 representa as dimensões, os itens e scores da escala IFCE-AE. Em função do valor do score encontrado, definem-se três categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros: de 26 a 52 pontos não dão importância à família – **atitude negativa**; de 52 a 78 pontos dão importância à família- **atitude positiva**; de 78 a 104 – dão muita importância à família- **atitude muito positiva**.

Quadro 12- Dimensões da Escala IFCE-AE

1ª DIMENSÃO	ESCALA TOTAL COMPOSTA POR 26 ITENS SUBDIVIDIDOS EM 3 DIMENSÕES	SCORE
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE COPING	ITENS (12)	SCORE (12 a 48)
	4. OS MEMBROS DA FAMÍLIA DEVEM SER CONVIDADOS A PARTICIPAR ATIVAMENTE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS AO UTENTE.	1- DISCORDO COMPLETAMENTE 2- DISCORDO, 3- CONCORDO 4- CONCORDO COMPLETAMENTE
	6. NO PRIMEIRO CONTATO COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA, CONVIDO-OS A PARTICIPAR NAS DISCUSSÕES SOBRE O PROCESSO DE CUIDADOS AO UTENTE.	
	9. DISCUTIR COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA SOBRE O PROCESSO DE CUIDADOS NO PRIMEIRO CONTATO; POUPA-ME TEMPO NO MEU TRABALHO FUTURO	
	12. PROCURO SEMPRE SABER QUEM SÃO OS MEMBROS DA FAMÍLIA DO UTENTE	
	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. ENCORAJA 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	
	24. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A OPINAR QUANDO DO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS.	
	24. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A OPINAR QUANTO AO PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS.	
	25. VEJO-ME COMO UM RECURSO PARA AS FAMÍLIAS, PARA QUE ELAS POSSAM LIDAR O MELHOR POSSÍVEL COM A SUA SITUAÇÃO.	
2ª DIMENSÃO	ITENS (10)	SCORE (10 A 40)
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	1. É IMPORTANTE SABER QUEM SÃO OS MEMBROS DA FAMÍLIA DO UENTE.	1- DISCORDO COMPLETAMENTE 2- DISCORDO, 3- CONCORDO 4- CONCORDO COMPLETAMENTE
	3. UMA BOA RELAÇÃO COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA DÁ-ME SATISFAÇÃO NO TRABALHO.	
	5. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA É IMPORTANTE PARA MIM COMO ENFERMEIRA(O).	
	7. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DÁ-ME UM SENTIMENTO DE SEGURANÇA.	
	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.	
	13. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA É IMPORTANTE PARA OS MESMOS.	
	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.	
3ª DIMENSÃO	ITENS (4)	SCORE (4 A 16)
FAMÍLIA: FAR DO	2. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DIFICULTA O MEU TRABALHO.	1. DISCORDO COMPLETAMENTE 2- DISCORDO, 3- CONCORDO 4- CONCORDO COMPLETAMENTE
	8. NÃO TENHO TEMPO PARA CUIDAR DAS FAMÍLIAS.	
	23. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA FAZ-ME SENTIR QUE ME ESTÃO A AVALIAR.	
	26. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DEIXA-ME EM ESTRESSE.	

4.2.7.1. Consistência interna da escala IFCE-AE

As características psicométricas de um instrumento de medida que fornece dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse mesmo instrumento. A fiabilidade de uma medida refere a

capacidade desta ser consistente (Fortin, 2009).

A validade de conteúdo assegura que os itens de um instrumento abrangem e representam adequadamente o que está a ser avaliado, permitindo que qualquer score seja interpretado de maneira adequada. Deste modo, a validade de conteúdo examina em que extensão o assunto de interesse é abordado pelos itens e dimensões do instrumento (Polit, Beck e Hungler, 2004; Vilelas, 2009). A fidelidade representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo em estudo, ou seja, deve produzir resultados idênticos em medições semelhantes. Assim, quanto maior for a variação produzida por um instrumento em repetidas medições, menor é a fidelidade desse instrumento (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004).

A técnica utilizada neste estudo para estimar a consistência interna, foi o coeficiente Alfa (α) *Cronbach*, por ser a mais utilizada, quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento de scores como na escala de *Likert* (Marôco e Marques, 2006). Refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). O índice α estima, quanto uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Marôco e Marques, 2006).

Na opinião de Gliem e Gliem (2003), não há limite inferior para o coeficiente, sendo que, um coeficiente de alfa mais próximo de 1, maior será a consistência interna dos itens da escala. Alguns autores sugerem que a consistência interna dos itens deva ser classificada da seguinte forma: valores $\geq 0,9$ são considerados excelentes; $\geq 0,8$ são considerados bons; $\geq 0,7$ são aceitáveis; $\geq 0,6$ são questionáveis; $\geq 0,5$ são pobres e $\leq 0,5$ são considerados inaceitáveis (Gliem e Gliem, 2003).

Em algumas áreas das ciências sociais, um alfa de *Cronbach* de 0,6 é considerado aceitável, desde que os resultados sejam interpretados com cautela. Enquanto o aumento do valor de alfa é parcialmente dependente do número de itens da escala, deve-se notar que este tem retornos decrescentes. (Gliem e Gliem, 2003). Os mesmos autores consideram que um alfa de 0,80 é um objetivo plausível.

A consistência interna no estudo realizado por Oliveira et al (2011), 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 $\alpha = 0,87$. Com o intuito de analisar a validade da escala recorreu-se ao cálculo do coeficiente alfa (α) de

Cronbach e posteriormente à sua comparação com os valores de α obtidos por Oliveira et al na validação da escala IFCE-AE (Conforme tabela 2).

Tabela 2- Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE) - adaptação portuguesa e no estudo atual

Dimensões	Itens	α Cronbach (adaptação Portuguesa)	α Cronbach (estudo atual)
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,9	0,756
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,272
Família como um fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,729
α Cronbach da Escala total		0,87	0,624

O estudo comparativo realizado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o Hospital, com uma amostra composta por 347 enfermeiros (45% do CSP e 55% do Hospital), apresenta uma consistência interna análoga com o estudo anterior ($\alpha = 0,87$), garantindo assim um valor satisfatório na análise da fidelidade dos dados (Martins et al, 2010).

No estudo realizado por Sousa (2011), com uma amostra de 925 enfermeiros que desempenham funções num hospital central a escala obteve um alfa de Cronbach para a avaliação global de 0,83, com a variação de fidelidade entre 0,87 e 0,59 nas três dimensões.

No estudo realizado por Martins (2020) com uma amostra de 55 enfermeiros que desempenham funções num hospital pediátrico, a avaliação global foi de $\alpha = 0,90$, com a variação de 0,89 e 0,27 nas três dimensões.

A avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE deste estudo, determinou um $\alpha = 0,624$. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,756 e 0,272 para as três dimensões.

4.2.7.2. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Ciência e ética são, desejavelmente, complementares e indissociáveis. Neves e Carvalho, (2018), referem que após a Segunda Guerra Mundial e a tragédia humana que esta trouxe, a necessidade desta complementaridade evidenciou-se. Concluiu-se que ciência não pode ser autorregulada, “o progresso científico nem sempre resulta num bem maior, (...) a ciência não constituiu um valor em si mesma, (...) todo o conhecimento tem uma aplicação prática, (...)”

nem tudo o que se pode fazer se deve fazer” (Neves & Carvalho, 2018, p. 14). Desde então a ética passou a ser chamada a impor limites, elaborar regras e constituir uma consciência esclarecida (Neves & Carvalho, 2018).

A declaração de Helsínquia, elaborada pela World Medical Association (WMA) em junho de 1964 e alterada pela última vez em outubro de 2013, reúne os princípios éticos para a investigação que envolve seres humanos. Apesar de se dirigir a médicos, a WMA incentiva que todas as investigações com seres humanos adotem os seus enunciados (WMA, 2013). Segundo esta, a investigação “está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos” (WMA, 2013, p.1), afirma que o novo conhecimento que se pretende obter não prevalece sobre os direitos e interesses individuais dos participantes, e cabe ao investigador a proteção dos mesmos.

A Declaração de Helsínquia determina a elaboração de protocolo de investigação a ser submetido à comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar, e exige proteção da privacidade dos participantes e confidencialidade dos seus dados pessoais e o consentimento informado dos mesmos.

Tendo em atenção estes princípios foram efetuados os seguintes procedimentos:

Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que emitiu parecer positivo datado de 12/03/2019 (Anexo1).

Numa segunda fase, procedeu-se ao pedido de autorização para aplicação do mesmo questionário à Escola Superior de Saúde (ESSLei) do Instituto Politécnico de Leiria, na pessoa do Sr. Diretor, Dr. Rui Fonseca Pinto, a 27/02/2020, e cujos participantes seriam os enfermeiros que se encontravam a frequentar a 3.^a Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária área de Saúde Familiar nesta Escola (Apêndice I). A autorização foi dada a 01/03/2021 tendo sido o *link* enviado para os *e-mails* institucionais dos alunos (Anexo II).

Foi facultado durante a aplicação dos questionários uma folha de informação sobre o estudo e o consentimento informado (Apêndice II). Tendo em foco a necessidade de não interferência no direito e na dignidade das pessoas, a presente investigação procurou reger-se por tais princípios, tendo sido assegurados confidencialidade e anonimato aos participantes, não sendo possível a sua identificação pelo investigador, assim como garantidas a sua voluntariedade e autonomia. Foi assegurado ainda que as respostas seriam usadas, exclusivamente, para fins académicos, que as questões apresentadas não tinham associadas respostas corretas ou

incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Os participantes foram também informados que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tivesse consequências para si. A validação do conhecimento destes princípios e garantias foi efetuada pelos participantes durante a aplicação dos questionários por escrito aos Enfermeiros da UCSP de Alvaiázere e digitalmente aos Enfermeiros que frequentam o 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar.

4.2.7.3. Procedimentos de análise dos dados

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinou-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e desvio padrão de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fez-se uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Marôco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Marôco, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Marôco, 2007).

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Marôco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi

superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

O Testes t de Student- para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; A Análise de variância a um fator (ANOVA), é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2005);

O coeficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. As correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

O coeficiente de correlação de Spearman mede o grau de associação entre duas variáveis quando não é linear ou quando pelo menos uma das variáveis não é do tipo quantitativo. Esta medida consiste em calcular o coeficiente de correlação não entre as observações originais mas, sim, entre as respetivas ordens (Murteira et al, 2015). A utilização da correlação de Spearman realiza-se quando a variável em estudo não é verdadeiramente contínua, mas sim uma variável com intervalo (Pestana e Gageiro, 2008).

Na análise estatística utilizou-se os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 26 para o Windows e Word Microsoft.

4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dadas as características deste estudo, houve a necessidade de organizar e analisar a informação recolhida, a fim de obter resposta à questão de investigação previamente formulada. Os dados quantitativos são analisados através de procedimentos estatísticos desde o mais simples até ao mais complexo, dos quais são feitas inferências, confirmando ou rejeitando hipóteses ou teorias existentes (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Num primeiro momento realizou-se o tratamento estatístico de forma a produzir uma análise descritiva dos dados, considerando que é um procedimento básico, incluído normalmente em todas as investigações e que serve para apresentar a “fotografia do grupo estudado” (Ribeiro, 2008, p.126). Posteriormente foi utilizada a estatística indutiva ou inferencial.

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

4.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Da análise da tabela 3, relativamente as características sociodemográficas, constata-se que os enfermeiros do estudo da UCSPA são todos do género feminino 5 (100%). Relativamente aos enfermeiros em Formação, 1 (7,7%) é do género masculino e 12 (92,3%) do género feminino.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o género

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n	%
Género	Masculino	0	0	1	7,7
	Feminino	5	100	12	92,3
	Total	5	100%	13	100%

Como se pode observar na tabela 4, a idade referente aos enfermeiros da UCSPA variou entre os 45 e os 59 anos, sendo a média de idade de 52 anos e o desvio padrão de 6,066 anos. Relativamente aos enfermeiros em Formação, variou entre os 24 e os 53 anos, sendo a média de idade de 38 anos e o desvio padrão de 8,657 anos.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a idade

		n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	σ	%
Idade dos enfermeiros	Enfermeiros da UCSPA	5	45	59	52	6,066	27,8
	Enfermeiros em Formação	13	24	53	38	8,657	72,2
	Total	18	24	59	42	10,118	100,000

De acordo com a tabela 5, no que diz respeito ao título profissional dos enfermeiros da UCSPA têm-se 4 (80%) enfermeiros e 1 (20%) enfermeiro especialista. Relativamente aos enfermeiros em Formação, o grupo é só constituído por 13 (100%) enfermeiros.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o título profissional

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
			%		%
Título profissional	Enfermeiro	4	80,0	13	100
	Enfermeiro especialista	1	20,0	0	0
	Total	5	100,0	13	100

Através da análise da Tabela 6, no que diz respeito aos enfermeiros da UCSP de Alvaiázere, constata-se que os 5 enfermeiros (100%) têm a licenciatura. Relativamente aos enfermeiros em Formação, a totalidade do grupo também possui a Licenciatura 13 (100%). As habilitações literárias são homogêneas nos seus resultados globais, não apresentando relevância estatística para o cruzamento com as dimensões da escala.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas

	Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação		
		n	%	n	%
Habilitações Literárias	Licenciatura	5	100,0	13	100
	Total	5	100,0	13	100

Como se pode observar na tabela 7, a experiência profissional (em anos) referente aos enfermeiros da UCSPA variou entre os 22 e os 35 anos, sendo a média da experiência profissional de 29 anos e o desvio padrão de 5,13 anos. Relativamente aos enfermeiros em Formação, variou entre os 3 e os 35 anos, sendo a média da experiência profissional de 19 anos e o desvio padrão de 9,65 anos.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a experiência profissional

Experiência Profissional (anos)		n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	σ	%
		Enfermeiros da UCSPA	5	22	35	29	5,13
	Enfermeiros em Formação	13	3	30	16	8,55	72,22
	Total	18	3	35	19	9,65	100

De acordo com a tabela 8, no que concerne ao local onde exerce funções, dos enfermeiros da UCSPA 5 (100%) trabalham na UCSP. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 5 (38,5%) trabalham na UCSP, 5 trabalham em hospital (38,5%), 2 trabalham em USF (15,4%) e 1 (7,7%) trabalha em ERPI.

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a unidade onde exerce funções

Unidade onde exerce funções	Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n
UCSP	5	100	5	38,5
Hospital	0	0	5	38,5
USF	0	0	2	15,4
ERPI	0	0	1	7,7
Total	5	100%	13	100%

Em relação aos anos de experiência profissional na unidade onde trabalha, como se pode verificar na Tabela 9, referente aos enfermeiros da UCSPA, 1 (20%) dos profissionais exerce a sua atividade entre [4- 6], 1 (20%) dos profissionais exerce a sua atividade entre [7- 9], e 3 (60%) exercem a sua atividade há mais de 9 anos. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 2 (15,4%) dos profissionais exercem a sua atividade entre [1- 3], 3 (23,1%) exercem a sua atividade entre [4-6], 3 (23,1%) exercem a sua atividade entre [7-9], e 5 (38,5%) exercem a sua atividade há mais de 9 anos.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício da atividade na Unidade

	Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação		
	n	%	n	%	
Há quanto tempo exerce função nesta unidade?	1-3 anos	0	0	2	15,4
	4-6 anos	1	20	3	23,1
	7-9 anos	1	20	3	23,1
	mais de 9 anos	3	60	5	38,5
	Total	5	100%	13	100%

A tabela 10 diz respeito à distribuição da amostra segundo a idade e o local onde exerce funções. Relativamente aos enfermeiros a exercer funções em cuidados de saúde primários verificando-se que a idade mínima é de 35 e a máxima é de 59, sendo as médias de 48 anos para UCSP e 39 para USF. Relativamente aos enfermeiros que exercem funções em hospital verifica-se que a idade mínima é de 29 anos e a máxima de 43 anos, sendo a média de 34 anos.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a idade e o local onde exerce funções

	n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	σ	%	
Idade dos enfermeiros	UCSP	10	36	59	48,6	7,82	55,6
	USF	2	35	44	39,5	6,364	11,1
	Hospital	5	29	43	34,80	5,495	27,8
	ERPI	1	24	0	24,00	0	5,6
Total	18	24	59	42,39	10,118	100	

A tabela 11 diz respeito à distribuição da amostra segundo a experiência profissional e o local onde exerce funções. Relativamente aos enfermeiros a exercer funções em cuidados de saúde primários verifica-se que a experiência profissional mínima é de 13 anos e a máxima é de 35,

sendo as médias de 25 anos para UCSP e 18 para USF. Relativamente aos enfermeiros que exercem funções em hospital verifica-se que a experiência profissional mínima é de 5 anos e a máxima de 18 anos, sendo a média de 11 anos.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo experiência profissional e o local onde exerce funções

		n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	σ	%
Experiência profissional	UCSP	10	13	35	25,2	7,3	55,6
	USF	2	15	23	18,5	6,364	11,1
	Hospital	5	5	18	11,00	5,099	27,8
	ERPI	1	3	0	3,00	0	5,6
	Total	18	3	35	19,28	9,652	100

Relativamente à tabela 12, observa-se nos enfermeiros da UCSPA, 4 (80%) responderam que não têm curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e 1 (20%) respondeu ter pós-graduação e /ou pós licenciatura de especialização. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 1 (7,7%), respondeu que tem curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização, e os 12 enfermeiros (92,3%) responderam não ter curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo se tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n	%
Tem curso de pós graduação e/ou especialidade?	Sim	1	20	1	7,7
	Não	4	80	12	92,3
	Total	5	100%	13	100%

Através da análise da tabela 13, verificam-se que, em relação aos enfermeiros do UCSPA, 1 enfermeiro tem formação em enfermagem de saúde comunitária. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 1 (100%) tem curso de Pós graduação em trauma, Emergência e Apoio Humanitário.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo "Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique qual ou quais"

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n	%
Se respondeu "sim" na questão anterior, por favor indique qual ou quais?	Pós graduação em trauma, Emergência e Apoio Humanitário	1	100	0	0%
	Especialidade em Saúde Comunitária	0	0	1	100%

De acordo com a tabela 14, verifica-se que, referente aos enfermeiros da UCSPA 1 (20%) responde que tem formação em Enfermagem de Família, contra 4 (80%) que responderam que não. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 9 (69%) responde que tem formação em Enfermagem de Família, contra 4 (31%) que responderam que não.

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo se tem formação em Enfermagem da Família

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n	%
Formação em Enfermagem de Família	sim	1	20	9	69
	não	4	80	4	31
	Total	5	100	13	100

Relativamente à tabela 15, observa-se, para os enfermeiros da UCSPA, que 4 (80%) tiveram experiências com familiares gravemente doentes. Relativamente aos enfermeiros em Formação, 10 (76,9%) tiveram experiências com familiares gravemente doentes, contra 3 (23,1%) que referem não ter tido experiência com familiares gravemente doentes.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a experiência com familiar gravemente doente

		Enfermeiros da UCSPA		Enfermeiros Formação	
		n	%	n	%
Experiência anterior com familiar gravemente doente?	Sim	4	80	10	76,9
	Não	1	20	3	23,1
	Total	5	100	13	100

4.3.2. ATITUDE DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com a Tabela 16, apresentam-se os resultados da estatística descritiva das

dimensões da Escala IFCE-AE e dos valores da escala total utilizada neste estudo.

Observam-se os resultados para o grupo dos enfermeiros UCSPA que apresenta, para a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping, uma média de resposta de 41,8, com um desvio padrão de 1,924. A dimensão Família como recurso dos cuidados de enfermagem obteve um resultado com um valor médio de resposta de 34,6 e com o desvio padrão de 1,342. Por fim, na dimensão Família como um fardo, uma média de resposta de 10, com um desvio padrão de 2,236.

No que concerne ao grupo de enfermeiros em Formação, observa-se, para a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping, uma média de resposta de 41,85, com um desvio padrão de 3,783. A dimensão Família como recurso dos cuidados de enfermagem obteve um resultado com um valor médio de resposta de 35,54 e com o desvio padrão de 2,184. Por fim, na dimensão menos positiva ou seja, na dimensão Família como um fardo, com uma média de resposta de 8,69 e um desvio padrão de 2,869, o que realça atitudes positivas dos enfermeiros quando questionados sobre a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação nos cuidados de enfermagem.

Realça-se que a Média total é de 86,17, para um score total de 104, o que apresenta níveis positivos altos das atitudes dos enfermeiros de família, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem, apresentando-se um desvio-padrão de 8,017.

Tabela 16 - Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE

		Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Família como fardo	Média da escala total
Enfermeiros UCSPA	Mínimo	40	33	7	80
	Máximo	45	36	13	94
	Média	41,8	34,6	10	86,4
	Desvio Padrão	1,924	1,342	2,236	5,502
Enfermeiros em formação	Mínimo	37	32	4	73
	Máximo	47	40	15	102
	Média	41,85	35,54	8,69	86,08
	Desvio Padrão	3,783	2,184	2,869	8,836
Total	Mínimo	37	32	4	73
	Máximo	47	40	15	102
	Média	41,83	35,28	9,06	86,17
	Desvio Padrão	3,312	1,994	2,711	8,017

Aplicou-se o Teste da normalidade de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$) nas variáveis das três dimensões em estudo e apresentam distribuição normal. Relativamente as variâncias homogêneas, aplicou-se com o Teste da homogeneidade de Levene ($p > 0,05$). Assim, considera-se que as variáveis seguem uma distribuição normal e variâncias homogêneas, para todas as hipóteses do estudo.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos na avaliação da intensidade da relação entre as dimensões da escala IFCE-AE.

Analisando a tabela 17 verifica-se uma correlação positiva Alta, estatisticamente significativa nas atitudes que realçam uma atitude positiva para com a família nas dimensões Família como um parceiro dialogante e recurso de coping e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem. Paralelamente verificou-se que na dimensão que transmite uma atitude menos positiva, Família como um fardo, existe uma correlação negativa com as duas outras dimensões da escala IFCE-AE.

Tabela 17- Resultado do teste correlação de Pearson entre as dimensões da escala IFCE-AE

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson	Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Família como um fardo
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	r	1	0,702	-0,202
	p		0,01	0,422
	n	18	18	18
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	r	0,702	1	-0,34
	p	0,001		0,167
	n	18	18	18
Família como um fardo	r	-0,202	-0,34	1
	p	0,422	0,167	
	n	18	18	18

4.3.3.RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ESCALA IFCE-AE

H1 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

A análise da tabela 18, com a aplicação do teste *T-student* apresenta resultados que indicam não existir associação estatística entre a variável género e as dimensões da escala o que

significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o género.

Tabela 18 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género

Escala IFCE-AE	Género	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Masculino	1	47	t = -1,691
	Feminino	17	41,53	p = 0,110
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Masculino	1	37	t = -0,883
	Feminino	17	35,18	p = 0,390
Família como um fardo	Masculino	1	8	t = 0,391
	Feminino	17	9,12	p = 0,701

H2 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

Através da tabela 19, pode-se verificar aplicação do teste paramétrico da correlação de Pearson no estudo. Observa-se que existe influência estatisticamente significativa, isto é, uma relação negativa entre a idade e a dimensão Família como um fardo ($r=-0,584$, $p=0,036$). Relativamente às dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* ($r=0,155$, $p=0,613$) e Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($r=-0,107$, $p=0,613$), não existe evidências estatísticas de relação com a idade. Conclui-se assim que há associação entre a idade e a dimensão Família como um fardo.

Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson	Idade
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	r	-0,117
	p	0,643
	n	18
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	r	0,271
	p	0,277
	n	18
Família como um fardo	r	0,16
	p	0,52
	n	18

4.3.4.RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS E A ESCALA IFCE-AE

H3 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

Conforme a tabela 20, foi aplicado o teste paramétrico t-Student e mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o título profissional, relativamente às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,805$), Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,526$) e Família como um fardo ($p=0,732$). Observa-se que a média do valor das respostas dos enfermeiros nas três dimensões do estudo é superior nos enfermeiros que não têm o título de especialista exceto na dimensão Família como fardo. Conclui-se assim não há associação entre o título profissional e cada uma das três dimensões.

Tabela 20 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional

Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermeiro	17	41,88	t = 0,252
	Enfermeiro Especialista	1	41	p = 0,805
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	17	35,35	t = 0,648
	Enfermeiro Especialista	1	34	p = 0,526
Família como um fardo	Enfermeiro	17	9	t = -0,349
	Enfermeiro Especialista	1	10	p = 0,732

H4- Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o curso de pós graduação e/ou pós licenciatura de especialização

De seguida, apresentam-se os resultados para o cruzamento da variável curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e as dimensões da escala.

A análise da tabela 21, com a aplicação do teste *T-student* apresenta resultados que indicam não existir associação estatística entre a variável curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e as dimensões da escala, o que significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o facto de possuírem cursos de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o curso de pós graduação e/ou pós licenciatura de especialização

Escala IFCE-AE	Pós Graduação ou curso e pós-licenciatura de especialização	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Sim	2	42	t = 0,073
	Não	16	41,81	p = 0,943
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim	2	35,5	t = 0,162
	Não	16	35,25	p = 0,873
Família como um fardo	Sim	2	10,5	t = 0,79
	Não	16	8,88	p = 0,441

H5 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

Através da tabela 22, pode-se verificar aplicação do teste paramétrico da correlação de Pearson no estudo.

Verificou-se que para as três dimensões da escala, não existe associação estatística com os anos de experiência profissional, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala.

Tabela 22 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson	Experiência Profissional
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	r	-0,07
	p	0,782
	n	18
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	r	-0,264
	p	0,29
	n	18
Família como um fardo	r	0,125
	p	0,62
	n	18

H6 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.

Conforme a tabela 23, aplica-se o teste paramétrico One-way ANOVA e observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a unidade onde o profissional exerce as suas funções relativamente às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,613$), Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,967$) e Família como um fardo ($p=0,182$). Conclui-se assim não há associação entre a unidade onde o profissional exerce as suas funções e cada uma das três dimensões.

Tabela 23 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde exerce as suas funções

Escala IFCE-AE	Unidade onde o profissional exerce as suas funções	n	\bar{x}	ANOVA
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	UCSP	10	41,9	F = 0,621 p=0,613
	UCC	0	0	
	HOSPITAL	5	40,6	
	USF	2	44,5	
	ERPI	1	42	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	UCSP	10	35,4	F=0,085 p=0,967
	UCC	0	0	
	HOSPITAL	5	35	
	USF	2	35	
	ERPI	1	36	
Família como um fardo	UCSP	10	9,2	F =1,863 p=0,182
	UCC	0	0	
	HOSPITAL	5	10,4	
	USF	2	5,5	
	ERPI	1	8	

H7 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

Na tabela 24, pode-se verificar aplicação do teste não paramétrico da correlação de Spearman no estudo. Observa-se que não existe influência estatisticamente significativa entre o tempo de exercício no serviço e as três dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($R=0,017$, $p=0,948$), Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($R=-0,231$, $p=0,357$), Família como um fardo ($R=0,033$, $p=0,896$). Conclui-se assim que não há associação entre o tempo de exercício no serviço e as três dimensões.

Tabela 24 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e há quanto tempo exerce funções na unidade

Escala IFCE-AE	Correlação de Spearman	Há quanto tempo exerce funções nesta unidade
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	R	0,017
	p	0,948
	n	18
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	R	-0,231
	p	0,357
	n	18
Família como um fardo	R	0,033
	p	0,896
	n	18

H8 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a fazer formação na área da Enfermagem de Família na ESSLei.

Na tabela 25, aplicou-se o teste paramétrico *T-Student* e observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a fazer formação na área da enfermagem de saúde familiar, na ESSLei, relativamente às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,973$), Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,387$) e Família como um fardo ($p=0,332$). Observa-se que a média do valor das respostas dos enfermeiros do CSA, nas duas primeiras dimensões do estudo, é superior à dos enfermeiros em Formação. A média na dimensão Família como um fardo é superior nos enfermeiros da UCSPA. Conclui-se assim não há associação entre a atitude do enfermeiro face à família, nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a fazer formação na área da enfermagem de saúde familiar, na ESSLei, em cada uma das três dimensões.

Tabela 25 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família, entre os que estão a trabalhar na UCSPA e a fazer formação na área da enfermagem de saúde familiar na ESSLei

Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermeiro da UCSPA	5	41,8	t = -0,34
	Enfermeiro Formação	13	41,85	p = 0,973
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Enfermeiro da UCSPA	5	34,5	t = -0,889
	Enfermeiro Formação	13	35,54	p = 0,387
Família como um fardo	Enfermeiro da UCSPA	5	10	t = -0,912
	Enfermeiro Formação	13	8,69	p = 0,332

H9 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem de Família

Na tabela 26, é aplicado o teste paramétrico t-Student e observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação em Enfermagem da Família relativamente às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,820$), Família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,144$) e Família como um fardo ($p=0,454$). Observa-se que a média do valor das respostas “sim”, tem formação em Enfermagem de Família, verifica-se nas três dimensões, comparativamente aos que responderam “não” tem formação em Enfermagem da Família. Conclui-se assim que não há associação entre a formação em Enfermagem da Família e cada uma das três dimensões.

Tabela 26 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em Enfermagem da Família

Escala IFCE-AE	Tem formação em Enfermagem de família?	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	10	42	t = 0,232
	Não	8	41,63	p = 0,820
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim	10	35,9	t = -1,538
	Não	8	34,5	p = 0,144
Família como um fardo	Sim	10	9,5	t = -0,768
	Não	8	8,5	p = 0,454

H10 - Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

Na tabela 27, aplica-se o teste paramétrico t-Student e mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas na experiência anterior com familiares gravemente doentes. Verifica-se que nas três dimensões a resposta “sim” apresenta um valor médio superior à resposta de “não”. Conclui-se assim que não há associação entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes e a atitude do enfermeiro face à família.

Tabela 27 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes

Escala IFCE-AE	Experiência anterior com familiar gravemente doente?	n	\bar{x}	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	14	42	t = 0,389 p = 0,702
	Não	4	41,25	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim	14	35,29	t = -0,031 p = 0,976
	Não	4	35,25	
Família como um fardo	Sim	14	9,14	t = -0,248 p = 0,807
	Não	4	8,75	

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão analisados os resultados obtidos, apurando a contribuição destes para o estudo em si, levando em conta as questões de investigação delineadas, contrapondo ou atestando estudos anteriores. Como tal ir-se-à proceder inicialmente à análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e com base nos dados apresentados e tendo presente a revisão bibliográfica, neste capítulo serão analisados os resultados obtidos atendendo às questões de investigação colocadas e comparando a estudos prévios que confirmem ou contrariem os resultados alcançados. A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Desta forma, no início serão analisados os resultados obtidos relativamente às características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que participaram no estudo.

No que concerne à faixa etária, a média de **idade** dos enfermeiros da UCSPA foi de 52 anos, variou entre os 45 e os 59 anos, enquanto a média dos enfermeiros em Formação foi de 38 anos, com variação entre os 24 e os 53 anos. A idade média dos enfermeiros em formação vai de encontro aos dados disponibilizados pela OE (2020), em que os grupos etários com maior representatividade eram os grupos dos 36-40 anos, seguido pelo grupo de 31-35 anos e com menor representação no grupo dos 66-70 anos.

Quanto à idade, 88,9% dos inquiridos tinha mais de 30 anos, e a média de idades é de 42 anos com um desvio-padrão de 10, sendo a idade mínima de 24 e a máxima de 59 anos. Resultado idêntico ao de Oliveira et al (2011) no estudo que valida a escala “IFCE-AE”, utilizada neste estudo.

Os anos de serviço em cuidados de saúde primários são mais baixos, variando entre os 3 e os

21 anos, com uma média de 9 anos, pelo que se conclui que estes profissionais ingressam nos cuidados de saúde primários oriundos de outras tipologias de prestação de cuidados de saúde, o que corrobora o estudo de Baganha et al (2002), intitulado “O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional”, onde se verificou que os profissionais de saúde na generalidade optam por exercer a sua atividade profissional nos hospitais, sendo esta opção especialmente vincada nos enfermeiros. Os cuidados de saúde primários foram considerados pouco atrativos para ingresso na carreira e mais de metade dos enfermeiros nestes serviços apresentavam idades superiores a 41 anos. Ferreira (2011) no estudo “A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga”, também verificou uma larga maioria de profissionais de enfermagem do sexo feminino (89,9%), o estado civil de casado ou união de facto é predominante, com 72,2%, tal como a habilitação académica de licenciado que corresponde a 88,2% da amostra, que conta com 23,3% especialistas. A idade dos profissionais é mais baixa do que a encontrada no presente estudo, com 59,6% dos profissionais com idade igual ou inferior a 35 anos. No estudo “Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto do desempenho profissional do enfermeiro”, Santos (2012) apresenta também maioria de profissionais do sexo feminino (80%), metade dos profissionais são casados ou em união de facto, a totalidade dos participantes são licenciados e 30% são especialistas. As idades dos participantes oscilam entre os 24 e os 43 anos, com uma média de 33,8 anos, o tempo de exercício profissional oscila entre 1 e 22 anos, valores abaixo dos observados neste estudo.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, nomeadamente o **género** dos enfermeiros, constata-se que a amostra é maioritariamente constituída por elementos do género feminino, convergindo com outros estudos tais como Alves (2012), Benzein et al (2008b), Galinha (2009), Martins et al (2010), Oliveira et al (2009) e Sousa (2011) e, em particular, com os dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2020) dos 78117 membros, 64292 (82%) são do sexo feminino, o que confirma os dados observados. Dados também confirmados por Benner (2001), quando refere que a profissão de enfermagem é sobretudo composta por mulheres.

Ângelo et al (2014) encontraram 94% de enfermeiros do sexo feminino num estudo envolvendo as atitudes dos enfermeiros nos cuidados de pediatria no Brasil. Oliveira et al, (2011) em Portugal no seu estudo sobre a validação da escala IFCE- AE, encontraram 88,2% enfermeiros do sexo feminino.

Alguns autores indicaram que as enfermeiras são mais predispostas para atitudes favoráveis à importância da família nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a). Este achado pode estar relacionado com o facto histórico da predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem (Souza, Araújo, Silva & Bêredo, 2014).

Estudos idênticos realizados pelo Oliveira et al (2011) e Alves (2011) corroboram a mesma informação. Já o estudo realizado por Benzein et al. (2008b) revela que as enfermeiras apresentam em média, atitudes mais favoráveis à importância das famílias nos cuidados de enfermagem do que os enfermeiros. Esta conclusão é sobreponível à obtida por Astedt-Kurki et al (2001) que transmitem que as enfermeiras estão mais predispostas a reconhecer a importância das famílias.

No estudo realizado por Sousa (2011) concluiu que são os homens quem mais considera a família como um fardo, apresentando valores médios mais baixos nas atitudes positivas.

Na investigação realizada por Rodrigues (2013) também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o género, porém os valores médios obtidos foram semelhantes para homens e mulheres, quer nas atitudes positivas quer na dimensão Família como um fardo.

No que respeita ao **título profissional**, os enfermeiros da UCSPA são enfermeiros, havendo um enfermeiro especialista (20%), enquanto no grupo de enfermeiros em Formação só se verifica o título de Enfermeiro. Tais resultados acompanham os dados da OE (2020), que revelam que cerca de 75% são enfermeiros de cuidados gerais, com apenas 27% a serem detentores da Especialidade.

Em relação às **habilitações académicas**, os enfermeiros são licenciados, na sua totalidade. De acordo com a OE (2020) 77% dos enfermeiros detém o grau académico de licenciatura.

Em termos de **experiência profissional** e segundo o modelo Dreyfus de aquisição de competências mencionado por Benner (2001), verificou-se um predomínio do nível de competência proficiente com os enfermeiros da UCSPA a apresentarem uma média de experiência profissional de 29 anos (variou entre os 22 e os 35 anos) e os enfermeiros em Formação com média da experiência profissional de 16 anos (variou entre os 3 e os 30 anos). O Enfermeiro proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são guiadas por máximas. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os

acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação. Esta compreensão melhora o seu processo de decisão. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos. Tais enfermeiros possuirão a capacidade de perceber as situações, de uma forma global, e de agir adequadamente, de acordo com as suas vivências (Benner, 2001).

Verifica-se que 50% dos enfermeiros têm experiência profissional superior a 18 anos. Para Benzein (2008b), no seu estudo sobre esta problemática, revela que os enfermeiros com mais experiência profissional têm atitudes mais favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados. Por outro lado, Ângelo et al (2014) no seu estudo num contexto semelhante, encontrou resultados diferentes, em que os enfermeiros com mais experiência profissional evidenciaram atitudes de menos suporte em relação à participação das famílias nos cuidados de enfermagem.

No que respeito ao **local onde exercem funções** a totalidade dos enfermeiros trabalha na UCSPA. Relativamente aos enfermeiros em Formação, verifica-se que 5 (38,5%) trabalham na UCSP, 5 enfermeiros (38,5%) trabalham em hospital e os restantes noutros locais, maioritariamente em USF. Tal distribuição está na linha dos resultados apresentados pela OE (2020), relativa à distribuição por setor de atividade, em 2020, em que a grande maioria dos enfermeiros exercia funções em Hospital, ou em Setor desconhecido, com apenas 11,9% dos enfermeiros a exercer em ACES/CS, apesar dos repetidos compromissos políticos a favor da expansão dos Cuidados de Saúde Primários (Fronteira, Jesus, & Dussault, 2020).

Em termos de anos de **tempo de serviço** na Unidade, 60% dos enfermeiros da UCSPA exercem a sua atividade há mais de 9 anos, enquanto os profissionais em formação, 38,5% exerce a sua atividade há mais de 9 anos, encontrando-se com 24,5% os grupos de 4-6 e 7-9 anos.

Relativamente à existência de **curso de curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização**, 1 enfermeiro da UCSPA tem especialização em enfermagem comunitária e 1 enfermeiro em formação tem pós graduação.

A Enfermagem Saúde Comunitária, no descrito Anuário da OE (2020) tem uma percentagem de 20%, sendo a especialidade de médico cirúrgica a que detém mais especialistas com 22%. Embora os enfermeiros trabalhem, muitas vezes, com as famílias, muitos deles relatam ter conhecimento limitado sobre como proporcionar cuidados de enfermagem de saúde familiar úteis. A família é considerada importante no cuidado de enfermagem. Enfermeiras mais

jovens com educação básicas apresentaram atitudes menos favoráveis em relação à inclusão da família nos cuidados de enfermagem. Os líderes e gestores clínicos devem promover a formação sobre a importância do envolvimento ativo da família no cuidado ao utente na prática clínica e no ensino de graduação (Ostegaard et al, 2020).

Os enfermeiros recém-formados não são apenas orientados para tarefas, mas também são capazes de interpretar e lidar com várias situações, embora seguindo orientações. Em contraste, um enfermeiro especialista pode, intuitivamente, entender cada situação, identificar alterações relevantes, e também modificar a sua perspetiva da situação. As suas capacidades são caracterizadas por uma maior capacidade para seguir padrões mais globais (Benner, 2005; Benner et al, 1996).

Segundo Benner (2005, p.31) “O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos”. É ao longo do tempo que um enfermeiro adquire a experiência e que o conhecimento clínico se desenvolve.

Para McHugh e Lake (2010) existem poucos estudos quantitativos capazes de capturar, simultaneamente, a natureza transacional e temporal da experiência e muitos limitam a sua medição aos anos de prática.

Enfermeiros mais experientes reportam a realização de funções mais complexas do que aqueles que têm menos experiência e, portanto, os anos de experiência estão associados com a perícia (Bobay, Gentile e Hagle 2009).

Outros estudos revelam que, o desempenho dos enfermeiros especialistas alcançado com a passagem do tempo, e os anos de experiência numa determinada área, não é condição suficiente para ser considerado perito, sendo necessário aspetos pessoais, como a motivação e investimento pessoal para alcançar essa performance perita (Van Gog, Ericsson, Rikers e Paas, 2005; Whyte et al, 2009).

Relativamente à **formação em Enfermagem de Família**, os enfermeiros da UCSPA 20% respondeu que tem formação em Enfermagem de Família e 80% responderam que não. Relativamente aos enfermeiros em Formação 69% responde que tem formação em Enfermagem de Família, enquanto 31% responderam que não.

Vários resultados da bibliografia consultada têm revelado que os enfermeiros referem não ter uma formação adequada, no que diz respeito à forma como devem lidar com os familiares e quais as suas necessidades (Hallgrimsdottir, 2000), tendo sido evidenciado que os enfermeiros com formação em enfermagem de saúde familiar vêm a família mais como um parceiro do

que aqueles que não têm (Oliveira et al, 2009). No estudo desenvolvido por Marco et al (2006), demonstrou existir coerência entre as atitudes dos enfermeiros e aquilo que eles dizem ser, em seu entender, a relação enfermeiro/família. Uma das conclusões deste estudo é a opinião dos enfermeiros sobre os benefícios da visita familiar e as atitudes por eles adotadas. Com esta pesquisa é demonstrada uniformidade entre aquilo em que os enfermeiros acreditam e as suas atitudes acerca dos benefícios e da inclusão das famílias nos cuidados.

A propósito do questionamento acerca das **experiências com familiares gravemente doentes**, 80% dos enfermeiros da UCSPA responderam positivamente, à semelhança dos enfermeiros em Formação, para cujos 76,9% tal, também, já se verificou. A análise destes dados assumirá particular importância na análise das hipóteses, já que, um jovem enfermeiro que tenha tido uma má experiência na relação com os familiares de um utente, pode desenvolver uma atitude desfavorável à inclusão das famílias nos cuidados. Por oposição, as experiências próprias de doença grave com familiares seus, condicionam uma atitude positiva do enfermeiro face à família, no decorrer do seu trabalho (Benzein et al, 2008a; Sousa, 2011).

Experiências pessoais também podem afetar as atitudes profissionais. Num estudo, baseado em entrevistas, com estudantes de enfermagem, estes foram fortemente influenciados pelas suas experiências pessoais quando se exploraram as suas crenças sobre as famílias nos cuidados de enfermagem (Saveman, Mahlen, & Benzein, 2005).

Sumarizando, em matéria de características sociodemográficas e profissionais, no **grupo dos enfermeiros da UCSPA** têm-se enfermeiras licenciadas, de meia idade, com e sem especialidade em Enfermagem de saúde comunitária, a exercer há perto de 30 anos, a trabalhar em UCSP há mais de 9 anos, com e sem formação em Enfermagem da Família e tendo tido experiências com familiar gravemente doente.

Sintetizando as características sociodemográficas e profissionais do **grupo dos enfermeiros em Formação**, têm-se enfermeiras mais jovens, com idade média de 38 anos, sem especialidade, licenciadas, a exercer, em média, há 16 anos, a trabalhar em UCSP e USF entre 1-3 anos e há mais de 9 anos respetivamente, com e sem curso de pós-graduação e sem especialização, com e sem formação em Enfermagem da Família, e tendo tido experiências com familiar gravemente doente.

A estatística da OE (2020) reporta uma população de enfermeiros com maior frequência para o género feminino, grupo etário 36-40, enfermeiros de cuidados gerais, com o maior número de especialistas na área da Enfermagem de Reabilitação e com maior distribuição na área

hospitalar. A amostra de enfermeiros em Formação enquadra-se, como tal, nas características da população, em termos de género, idade e formação de base.

Com o objetivo de obter uma medida global do grau de concordância, utilizou-se os scores totais da escala IFCE-AE para cada enfermeiro. São apresentados em primeiro lugar, a comparação por contextos de cuidados dos enfermeiros e variáveis em análise por subescalas, seguindo-se os resultados globais.

Verifica-se uma média de 41,83 pontos, na dimensão que se relaciona diretamente com as atitudes dos enfermeiros, ou seja, na dimensão “família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, com um desvio-padrão de 3,312, o mesmo acontece na dimensão que apresenta as opiniões dos participantes relativamente à “família como recurso nos cuidados de enfermagem”, com uma média de 35,28 pontos, apresentando um desvio-padrão de 1,994 e uma média baixa de 9,06 pontos na dimensão menos positiva, ou seja, na dimensão “família como um fardo”, com um desvio-padrão baixo de 2,711, o que realça, na globalidade da escala, atitudes positivas dos enfermeiros quando questionados sobre a importância atribuída às família nos cuidados de enfermagem.

Salienta-se que a média de score total foi de 86,17 pontos, numa escala de 26 a 104, indicando que os enfermeiros investigados têm uma atitude positiva relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Fernandes et al (2015) indica os enfermeiros que participaram no estudo “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar” revelam uma atitude favorável perante a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Estes resultados são similares a outros estudos de âmbito nacional (Sousa, 2011; Alves, 2011, Oliveira et al, 2011; Silva et al, 2013; Martins, 2020) e internacional (Benzein et al., 2008; Ângelo et al, 2014 Ribeiro Chavez et al, 2017; Svavardottir et al 2014; Hoplock et al, 2019). Os enfermeiros referem importar-se com as famílias.

O grupo dos enfermeiros UCSPA apresenta a média de resposta mais elevada associada à dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping (41,8, Família como recurso dos cuidados de enfermagem com valor médio de resposta de 34,6 e Família como um fardo com média de resposta de 10), o mesmo se verifica no grupo de enfermeiros em Formação, embora, neste, a diferença de médias entre as dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de coping e Família como recurso dos cuidados de enfermagem seja menor (41,85 e 35,54, respetivamente; 8,69 na dimensão Família como um fardo). As médias obtidas

referentes à dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping sustentam a opinião dos enfermeiros em estudo, de que a família é uma importante fonte de informação, um interlocutor com quem se pode estabelecer um diálogo terapêutico e é valorizado o seu envolvimento nos cuidados ao doente.

Na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping ao serem somadas às respostas “Concordo” e “Concordo Totalmente”, 100% dos enfermeiros consideram importante que os familiares sejam convidados a participar ativamente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente; que no primeiro contato com os familiares, 88,9% dos enfermeiros convidam a família a participar das discussões sobre o processo de cuidados ao utente; 88,9% concordaram que discutir com os familiares no primeiro contato, sobre o processo de cuidados, economiza tempo no trabalho futuro; 94,4% procuram sempre saber quem são os membros da família do utente; 94,5% convidaram familiares para conversar depois dos cuidados; 100% perguntaram às famílias como poderiam ajudá-las; 100% encorajam as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações; 100% consideram os familiares como parceiros; 100% convidaram os membros da família a falarem sobre as alterações do estado do utente; 94,5% convidaram os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados; e 100% vêem-se como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.

Os dados da dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem mostram que os enfermeiros consideravam a família como um recurso no cuidado, sendo valorizada por sua competência e capacidade, tornando-a corresponsável nos processos saúde-doença. Nessa dimensão, quando somadas às respostas "concordo" e "concordo totalmente" 94,5% dos enfermeiros aceitaram que é importante saber quem são os familiares do utente; 100% concordaram que o bom relacionamento com os familiares lhes traz satisfação no trabalho; 94,4% decidiram que a presença de familiares era importante para eles como enfermeiras (os); ao serem questionados sobre se a presença de familiares dava sensação de segurança, 77,8% afirmaram concordar com isso; para 100% dos enfermeiros, os familiares devem ser convidados a participar ativamente do planeamento dos cuidados a prestar ao utente; quando questionados se a presença de familiares era importante para os próprios familiares, 100% concordaram com essa afirmação; 94,5% mencionaram que o envolvimento com a família os fazia sentir-se úteis; 94,4% concordaram que os enfermeiros ganham muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que podem usar no trabalho, e ainda relataram que era importante dedicar tempo às famílias, 100% concordaram com essa afirmação. Em relação à atitude, a

presença de familiares aliviou minha carga de trabalho, 22,2% dos enfermeiros discordaram como importante para o processo de cuidar.

Na dimensão Família: como fardo, quando somada às respostas “Discordo” e “Discordo totalmente”, 78,4% dos enfermeiros consideraram que a presença de familiares dificultava o trabalho; 61,1% referiram não ter tempo para cuidar da família e 72,2% relataram que a presença da família os deixava em stress. Como se a presença dos familiares os fizesse sentir-se avaliados, 50% dos enfermeiros concordaram com essa afirmação. Nesta dimensão, foi a atitude em que a frequência de concordância foi maior quando comparada com as demais.

Estes resultados foram também obtidos no estudo de Astedt-Kurki et al (2001), realizado na Finlândia, com uma amostra de 155 enfermeiros, cujo objetivo era perceber de que forma se desenvolvia a interação entre a família e a equipa de enfermagem ao doente internado, concluindo que a maioria dos profissionais considerava importante a interação com a família. Martins (2020) verificou no estudo envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitudes dos Enfermeiros na ilha de Santiago em Cabo Verde os resultados apontaram para atitudes positivas dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

No estudo de Hoplock et al (2019) que se intitula “Atitudes das enfermeiras do Hospital Canadiano e das visitas domiciliárias em relação às famílias em cuidados de transição: um estudo comparativo descritivo” revelou que as respostas das enfermeiras que realizam visita domiciliária e enfermeiras que exercem funções em hospital refletiram atitudes positivas em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem com uma pontuação média de 99 para enfermeiras que exercem funções em hospital e 101 para enfermeiras que realizam visita domiciliária, indicando que enfermeiras canadianas pontuaram de forma semelhante a enfermeiras de outros países. A descoberta de que as atitudes das enfermeiras foram amplamente positivas replica a pesquisa realizada em outros países. Por exemplo, as pontuações medianas variaram de 79 por enfermeiras em Portugal de vários contextos de prática (Fernandes et al, 2015); 86 por enfermeiras da cardiologia na Bélgica (Luttik et al, 2017); 97 por enfermeiras da cardiologia na Escandinávia (Luttik et al, 2017); e 104 por enfermeiras na Suécia (Saveman et al, 2011).

Enfermeiros das Unidades de Cuidados intensivos investigados apresentam atitude positiva quanto à importância das famílias no cuidado de enfermagem. No estudo “importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva” a

média total da escala IFCE-AE foi de 75,1. Em relação à Família: parceiro dialogante e recurso coping a média foi de 34,4; na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, foi de 30 e na dimensão Família: fardo a média foi de 10,6, demonstrando que, em geral, a família não é considerada uma sobrecarga do cuidado pelos enfermeiros estudados (Ribeiro e Chaves, 2017).

Ao serem analisadas as diferenças de médias relativas às **idades** dos respondentes, no presente estudo, pode-se afirmar, com base nos resultados do teste de correlação de Pearson, que as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, quer a nível da família como parceiro dialogante e recurso de coping, quer na família como um recurso nos cuidados de enfermagem, quer na família como um fardo, não variam consoante a idade dos enfermeiros, a um nível de significância de 0.05. No entanto, verifica-se com uma relação negativa, embora não significativa, entre a idade e a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping, sendo que quanto mais velhos os enfermeiros, menos percebem a família como parceiro dialogante e recurso de coping.

O grupo etário não influencia a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Oliveira et al (2011) em Portugal., bem como, noutros estudos também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o grupo etário (Sousa, 2011; Rodrigues, 2013).

No entanto, no estudo realizado no Brasil por Ângelo et al (2014), foram encontrados resultados estatisticamente significativas, com atitudes de maior apoio nos enfermeiros na faixa etária de 31 aos 40 anos. Algumas investigações realizadas obtiveram resultados diferentes, afirmando que são os Enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte (Benzein et al, 2008; Silva et al, 2013).

Analisando a relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o **título profissional**, demonstra-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre o título profissional, relativamente às três dimensões e, portanto, não se verifica associação. De notar, contudo, que a média do valor das respostas dos enfermeiros, para as dimensões famílias como parceiro dialogante e recurso de coping e família recurso nos cuidados de enfermagem, é superior nos enfermeiros que não têm o título de especialista. Já a dimensão como fardo revela-se com média superior nas respostas de enfermeiro especialista.

Os resultados mostram que são os Enfermeiros licenciados quem apresenta atitude mais favorável na importância da família no cuidar apresentando valores mais baixos na dimensão

Família como um fardo.

No presente estudo, tal como no estudo de Rodrigues (2013), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas que revelem influencia das habilitações académicas sobre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar. No entanto, Sousa (2011) encontrou significado estatístico dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família. Freitas (2009), aponta os Enfermeiros licenciados como o grupo que maior importância dá ao trabalho com as famílias. Na opinião de Freitas (2009), a divergência encontrada entre a prática diária dos enfermeiros na abordagem à família e a importância que lhe atribuem, poderá ser indicativo de que, embora tenha existido nos últimos tempos um progresso significativo no paradigma da Enfermagem de família, ainda existe uma lacuna entre a teoria e a prática.

Freitas (2009), salienta que a variável formação adquire significado na forma como os sujeitos percecionam a Enfermagem de família, opinião defendida por Wright e Leahey (2009), quando referem que a formação pode ser um agente incitador de uma boa prática de enfermagem com famílias, fazendo mesmo a diversidade entre os diferentes níveis de intervenção junto das famílias.

Considera-se que a formação por si só, poderá não ser suficiente para a efetivação de uma intervenção de enfermagem de família (Wright e Leahey, 2009).

Freitas (2009), confirma esta opinião, nos resultados que obteve no seu estudo, em relação à variável habilitações académicas que influencia significativamente a importância atribuída à Enfermagem com Famílias, mas não influencia significativamente a prática que estes enfermeiros desenvolvem.

Estes resultados são semelhantes aos obtidos por outros autores que afirmam que quanto mais diferenciado o nível de ensino mais favoráveis são as atitudes verificadas (Martins et al, 2012; Santos, 2012).

Birte Østergaard et al (2020) no estudo intitulado “Atitudes dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem: um estudo transversal” no qual investigou as atitudes em relação ao envolvimento da família no cuidado entre uma ampla amostra de enfermeiras dinamarquesas de todos os setores e ambientes de saúde refere que o nível de ensino superior é significativamente associado com atitudes mais positivas. Atitudes menos favoráveis sobre o envolvimento famílias em cuidados de enfermagem foram

significativamente associadas não tendo educação adicional, exceto educação básica de enfermagem, sendo que, enfermeiros com mestrado e doutorado pontuaram significativamente mais alto do que enfermeiras com formação básica em enfermagem.

Os enfermeiros que possuem maiores habilitações académicas (grau de mestre) atribuem maior importância à família nos cuidados. Contudo, por verificamos apenas a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão Família: fardo, esta ocorrência pode evidenciar o facto de muitos enfermeiros realizarem o segundo ciclo de estudos fora da área da enfermagem, o que os leva a não interiorizarem a Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* e a Família como recurso nos cuidados de enfermagem. Esta constatação revela, ainda, a importância e a necessidade emergente da implementação de cursos de pós-graduação na área da enfermagem de família (Silva,2013).

Em suma, e corroborando as conclusões de Rodrigues (2013) e Sousa (2011), rejeita-se a hipótese formulada constatando-se que as variáveis sociodemográficas não influenciam a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família nos cuidados, ao contrário de pesquisas anteriores de Benzein, Johansson, Arestedt e Saveman (2008).

Dos resultados obtidos pela aplicação do teste correlação de Pearson, verificou-se que para as três dimensões da escala e respeitando um $p=0,05$, não existe associação estatística com os anos de **experiência profissional**, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica uma alteração significativa da atitude dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala. Corroboram estas informações o estudo de Alves (2011) e Oliveira et al (2011), que utilizaram a mesma escala para avaliar as atitudes dos enfermeiros.

No que diz respeito ao tempo de serviço os valores obtidos revelam que os Enfermeiros com mais anos de serviços apresentam atitudes menos favoráveis relativamente à família.

No processo de construção da FINC-NA, encontraram-se evidências de que os Enfermeiros formados recentemente não apresentam atitude de suporte em relação à família, apresentando valores elevados na dimensão Família como um fardo (Benzein et al, 2008). Contudo, em consonância com os resultados deste estudo não se verificam diferenças significativas nas atitudes de suporte nos enfermeiros com mais anos de experiência., uma vez que, nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família como recurso nos cuidados de enfermagem a nota global são os Enfermeiros com menos anos de serviço que apresentam atitudes mais favoráveis. Por outro lado, Ângelo et al (2014) encontrou resultados

semelhantes, em que os enfermeiros mais experientes evidenciaram atitudes de menos suporte em relação à participação das famílias nos cuidados na área de pediatria e materno infantil. Esta situação traz uma reflexão acerca do modelo de aquisição de competências de Patricia Benner. A apreciação deste contexto de abordagem dos cuidados leva a pensar que, estes conceitos de envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem possam ter outros fatores condicionantes que não sejam conhecimentos técnico-científico e o tempo de exercício profissional.

Tal facto contraria a opinião de Benner ao referir que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se (...) esta mudança leva a um melhoramento das situações” (2001, p.63). A mesma autora reforça esta ideia, quando defende que os profissionais com experiência profissional desenvolvem a capacidade de descentralizar do cuidado técnico e prestar um cuidado holístico, com desenvolvimento da capacidade de comunicação e atuação face à família.

Para Benzein et al. (2008b), os enfermeiros com alguns anos de prática são capazes de considerar mais que o doente que cuida, incluem os membros da família como unidade de cuidados.

Ainda em relação à variável experiência profissional, Benzein et al. (2008a), e Sousa (2011) obtiveram resultados conducentes a atitudes favoráveis dos enfermeiros.

Silva (2013) quanto ao facto de os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional evidenciarem atitudes de maior suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, o que foi também concluído no estudo de Benzein et al. (2008), poderá ser justificado pelo facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional, centrarem a sua atividade nos utentes e não nas famílias. Tal facto vai ao encontro da perspectiva de que a enfermeira perita, com mais tempo de exercício profissional, “(...) toma em linha de conta tanto as necessidades dos membros da família, como as dos doentes (...) sabe quando permitir aos membros da família terem um maior papel, e quando os deve substituir”. Enquanto os enfermeiros iniciados, os iniciados avançados e mesmo os competentes (há menos de três anos no mesmo serviço) não são suficientemente experientes para reconhecer uma situação no seu todo ou identificar os aspetos mais importantes (Benner, 2001, p.13). Por outro lado, o facto de terem uma menor experiência profissional pode condicionar a perspectiva da valorização dos resultados em saúde, quando a família é tomada como alvo dos cuidados.

Já Blondal (2014) indica que os enfermeiros mais jovens estão em processo de aprendizagem e aquisição de experiência priorizando os cuidados físicos e a segurança física. Como a sua orientação é normalmente mais voltada para as tarefas do que para fornecer cuidados holísticos são menos competentes no atendimento das necessidades psicossociais do utente e de sua família (Benner, Tanner, & Chesla, 1996). Além disso, seu foco está mais na relação enfermeira-utente, e esses problemas podem torná-los menos propensos a priorizar a família sob seus cuidados (Holden, Harrison, & Johnson, 2002). Por outro lado, o quadro de experiência clínica de enfermeiras experientes é mais extensa tornando-os bastante capazes de incluir a família (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie e Paunonen-Ilmonen, 2001b).

Com a aplicação do teste One-Way ANOVA verificou-se que quanto ao **local de exercício de funções** (UCSP, UCC, Outras), as diferenças não têm significado estatístico no presente estudo, não havendo associação, relativamente às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping, Família como recurso dos cuidados de enfermagem e Família como um fardo. No entanto, os Enfermeiros que exercem funções em CSP são quem apresenta atitude mais favorável nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping, Família recurso nos cuidados de Enfermagem e na nota global. Outros autores não encontraram significado estatístico relativamente à unidade onde os Enfermeiros exercem a sua atividade (Oliveira et al, 2011; Rodrigues, 2013)

Estes resultados poderão explicar-se pela diferente organização funcional dentro das próprias unidades funcionais e pelas múltiplas exigências com que os profissionais se deparam. Num contexto de grandes exigências, que obrigue ao estabelecimento de prioridades, os Enfermeiros podem direcionar-se para outros focos de atenção em detrimento da família (Benzein et al, 2008).

No estudo “ A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar ” relativamente aos diferentes contextos de cuidados realça-se existirem pequenas diferenças, particularmente positivas para o serviço de obstetrícia com valores mais elevados que os serviços de urgência. Alguns estudos salientam que os enfermeiros que trabalham nas áreas de pediatria e materno-infantil de um hospital têm uma atitude mais positiva face à família (Benzein et al, 2008; Ângelo et al, 2014), ao contrário dos profissionais que exercem atividade em ambientes de agudos (Benzein et al, 2008; Fisher et al, 2008).

No estudo de Benzien (2008) ao comparar enfermeiros que exercem funções em hospital e os que exercem funções em cuidados de saúde primários, as enfermeiras que exercem funções em hospital tinham atitudes menos solidárias em relação às famílias como um recurso na assistência de enfermagem e na visão da família como seu próprio recurso. Estes achados estão em contraste com a pesquisa que descobriu que enfermeiras de hospitais sustentam atitudes em relação às famílias (Åstedt-Kurki et al., 2001b; Berterö, 2002; Evans, 2002). A atitude menos favorável entre os enfermeiros em cuidados hospitalares em comparação com os enfermeiros de cuidados de saúde primários pode estar relacionada à crença de que a interação com as famílias se limita à divulgação de apenas informações (Åstedt-Kurki et al., 2001a). Outros estudos mostraram que o enfermeiro hospitalar não considera a família como recurso (Clarke, 2000) e as famílias não são convidadas a participar do cuidado dos utentes (Söderström et al., 2003). Isso pode ser relacionada à exigente situação de trabalho para enfermeiras hospitalares.

A atitude de apoio e a forma como consideram as famílias, como um recurso dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, pode estar relacionado ao fato de que costumam visitar famílias nas suas casas e, portanto, têm uma possibilidade óbvia de criar bons relacionamentos com as famílias e vê-los como parceiros de trabalho / colaboração (Benzein et al., 2004). Feeley e Gottlieb (2000) argumentam que trabalhar em parceria com as famílias muitas vezes anda de mãos dadas com a crença de reconhecer famílias como um recurso. Uma relação colaborativa com as famílias é caracterizada por uma relação não hierárquica recíproca, vendo as famílias como especialistas e valorizando seus pontos fortes e recursos (Leahey & Harper-Jaques, 1996; Wright et al., 1996). Ver as famílias como um parceiro de conversa significa ter discussões com as famílias sobre, por exemplo, estrutura familiar e planeamento de cuidados.

No estudo “A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros” de Silva (2013) o tipo de unidade funcional onde os enfermeiros trabalham parece condicionar as atitudes destes para com as famílias. Relativamente aos inquiridos que trabalham em UCSP terem evidenciado atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, este resultado poderá ter estado relacionado com a recente criação destas unidades (simultaneamente à colheita de dados), que trouxeram novas formas de organização dos cuidados e, conseqüentemente, exigiram adaptações dos profissionais, sem ter existido uma preparação prévia. Por outro lado, pode também relacionar-se com as evidências do estudo de Teixeira (2012), iniciado em 2005, cujos

resultados apontaram para um efeito discriminatório entre os profissionais que trabalham em USF e CS, o que na atualidade assume a correspondência verificada entre USF/UCSP.

Apesar da atitude geral de suporte para Oliveira (2011), foi interessante avaliar as diferenças entre os subgrupos nos resultados obtidos face à dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping, tendo-se verificado que os enfermeiros que têm formação de Enfermagem de família e que os que trabalham em USF apresentam uma média superior face aos restantes. Esta evidência corrobora as atuais políticas de reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, bem como o investimento que tem vindo a ser efetuado a nível da formação académica e contínua dos profissionais de enfermagem.

À semelhança dos estudos anteriores Østergaard (2020) indica que os enfermeiros do hospital tiveram pontuações mais baixas do que os enfermeiros cuidados de saúde primários. Isso está de acordo com Gusdal et al (2017), que mostrou que trabalhar em cuidados de saúde primários proporciona atitudes mais favoráveis para o envolvimento da família.

Com a aplicação do teste correlação de Spearman, apresentam-se resultados que indicam não existir associação estatística entre a variável **tempo de exercício no serviço** e as dimensões da escala, para um $p=0,05$, o que significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o facto de ter mais ou menos tempo de experiência profissional no serviço atual.

O resultado do estudo faz com que seja rejeitada a possibilidade de existência de relação entre enfermeiros com mais ou menos tempo de exercício no serviço atual terem diferentes atitudes relativamente à participação das famílias nos cuidados. Será necessário mais de que tempo de exercício profissional nos serviços, para influenciar as atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, mas antes a necessidade de formação especializada, o que permitirá aos enfermeiros a aquisição de competências para prestarem cuidados mais holísticos aos utentes e às famílias. Esta suposição vai de encontro com o pensamento de Silva, (2013) e Freitas, (2009), que reconheceram que o facto dos enfermeiros especialistas mostrarem atitudes de maior apoio às famílias nos cuidados de enfermagem, poderá estar relacionado com a introdução de conteúdos sobre família nos programas dos cursos de especialização.

A análise da tabela com o teste Tstudent aplicado aos enfermeiros que se encontram a fazer formação na área da Enfermagem em Saúde Familiar, na ESSLei, para avaliar a atitude face à família, comparativamente aos que trabalham na UCSPA, permitiu perceber que não foram

identificadas diferenças estatisticamente significativas, relativamente à atitude, entre os enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a fazer formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar na ESSLei, relativamente às três dimensões. Assim, e embora não se tenha verificado tal associação significativa para $p=0,05$, ressalva-se que a média do valor das respostas dos enfermeiros em formação nas dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de coping e Família como recurso dos cuidados de enfermagem, é superior à dos enfermeiros da UCSPA, os quais manifestam maior média na resposta à dimensão Família como um fardo.

No que diz respeito à associação entre a atitude e a **formação em Enfermagem de Família**, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a formação em Enfermagem de Família e a atitude nas três dimensões. Os resultados mostram que a média do valor das respostas “sim”, tem formação em Enfermagem de Família, para as dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de coping e Família como recurso dos cuidados de enfermagem do estudo é superior, comparativamente às respostas “não” tem formação em Enfermagem de Família.

À semelhança destes resultados Sousa (2011) indica que não existem diferenças significativas relativas à atitude entre os grupos de enfermeiros de reabilitação com e sem formação em enfermagem de família. Já para a globalidade dos profissionais estudados, usufruir de formação em enfermagem de família revelou-se influenciador da atitude do enfermeiro, tendo-se obtido diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Estes resultados permitem afirmar que as características profissionais, nomeadamente o tempo de experiência, o grau académico e a formação em enfermagem de família, não influenciam a atitude do enfermeiro de reabilitação. Quando se avaliam todos os enfermeiros envolvidos no estudo é possível concluir que estas características influenciam a sua atitude face à família.

Oliveira et al (2009), no processo de validação desta escala, afirma que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam face à dimensão família como um parceiro dialogante e recurso de coping, valores médios mais altos, com significado estatístico. Posteriormente dados obtidos por Martins et al (2010), indicam que esta formação influencia a atitude dos enfermeiros, uma vez que de forma semelhante os enfermeiros com formação apresentam médias superiores nas atitudes positivas e média inferior na subescala família como um fardo para cuidados de enfermagem.

Os programas formativos específicos em enfermagem de família também podem contribuir

para uma atitude positiva. Cita-se o exemplo de um projeto de formação em enfermagem dos sistemas familiares, conduzido por Svavardottir (2008) numa instituição hospitalar da Islândia, com o objetivo de potenciar o envolvimento da família de forma sistemática na prática diária dos cuidados pelos enfermeiros, tendo sido obtidos resultados muito positivos para as famílias, para os profissionais e até para a própria instituição.

No estudo realizado por Fernandes et al (2015) “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar” os enfermeiros que possuem habilitações académicas superiores (mestrado) obtiveram maiores valores médios, embora sem diferença estatística significativa. Silva et al (2013) obtiveram resultados superiores. No caso de enfermeiro especialista estes também obtiveram scores médios superiores, sem diferenças estatisticamente significativas.

Embora a formação sobre família seja considerada uma variável importante noutros estudos (Silva et al, 2013; Ângelo et al, 2014) e, apesar da sua pontuação média superior, esta não obteve diferença estatisticamente significativa.

A formação na área da família é ainda distinguida por Freitas (2009) como um fator facilitador das intervenções centradas na família. A importância atribuída à enfermagem com famílias é influenciada pelas características sócio profissionais, direta ou indiretamente, relacionadas com a formação, nomeadamente, os enfermeiros com licenciatura e mestrado; os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores (que obrigam a um nível de formação mais elevado) e os enfermeiros que tiveram formação sobre família dispersa e como unidade curricular na sua formação académica, percecionam maior importância da Enfermagem com Famílias. De mencionar que estes últimos, com formação sobre família dispersa e como unidade curricular na sua formação académica, também percecionam níveis de prática mais elevados relativamente aos enfermeiros que não tiveram qualquer formação nesta temática, ou que só a tiveram de forma dispersa ou como unidade curricular na sua formação académica.

Østergaard et al (2020) defende que existe uma forte necessidade de educação sobre a importância do envolvimento ativo das famílias nos cuidados de enfermagem.

No estudo “Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários” de Barbieri-Figueiredo et al (2012) pretende-se identificar as atitudes face aos cuidados centrados na família dos Enfermeiros de CSP da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte; identificar a perceção sobre os cuidados centrados na família dos Enfermeiros de CSP da ARS Norte; e relacionar a formação dos Enfermeiros de CSP da ARS Norte com as atitudes, conceções e prática de cuidados

centrados na família. Os resultados deste estudo vieram uma vez mais evidenciar que a formação é uma variável que tem uma influência quer na atitude dos enfermeiros face à família quer na perceção sobre a prática dos enfermeiros com famílias, corroborando os resultados de estudos nacionais (Freitas, 2009; Martins et al, 2010; Oliveira et al 2011; Sousa, 2011) e internacionais (Duhamel e Dupuis, 2011; Kaakinen, 2010; Svavardottir, 2008).

Verificou-se que para $p=0,05$ não existe associação estatística significativa entre a variável **habilitação académica** e as dimensões da escala, ou seja, o facto de os enfermeiros possuírem licenciatura ou bacharelato, não influencia diretamente as suas atitudes para com as famílias, nas três dimensões da escala considerada. O resultado encontrado indica que existe uniformidade nas atitudes nos enfermeiros no que se refere às suas habilitações académicas.

De acordo com o que está preconizado no regulamento de Ordem dos Enfermeiros de Portugal, a competência dos enfermeiros especialistas baseia-se num conhecimento aprofundado no domínio específico de enfermagem, levando em conta as respostas humanas, demonstrando sempre altos níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, sendo que é indispensável a sua atividade sem as famílias (Ordem dos enfermeiros, 2010).

No estudo de Silva (2013) à semelhança das evidências científicas resultantes da investigação de Oliveira et al (2009) e Oliveira et al (2011), constatou-se que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados.

No estudo “Enfermagem de saúde familiar: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital” (Martins, et al, 2010), os dados revelam a necessidade de manter o investimento nos processos formativos sobre enfermagem de saúde familiar, em contexto de formação contínua. 20% dos enfermeiros da UCSPA e 69% dos enfermeiros do MESCSF apresentam formação na área de saúde familiar, tendo-se verificado uma maior atitude de suporte por parte dos enfermeiros a frequentar o MESCSF acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, o que é um importante pré-requisito para envolver e interagir com a família ao longo do processo de cuidados (Aestedt-Kurki et al, 2001; Benzein et al. 2008). Os resultados mostraram que os enfermeiros tinham, maioritariamente, atitudes de suporte face às famílias, não havendo, no entanto, evidência de que contextos diferentes de cuidados interfiram nas atitudes dos enfermeiros. Por outro lado, os dados analisados permitem vislumbrar a importância dos contextos de formação (académica e contínua) para uma atitude mais favorável à família.

No entanto, no presente estudo verifica-se que na dimensão Família: como fardo, apresenta um valor médio superior nos enfermeiros com formação em enfermagem de família, tal resultado poderá estar relacionado com o facto dos enfermeiros com formação em enfermagem de família lhe atribuírem importância, mas não a integrarem no processo de cuidados. Esta constatação vai ao encontro dos resultados de alguns estudos (Vaughan-Cole, 1998; Segaric e Hali, 2005; Wright e Leahey, 2009), em que a percepção que os enfermeiros possuem não é a que orienta as práticas, podendo esta relacionar-se com constrangimentos do contexto dos cuidados, com crenças integrantes da própria atitude e/ou com a falta de clareza nos conceitos: família; contexto familiar; família como objeto de cuidados; família como contexto. Esta constatação pode ainda estar relacionada com a falta de clareza no conceito de enfermeiro de família, enquanto método de organização dos cuidados e modelo de orientação das práticas.

As experiências de vida dos enfermeiros são consideradas determinantes na sua relação com a família. Na interpretação dos dados que demonstra a relação entre as **experiências anteriores com familiares gravemente doentes** e a atitude do profissional perante a família. Não existem evidências estatísticas ($p > 0,05$) para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é diferente nos profissionais com experiência e sem essa experiência. Rejeita-se a hipótese formulada e conclui-se que a experiência anterior com familiares doentes não influencia a atitude dos enfermeiros face à família.

No estudo de Østergaard et al (2020) conclui-se que atitudes mais positivas foram significativamente associados a um grau educacional superior na enfermagem e por ter vivenciado a doença dentro da própria família. Isso é semelhante a outros estudos realizados na Suécia (Benzein, Johansson, Arestedt, Berg, et al, 2008), Taiwan (Hsiao & Tsai, 2015) e Islândia (Blondal et al, 2014).

Uma atitude positiva também foi significativamente associada aos enfermeiros, que exercem funções no serviço de urgência, com experiências anteriores com familiares gravemente doentes, (Linnarsson et al, 2015). Isso pode indicar que a habilidade dos enfermeiros envolver-se com as famílias está relacionado com as experiências de vida e crenças. Esta observação torna o enfermeiro individual ciente de como suas próprias experiências afetam suas ações (Wright & Bell, 2009).

Benzein et al (2008) partilham a ideia que enfermeiros e enfermeiras sem experiências com doenças dentro de suas próprias famílias parecem ser menos positivos em relação ao

envolvimento das famílias no cuidado.

Na opinião de Benzein et al (2008b), enfermeiros que relataram ter experiência anterior com um membro da família gravemente doente necessitando de cuidados, tinham uma atitude mais solidária em relação às famílias como um meio de conversação parceiro do que aqueles sem essa experiência. Boa comunicação entre enfermeiros e membros da família pode ser mais fácil de reconhecer se tiver enfrentado uma doença grave dentro da própria família. Tendo experiências anteriores de doença na família parece ter influenciado os enfermeiros nesta pesquisa a desenvolver uma atitude de apoio. Isso não é surpreendente, pois experiências pessoais também podem afetar as atitudes profissionais de uma pessoa.

Portanto, pode-se inferir que é necessário investir na formação para a valorização da família nos cuidados de enfermagem, considerando que uma das consequências do modelo médico dominante “é que os enfermeiros renunciaram a muitas das suas funções tradicionais de cuidar, em favor de assumir mais tarefas e funções em vez de se centrarem na pessoa” (Gottlieb, 2016; Siegel, 2010), e que os sistemas de saúde tendem a centrar a sua atenção no problema, e não nas pessoas e suas necessidades. São condições que desafiam os enfermeiros a trabalhar com os indivíduos e suas famílias caracterizando como mudança de foco, de comportamentos e de atitudes, representando um novo modo de pensar, de ser e de fazer nas relações de cuidado. Sugere redefinição de papéis do enfermeiro para o cuidado, em especial do cuidado colaborativo, no qual a pessoa e a família não são recetores passivos, mas um parceiro para o cuidado, entretanto não há um sentido comum sobre as diversas maneiras de cuidar, mas o que deveria ser questionado são os valores que os profissionais atribuem ao seu agir, pois são estes que determinam e revelam os compromissos e responsabilidades para com o outro (Erdmann, 2012). Diz respeito, portanto, à essência humana, mas, sobretudo, às escolhas e opções que fazemos nas relações de cuidado.

Segundo a Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping, os enfermeiros reconhecem a importância do cuidado compartilhado, do diálogo e da negociação, que implica a capacidade de discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, a conversar e a falar sobre o estado do utente. Estas atitudes são imbuídas de características que determinam cuidados pautados em relações horizontais e complementares marcadas pela abertura a novas e diversas opiniões, assim como para o acolhimento das famílias, e envolve a capacidade de valorizar as experiências dos familiares, flexibilidade, tolerância e pensamento reflexivo.

Diz respeito também à capacidade de escuta atenta e à presença autêntica. A escuta é “necessária para criar conexões e sustentar uma relação” e que “(re)formar o compromisso e o envolvimento clínico requer treinar o ouvido para escutar os doentes e famílias, as preocupações, a dor e o sofrimento” (Gottlieb, 2016; Predebon, 2011). Para a mesma autora, o enfermeiro pode desenvolver competências para ser um ouvinte atento, destacando que a escuta atenta começa com a condição do enfermeiro estar totalmente presente e ter uma mente aberta para ouvir o utente, o que tem a dizer e a forma como diz, e a distinguir as diferentes formas de comunicação. A presença é a forma de ser do profissional com a pessoa que procura ajuda e define-se como ingrediente essencial de qualquer relação de ajuda, uma vez que fomenta a empatia do profissional e a compreensão do que a outra pessoa vivencia (Siegel, 2010). Gottlieb (2016) sugere que o profissional encontre formas de apoiar a pessoa no que é importante para ela e de estar comprometido com a pessoa e com a sua situação na qual há uma progressão de uma condição de desconhecimento para a de conhecimento. Todavia, a presença autêntica é “uma questão de escolha” (Gottlieb, 2016), isto é, o enfermeiro pode escolher estar completamente comprometido ou estar distante, descomprometido, desinteressado e não envolvido. Portanto, “valorizar a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas” (Erdmann, 2009; Mendes, 2015), representando a manifestação de interesse e disponibilidade do profissional permeado pelo olhar e pelo observar e ver o outro na sua singularidade.

A pessoa doente faz parte de uma família, dessa forma considerar e conhecer a família é uma importante atitude de suporte para o cuidado ampliado do enfermeiro. Procurar saber quem são os membros da família, isto é, a composição familiar, é importante estratégia para intervenção na família (Wright et al, 2011). As autoras enfatizam que além de definir a estrutura da família é necessário estabelecer os vínculos, os atributos afetivos e as relações entre os membros da família e sugerem que sejam utilizados o genograma e o ecomapa como instrumentos de avaliação familiar para delinear as estruturas internas e externas da família. Essa perspectiva inclui a família como unidade de cuidados e como foco de cuidados para a Enfermagem e, sobretudo, considera a família numa perspectiva sistêmica e assim compartilha alianças e responsabilidades para enfrentar os desafios do processo saúde-doença. Os itens da dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping leva-nos a compreender o cuidado do enfermeiro apoiado na dimensão subjetiva por onde circulam a interação e a relação dialógica como elementos estruturantes. Nessa perspectiva, a família torna-se cliente da enfermagem e, isso por si só, sugere um processo interativo no qual a

proximidade e o vínculo dão corpo e estrutura ao cuidado e por onde são criadas pontes para sustentar e possibilitar novas interações. A interação possibilita o acompanhamento simultâneo do doente e da família (Bailey, 2010), e, por isso, os momentos de encontro entre a família e os profissionais devem acontecer frequentemente permitindo que façam perguntas, expressem preocupações e encontrem conforto e compaixão por parte dos profissionais (Merilänena, 2013). Cuidar, nessa perspectiva, é caracterizado por “uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunicando disponibilidade contínua e partilhando sentimentos” (Ferreira, 2009; Ângelo, 2014), tendo como base de sustentação a interação humana. Cria-se, desse modo, um sistema autossustentável que acresce à família bem-estar e um cuidado congruente com o campo das necessidades.

Assim, cuidar simultaneamente do doente e da família revela-se como necessidade emergente para o enfermeiro, pois quando um membro da família adoece a hospitalização é do familiar e da família acompanhada de sentimentos de medo, angústia, insegurança e incertezas, num clima de vulnerabilidade, desordem e desassossego (Mendes, 2015). Portanto, a monitorização da família é igualmente necessária e o cuidado do enfermeiro funciona como suporte e ferramenta facilitadora do processo. Entretanto, o “silêncio dos profissionais revelou-se como ensurdecedor” (Mendes, 2015; Merilänena, 2013) numa relação pobre em interações e de comunicação frágil. Nesse cenário, a família é vista como visita, e não como unidade de cuidados. Ao contrário, quando a família é valorizada nas relações de cuidado deixa marcas significativas em que a competência e a sensibilidade do profissional fazem a diferença.

A centralidade do cuidado na pessoa doente por meio de medidas terapêuticas e monitorização constante tende a desviar a atenção do enfermeiro para o doente (Blanchard, 2008). Por outro lado, a participação da família nos cuidados revela-se facilitador, uma vez que contribui para entenderem melhor a situação de doença e resulta em ganhos para a família não só pelo conhecimento que adquire, mas também pela importância da sua presença para o doente (Ergstrom, 2011). Envolver a família é conduta motivacional do cuidado de enfermeiros, guiada pelo desejo de melhoria do utente e de como ele será cuidado pela família, constituindo focos de ação do enfermeiro para minimizar o sofrimento com a experiência da doença (Sampaio, 2015).

Os componentes da dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem leva-nos a compreender o cuidado do enfermeiro na dimensão particular do cuidado por onde circulam a interação e a comunicação como elementos estruturantes, pois o cuidado é subjetivo e a

melhor forma para a sua compreensão é a capacidade de relacionar-se com o outro (Baggio, 2010). Entender a família como recurso nos cuidados de enfermagem é trazer a mesma para ser acolhida com vistas à reorganização da prática de enfermagem.

A partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promove-se a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeita-se as necessidades de cuidado da mesma (Pimenta, 2009). Essa condição é fruto de uma participação cada vez mais ativa das famílias no processo de saúde e doença dos seus membros e pressupõe que os enfermeiros repensem a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (Araújo, 2010).

Ressalta-se que os enfermeiros enquanto pessoas são detentores de preconceitos, crenças e valores pessoais, que por sua vez influenciam as atitudes e comportamentos para com a família no desempenho das suas atividades profissionais (Rodrigues, 2013), podendo implicar a inserção desse grupo social no processo de cuidado. Contudo, os enfermeiros devem acolher as pessoas da família para a construção de vínculos, eximindo-se de quaisquer pré-julgamentos para que assim a família identifique nos profissionais o porto seguro que necessitam (Mendes, 2015). Nessa perspectiva, a família torna-se cliente da enfermagem e, isso por si só, sugere um processo interativo no qual a proximidade e o vínculo dão corpo e estrutura ao cuidado e por onde são criadas pontes para sustentar e possibilitar novas interações. Neste contexto, comunicar promove capacidade de expressão que, para além de quebrar a solidão, representa ligação a outrem e satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social, constituindo componente essencial da vida de cada um e em particular de todo o sistema familiar (Dias, 2011). Portanto, é imprescindível que o enfermeiro tenha atitude de cooperação com a família, baseado em sua autonomia e capacidade de entender e assimilar os conhecimentos transmitidos pelo enfermeiro.

Considerar a família como fardo é colocá-lo para fora do alcance das ações dos enfermeiros e considerar a família como um fator stressante, além de representar impedimento para assistência de enfermagem. Um exemplo destas atitudes diz respeito ao não ter tempo para cuidar da família. São atitudes que desconsideram as diferentes dimensões que a família possui, excluindo-a do processo de cuidado. Atitudes como essa fazem com que os membros da família não se sintam em situação confortável, isto é, não se sintam cuidados. Considerar a família como fardo pode constituir evidências importantes de que o enfermeiro estabelece prioridades na sua atividade profissional e que estas podem não incluir o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem (Ângelo, 2014). Entretanto, é necessário considerar que

adotar a conceção de que a família é um fardo é uma barreira para o desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre enfermeiros e famílias e pode estar relacionado às barreiras pessoais, organizacionais e ambientais.

A família requer auxílio tanto por parte de sua própria rede de apoio e de outras pessoas próximas quanto dos profissionais de saúde (Beuter, 2012). Isto deve-se ao facto de que a sobrecarga emocional e física está relacionada à exposição constante às necessidades de cuidado, além da necessidade que o acompanhante possui de realizar outras atividades externas ao cuidado hospitalar (Santos, 2013). Do mesmo modo, o acompanhante representa apoio e suporte durante o tratamento e recuperação da pessoa e a sua presença implica na manutenção da afetividade, no apoio emocional e na possibilidade de manutenção do vínculo com sua rede social (Sanches, 2013). São perspectivas que reafirmam a família como unidade de cuidados. Cabe ao enfermeiro reconhecê-la como tal e compreender que o cuidado eficaz se concretiza na medida que este entendimento permeia a relação enfermagem-família.

O enfermeiro deve deter atitudes que impliquem na capacidade de admitir a parceria com a família, e, que muitas vezes, a inobservância dessa perspectiva exclui esse grupo familiar do processo de cuidados, assim como na parceria entre profissional e família.

Os enfermeiros podem-se tornar uma fonte de conforto que ajuda a família a resistir e tentar minimizar a sobrecarga do cuidador, focando nas necessidades e qualidade de vida dessas famílias (Eggenberger & Sanders, 2016). Assim, são necessárias intervenções que apoiem tanto o utente e família como uma unidade para minimizar as suas experiências de angústia e se concentrar nos recursos da família para apoiar a sua saúde e bem-estar (Benzein et al., 2015; Persson & Benzein, 2014; Wright e Leahey, 2013). Treinar e, assim, desenvolver habilidades em enfermagem de saúde familiar incentiva a compreensão empática (Eggenberger & Sanders, 2016) e fortalece os enfermeiros das suas capacidades, o que motiva para superar os desafios de enfermagem de saúde familiar na sua prática diária (Broekema et al., 2018; Duhamel et al., 2015).

Watson e Bell dão ênfase à alteração, à modificação e colocam em causa as crenças limitadoras como sendo uma forma de ajudar a aliviar e a diminuir o sofrimento das famílias. O reconhecimento do sofrimento, o proporcionar que se contem histórias sobre o sofrimento e ouvi-las, testemunhar o sofrimento, relacioná-lo com a espiritualidade, reconhecer e por em causa as nossas crenças limitadoras, criar um ambiente de cura e proporcionar reflexões sobre o sofrimento são algumas formas úteis para o alívio do sofrimento. As ações das enfermeiras para manterem a família unida e de criar um sentimento de conforto e confiança são os

comportamentos fundamentais que permitem aos familiares transmitir as suas histórias de sofrimento. Proporcionar um contexto de partilha de experiências sobre a doença com os familiares legitima as emoções intensas geradas por estas experiências. A expressão do impacto da doença na família e reciprocamente, a influencia da família na doença valida e dá voz às experiências e, por isso, são práticas e cura que reduzem o sofrimento. As enfermeiras devem ter como objetivo principal a criação e um ambiente para aliviar e/ou curar o sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright, 2005).

Os rituais familiares são caminhos importantes para o desenvolvimento, partilha, evolução e passagem para as futuras gerações dos sistemas de crenças com maior importância para a família. Os sistemas de crenças das famílias e a sua expressão em rituais providenciam uma forma de retirar significado dos acontecimentos da vida, permitindo-nos preservar e enriquecer a espiritualidade embutida nas nossas relações. Dentro da prática de Enfermagem de família, o proporcionar, o ouvir e o testemunhar as histórias de doenças proporcionam uma validação poderosa de uma experiência humana profunda, tal validação pode ser entendida como cuidar da alma (Wright, 2005).

A doença e, muitas vezes, as experiências de sofrimento que acompanham a doença podem desmoralizar e oprimir as vidas, as relações e os nossos espíritos. Quanto mais conseguimos relacionar o sofrimento e espiritualidade na nossa vida profissional e pessoal, mais nos integraremos e nos equiparemos, enquanto indivíduos, para auxiliar e apoiar aqueles que sofrem. A oportunidade de atribuir elogios tendem a realçar as forças, as competências e os recursos dos utentes e das famílias. O valor e o poder destes elogios geram bondade e ajudam a aliviar o sofrimento. Esta produção de bondade transformou-se num fenómeno relacional no contexto da relação enfermeira/doente/família. Os elogios têm o poder de criar e gerar bondade. Esta forma de estar na prática clínica são representadas por uma pessoa que procura forças entre o sofrimento, esperança entre o desespero e significado entre a confusão. Esse tipo de conversações terapêuticas, travado pelos profissionais de saúde e que criam bondade, é o que forma a estrutura e a fundação das práticas espirituais (Wright, 2005).

A literatura aponta que os enfermeiros mais novos têm menos habilidades para trabalhar com a família ao nível do sistema familiar, ou que é necessária formação especializada para trabalhar a este nível (Bell, 2008; Hanson et al, 2005; Whyte, 2005), levanta a questão da preparação necessária para o trabalho com as famílias, e da atenção que as escolas e a prática clínica deve colocar no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Atualmente, estudos com estudantes de enfermagem têm revelado que estes quando devidamente

interessados e instruídos são capazes de intervir na família como um sistema (Wright & Leahey, 2009). Por outro, a ideia de que a prática da enfermagem de família é influenciada pelas crenças dos enfermeiros (Duhamel & Dupuis, 2011; Wright & Leahey, 2009), encontra nestas evidências um forte argumento para estudo.

Os enfermeiros sempre reconheceram a importância de envolver a família nos cuidados (Benzein et al, 2008; Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel, Dupuis & Wright, 2009) e quando efetivamente cuidam das famílias a sua realização profissional e pessoal aumenta.

Os enfermeiros devem ser capazes de ter relacionamentos colaborativos com as famílias (International Family Nursing Association (IFNA, 2017). Compreender as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias ajuda os tomadores de decisão a determinar se a educação adicional, apoios e mudanças de política são necessários para promover os relacionamentos dos enfermeiros com as famílias (Fernandes et al., 2015; Fisher et al., 2008; Weman & Fagerberg, 2006).

Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que passam pela diminuição do período de hospitalização, o incentivo para cuidados ambulatoriais e por uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a portadores de doenças crónicas, exigiu a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família (Barbieri, 2002, 2011; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009). Surge, assim, um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere.

Como consequência, assistiu-se, nas últimas décadas, a um protagonismo crescente da “família” nos estudos, intervenções e políticas de saúde internacionais. Na disciplina de Enfermagem, desenvolveram-se estudos de onde se destacam obras como as de Friedman, (1998); Bomar, (1996, 2004); Wright & Leahey (1984, 1994, 2000, 2005, 2009, 2013) e Hanson (2005), que não se limitaram à análise e compreensão das realidades familiares, mas que identificaram situações sensíveis a intervenções consistentes de enfermagem, o que tem permitido a construção de um complexo conhecimento interdisciplinar e de categorias operatórias de intervenção no campo clínico, que articula saberes científicos, éticos e processuais.

O contexto pandémico atual condicionou a interação entre enfermeiros e famílias. Relativamente à organização do trabalho houve uma reestruturação do tempo e duração das

consultas, horários, colaborações extra USF e alterações do planeamento e da acessibilidade aos cuidados. A comunicação interpessoal com os utentes e famílias também sofreu alterações significativas nomeadamente a comunicação terapêutica (não verbal) devido ao uso de EPI e aos muitos contactos/atendimentos não presenciais. Foram estabelecidas e implementadas novas estratégias de comunicação: verbal, não verbal e à distância (digital e móvel) para atender às necessidades dos clientes e famílias e às limitações funcionais. No que se refere à prática de enfermagem de família, a pandemia originou consequências muito significativas. Os Enfermeiros de Família readaptaram-se a fim de dar resposta às necessidades dos untes e famílias. Estes expressaram sentimentos negativos sobretudo aquando da fase inicial da pandemia, e positivos, já numa fase mais avançada. Contudo, o maior impacto vivenciado foi na comunicação interpessoal e relação terapêutica, nomeadamente a comunicação não verbal que foi condicionada pelo uso de máscaras e demais EPI (Pereira et al, 2021).

Os enfermeiros são fundamentais estando na linha avançada dos cuidados prestados na pandemia. Segundo o international Council of Nurses (ICN, 2020), são os profissionais mais infetados pelo SARS-CoV2. Além da infeção pelo novo coronavírus, estão a vivenciar manifestações de outra ordem, nomeadamente depressão e ansiedade (Chew et al., 2020; Zhang et al., 2020).

A evidência científica revela que a pandemia tem impactado significativamente o bem-estar psicológico e mental dos enfermeiros ocasionando problemas de saúde mental como stress e burnout, o que prejudica os mesmos no seu desempenho (Zhang et al., 2020).

O medo do desconhecimento sobre a doença e a preocupação de contraí-la e a transmitir à família geram nos enfermeiros sentimentos de ansiedade, angústia e medo. Acrescem preocupações relacionadas à pandemia como o aumento do número de doentes e da jornada de trabalho, o cansaço, o uso de EPI, o distanciamento social e o próprio confinamento que podem intensificar os receios entre os enfermeiros, afetando o bem-estar psicológico e emocional e o seu desempenho profissional (Borges, Queirós, Vieira, Teixeira, 2020: Maben & Bridges, 2020).

Os enfermeiros mobilizaram recursos internos para conseguirem ultrapassar as barreiras impostas pelo contexto pandémico e o sentimento de resiliência manifestou-se mais presente com o decorrer do tempo. Os enfermeiros de Família descreveram a importância da interação entre a equipa, a partilha de emoções e uma comunicação efetiva como elementos essenciais para enfrentar as dificuldades experienciadas (Pereira et al, 2021)

Novos desafios são colocados à enfermagem enquanto profissão, os quais situam a enfermagem com famílias como o eixo estruturante dos processos de promoção, prevenção, tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e reinserção direcionados às mesmas. Em Portugal, a disseminação deste novo desafio tem tido o contributo decisivo do Ministério da Saúde e da OE. Esta última, tem vindo a envidar esforços no sentido de difundir as orientações da OMS através da elaboração de documentação com orientações específicas para a implementação e consolidação do enfermeiro de família no nosso país, destacando-se a criação, em 2010, do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

O atual quadro legislativo dos CSP portugueses contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel do enfermeiro de família como agente e mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Na investigação em enfermagem observou-se um aumento da produção de conhecimento em Portugal, através de estudos de investigação que consolidam a enfermagem com famílias nos CPS enquanto objeto de estudo. Destacam-se os estudos de Figueiredo, (2009), Freitas (2009), Santos (2012) que têm como objeto a forma como se conceptualiza a prática da Enfermagem com Família no contexto dos CSP.

CONCLUSÃO

Reconhecendo a família como unidade de cuidados e o seu permanente movimento de adequação ao longo do ciclo vital, foi possível compreender ao longo dos semestres de ensino teórico e perceber, experienciando de perto, ao longo da prática clínica, que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar deve ser salvaguardado e protegido pela enfermagem de saúde familiar. A realização do estágio e elaboração do relatório proporcionaram a mobilização de um conjunto de conhecimentos e permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, com os consequentes resultados finais que na prática, pretendem melhorar a saúde das famílias.

O estágio proporcionou o desenvolvimento pessoal e profissional, a par de um conjunto de competências, que se traduziram em aprendizagens, tendo em conta o desenvolvimento e a capacidade para integrar os diversos saberes nas diferentes áreas de formação, como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar. As atividades realizadas na UCSPA permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar. O interesse demonstrado pelos profissionais foi gratificante e facilitou a coordenação para as diferentes fases da investigação. O campo de estágio facultou as condições para a concretização dos objetivos do ensino clínico, sublinhando a relação de interajuda, apoio e partilha, estabelecida com os profissionais de saúde do mesmo, que enriqueceu e favoreceu o desenvolvimento do percurso.

O enfermeiro de saúde familiar, na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, deve dar enfoque à família, maximizando o seu bem-estar enquanto cliente dinâmico e unidade base, constituinte da comunidade. O enfermeiro e a família podem, em conjunto, criar rotinas de adaptação a uma determinada situação, conseguindo atingir um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde. Um dos objetivos estabelecidos para este relatório passava por descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas em contexto clínico, o que foi atingido ao longo do segundo capítulo.

A proximidade entre os enfermeiros dos cuidados de saúde primários e as famílias possibilita que os enfermeiros detenham uma posição e oportunidade privilegiada para acompanharem as pessoas na iminência de processos de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença, no caso das transições não normativas. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) foram mobilizados ao longo do estágio, o que vem justificar que os processos de cuidados das famílias alvo de intervenção, tenham sido desenvolvidos tendo como referencial o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

O MCAIF preconiza uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica ao longo do ciclo vital da família, tornando-se impreterível a compreensão da estrutura, processos e funcionamento das famílias no decorrer do mesmo, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Os objetivos inicialmente propostos de analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, e compreender os fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados segundo a PBE, foram igualmente alcançados. O estudo analítico, descritivo-correlacional e transversal aqui exposto, visou a identificação das Atitudes dos Enfermeiros na Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem e a determinação de relações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Assumindo a complexidade do fenómeno e de forma a dar um contributo para a melhor compreensão desta realidade, a realização deste estudo possibilitou conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar a possível relação com algumas variáveis socio-demográficas e profissionais dos enfermeiros. As principais conclusões emergiram da análise e interpretação dos dados, das questões de investigação formulada, assim como dos objetivos propostos, que vão de encontro ao enquadramento teórico onde o estudo se insere.

Assim, pela aplicação da versão em atualização da Escala, a importância da família dos cuidados de enfermagem (IFCE-AE), e com os resultados obtidos nas diferentes dimensões na globalidade, pode-se inferir que os enfermeiros têm na sua maioria uma atitude positiva face à

família. É valorizada a presença da família nos cuidados de enfermagem e reconhecida a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares do doente, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados que prestam em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Como limitações deste estudo, pode-se apontar o tamanho da amostra que pode ter condicionado o fato de não se ter encontrado relações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas.

O contexto atual pandémico também trouxe algumas limitações no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos e deste estudo, uma vez que, originou consequências muito significativas na prática da enfermagem de Família. Foi possível compreender a capacidade de readaptação para dar resposta às necessidades dos utentes e Família, bem como estabelecer novas estratégias de comunicação verbal, não verbal e à distância (digital e móvel) para colmatar as necessidades dos utentes e famílias e às limitações funcionais. Foi ainda possível compreender a importância da resiliência e união da equipa como sentimentos positivos que contribuíram para se conseguir ultrapassar as barreiras impostas pelo contexto pandémico.

Um dos grandes dilemas com que a enfermagem de família se depara é a mudança de paradigma em que a família deixa de ser contexto e passa a ser o foco dos cuidados, para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro na sua formação detenha conhecimentos de modelos de avaliação familiar. Porém, no nosso país, tal como em muitos outros tal não se verifica, os enfermeiros que cuidam das famílias a maioria deles, não teve acesso na sua formação de base a modelos de avaliação e intervenção familiar, à exceção dos enfermeiros com especialidade de enfermagem de saúde familiar, ou dos enfermeiros que nos anos mais recentes fizeram o curso de base.

A família ainda é vista pela enfermagem de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam a ser dirigidos ao indivíduo no seu contexto familiar. Esta situação é justificada pela escassez de formação dos profissionais na área da família, o que conduz ao desconhecimento de modelos de enfermagem de família abrangentes e operativos que permitam o ajustamento aos diferentes contextos; por uma representação social da enfermagem por parte da utente ainda centrada no modelo biomédico; pela existência de rácios supranumerários quanto ao número de famílias por enfermeiro em relação ao que está estipulado por lei e sistemas de apoio de registo tradicionalmente direcionados para o indivíduo e que não conseguem responder às exigências da dinâmica de

registo da enfermagem de família, tornando inoperável a construção de indicadores que evidenciem os ganhos de saúde.

As escolas superiores de enfermagem e saúde devem ser parceiras na consolidação do enfermeiro de família, devendo os seus planos de estudo possuir uma inclusão explícita de conteúdos teóricos que permitam uma abordagem da família como unidade.

Os cuidados do enfermeiro de família conduzem à satisfação dos utentes, apresentando flexibilidade no seu horário de atendimento e cuidados caracterizados pela pontualidade. Além disso, o fato de ser próximo do utente, considerado um "amigo", "um membro da família", facilita o acesso aos cuidados, evidenciando-se não só a oferta de cuidados terapêuticos mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisão.

Deve, também, apostar-se em estratégias que efetivem a cultura do Enfermeiro de Família junto dos restantes membros da equipa multiprofissional e dos utentes, incluindo oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta com outros profissionais; a realização e divulgação da investigação no âmbito da enfermagem com família; a disseminação de campanhas de marketing que promovam o papel deste profissional; o método de organização dos cuidados de enfermagem no trabalho com famílias deve ser orientador da avaliação e intervenção da família, em que os principais requisitos são o atendimento da família como alvo e não como contexto onde o indivíduo se insere e, por último, o desenvolvimento dos Sistemas de Documentação de Cuidados, que considere tanto as necessidades e o estado de saúde dos indivíduos que compõem a família, como o seu funcionamento, a sua estrutura e as suas funções a partir de modelos de avaliação e intervenção familiar de que são exemplo os instrumentos metodológicos para o desenvolvimento de práticas centradas na família: o modelo de avaliação e intervenção de Calgary (Wright e Leahey, 2009) e o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, é importante que o Ministério da Saúde e a OE continuem a reunir esforços para consolidar o enfermeiro de família em Portugal, destacando-se a necessidade de investimentos na formação, como implementação do modelo de desenvolvimento profissional do enfermeiro de saúde familiar, e na organização funcional e estrutural dos centros saúde, aumentando o rácio de enfermeiros por habitantes e simultaneamente diminuir a elevada taxa de enfermeiros emigrados.

Numa perspectiva global, os conhecimentos desenvolvidos e as capacidades adquiridas, com a realização do estágio e desenvolvimento do presente relatório, foram fundamentais para a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parceiras para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau
- Abreu, W. (2009). Prefácio. In Barbieri, MC. et al (Eds.). *Linhas de Investigação em Enfermagem de Família: da investigação à prática de enfermagem de família*. (pp. 4-7). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- ACSS (2020). Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários biénio 2020/2021. Lisboa: Administração central do sistema de saúde, IP. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Alvaiázere (2013). Carta social dinâmica de Alvaiázere: uma estratégia de intervenção planeada. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. https://www.cm-alvaiazere.pt/cm-alvaiazere/uploads/writer_file/document/178/carta_social.pdf
- Alves, C. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do Conflito. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Andolfi, M. (1981). *A Terapia Familiar*. Lisboa: Editorial Vega.
- Angelo, M., Mekitarian, F. P., Santos, C. C., Martinho, M. C., Costa Marques, Martinho, M. C., & Martins, M. F. (08 de 2014). *Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria*. Obtido de Rev. Esc. Enferm. USP vol.48 no.spe. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gFJdnHkTZ6zwsSZpsPtL3Lqz/?lang=pt&format=pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). *Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (2), 45–53. doi.org/10.12707/RII1013
- Araújo, Maria B. (2010). *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, Maria B. (2010). *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Asted Kurki, P. et al. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in finland. (2001b). Journal of Family Nursing. 7 (4). 371-390 Retirado a <https://doi.org/10.1177%2F107484070100700404>
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patient`s family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5(2):1, pp. 142-50. Retirado de <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x>
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patient`s family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5(2):1, pp. 142-50. Retirado de <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x>
- Baggio M., Erdmann A. et al (2010). Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto contexto-enferm.19(2). pp378-85. Retirado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/6BRTLk45MR6phJ5B47wXNLD/?lang=pt&format=pdf>
- Bailey J. et al. (2010). *Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety and satisfaction with care*. *Intensive and critical care nursing*. 26(2). 114-22. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006>
- Barbieri, MCF. (2011). Enfermería de Familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 4 (2). pp. 45-48. Retirado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27045/enfermeria-de-familia-en-portugal-un-camino-en-desarrollo/>
- Barbieri, MCF. (2011). *Enfermería de Familia en Portugal: un camino en desarrollo*. Revista Iberoamericana de

- Enfermeria Comunitaria*. 4 (2). pp. 45-48. Retirado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27045/enfermeria-de-familia-en-portugal-un-camino-en-desarrollo/>
- Barbieri-Figueiredo MC, Santos MR, Andrade L, Vilar AI, Martinho MJ, Fernandes I. (2012) *Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários*. In Carvalho, JC. et al (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 36-43). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa. Climepsi.
- Bell, J. (2008). The Family Nursing Unit, University of Calgary: Reflections on 25 Years of Clinical Scholarship and Closure Announcement. *Journal of Family Nursing*, 14, 275 – 288. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840708323598>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in Nursing Practice: Clinical Knowing, Clinical Judgment, and Skilful Ethical Comportment*. New York: Springer-Verlag.
- 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. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- 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>
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (14 de junho de 2008b). Nurses Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, pp. 162-180. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Benzein, E., Olin, C., & Persson, C. (2015). 'You put it all together' – families' evaluation of participating in Family Health Conversations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 29, pp. 136-144. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24720612/>
- Benzein, E.; Arestedt, F.; Jonhansson, P. e Saveman, B-I.(2008a) – Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 14 (1) February , 97-117.
- Benzein, E.; Jonhansson, P.; Arestedt, F.; Berg, A. e Saveman, BI.(2008b) — Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14 (2) May, 162-180.
- Beuter M. et al. (2012). Sentimentos dos familiares acompanhantes. *Esc Anna Nery R Enferm*.16(1). pp134-40. Retirado de <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127721430018.pdf>
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A., & Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of Registered and Licensed Practical Nurses About the Importance of Families in Surgical Hospital Units: Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of family nursing*, 20 (3). Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840714542875>
- Bobay K.; et al. The relationship of nurses' professional characteristics to levels of clinical nursing expertise. *Appl Nurs Res.* Vol. 22, nº 1 (2009), p. 48-53. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2007.03.005>
- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3ªed). Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Borges, E. M. D. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., Teixeira, A. A. R. (2020). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Rev. Rene*, 22: e60790. Retirado de <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v22/1517-3852-rene-22-e60790.pdf>
- Bousso R. S. & Angelo M. (2001). A enfermagem e o cuidado na saúde da família. *Manual de Enfermagem*, 6 (2), pp. 18-22. Retirado de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/819/945>
- Broekema, S., Luttik, M., Steggerda, G. E., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2018). Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competency Following a 6-Day Educational Intervention. *Journal of family nursing*, 24(4), 508–537. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30453803/>
- Chew, N., et al. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, S0889–1591 (20), 30523–30527. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330593/>

- Clemente, C. (2013). *Tomada de decisão na abordagem da pessoa em Situação Crítica: Um percurso Formativo na aquisição de competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/14945>.
- Colière, MF. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cunha, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (1), 7-16. Retirado de <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/31-007.pdf>
- Cunha, I. M. A. (2007). *Modelos Rasch e Escalas Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Lisboa: Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Retirado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, (19), 139-156. Retirado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Duhamel, F. & Dupuis, F. (2004). *Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients*. *Clinical Journal of oncology nursing*, 8(1), 68-71. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14983766/>
- Duhamel, F. & Dupuis, F. (2011). Towards a trilogy model of family systems nursing. Knowledge utilization: Fostering circularity between practice, education and research. In: E. K. Svavarsdottir & H. Jonsdottir. (Eds), *Family nursing in action* (pp. 53-68). Reykjavik: University of Iceland Press.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M., & Goudreau, J. (2015). *Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model*. *Journal of family nursing*, 21(2), 322–348. <https://doi.org/10.1177/1074840715579404>
- Duhamel, F.; Dupuis F. & Wright, L. M. (2009). Families' and nurses' responses to the –one question question!: Reflections for clinical practice, education and research in family nursing. *Journal of family nursing*, 15 (4), 461 – 485. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840709350606>
- Duque, C. (2008). *Atitudes & Comportamentos* Consultado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13129/5/revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>
- Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). *A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit*. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(4), 217–223. [Retirado de https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002)
- Elsen, I; Marçon, S.; Silva. M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem
- Erdmann, A., Sousa, F. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais e saúde. *Rev Mundo da Saúde* [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 2];33 (2):150- 60. Retirado de http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/150a160.pdf
- Ergstrom, B., et al (2011). Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and critical care nursing*. 27(3). pp1-9. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.004>
- Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24. Retirado de <https://doi.org/10.1177%2F10748407000600102>
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência vol.serIV no.7 Coimbra*. Retirado de [http:// dx.doi.org/10.12707/RIV15007](http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007)
- Ferreira M, Dias M. *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociencia; 2009.
- Ferreira, J. (2001). *Atitudes e satisfação no trabalho*. *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Alfragide: McGraw-Hill
- Ferreira, V.L.A. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>
- Festinger, L.; Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive Consequences of Forced Compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol. 58 p. 203-210. Retirado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0041593>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). *Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem*. *Cienc Cuid Saude*, pp. 552-559. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.26/3346>
- Figueiredo, MH & Martins, MM. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3). pp. 615-621.
- Figueiredo, MH & Martins, MM. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3). pp. 615-621. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mBWPDP99qFGyPq7mtVZCZhTy/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, MH. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 615-624. Retirado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, APC. (2009). *Enfermagem com Famílias: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamliasAlexandraFreitas.pdf>
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2020). *A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde*. Retirado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8GCMBRFptzypz5htNnSgvH/?lang=pt>
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 49-57). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Gliem, Joseph A.; Gliem Rosemary R. - Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. 2003. Columbus: Midwest Research- to- Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, P. 82-88. Retirado de <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gottlieb L. O cuidar em Enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família. Portugal: Lusodidacta, 2016
- Gutierrez, DMD. e Minayo, MCS. (2010). *Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (1). pp. 1497-508. Retirado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/fqYXBcY9GkC7L7jnDLfcX6B/?lang=pt>
- Hallgrimsdottir, E. M. (julho de 2000). Accident and emergency nurse's perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing, Volume 9, Issue 4*, pp. 611-619.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoffman, L. (2003). *Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 140-148. Retirado de doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00581.x
- Hoplock, L. et al (2017). Canadian Hospital and Home Visiting Nurses' Attitudes Toward Families in Transitional Care: A Descriptive Comparative Study. *Journal of Family Nursing*, 11(12). 4989-98. Retirado de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>
- Hsiao, C.-Y., & Tsai, Y.-F. (2015). *Factors Associated With the Perception of Family Nursing Practice Among Mental Health Nurses in Taiwan*. *Journal of Family Nursing*, 21(4), 508-528. <https://doi.org/10.1177/1074840715606543>
- ICN (2002) International Council of Nurses. *Nurses Always There For You: Caring For Families*. Geneva: Autor

- INE (2013). Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança. (Destaque - Informação à comunicação social). Instituto Nacional De Estatística. Retirado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjprM24pa7zAhXKz4UKHb1CBOMQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D207999200%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usq=AOvVaw0Wtp2uxA_f7og_wDd6-aAI
- INE (202). Plataforma de divulgação dos Censos 2021. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Linnarsson, J. R., Benzein, E., & Arestedt, K. (2015). Nurses' views offorensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1–2), 266–274. Retirado de <https://doi.org/10.1111/jocn.12638>
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R., Moons, P., Strömberg, A., & Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) research group (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 16(4), 299–308. <https://doi.org/10.1177/1474515116663143>
- Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection:levelling the hierarchy. *Journal of clinical nursing*, Blackwell Publishing Ltd. Retirado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>
- Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M. A., & Asiain, M. C. (2006). Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in criticalcare*, 11(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x>
- Marcon, SS. & Elsen, I. (1999). A Enfermagem com um novo olhar a necessidade de enxergar a família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 1(1/2), pp. 21-26. Retirado de <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v1i1.4877>
- Marôco, J. (2007) *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- Marôco, João; Marques Teresa G. (2006), - *Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada, Vol. 4 p. 65-69. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Martinho, J., Pires, R. Carvalho, J., Pimenta (2014). *Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 1, 97-102. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36352/1/J%C3%BAlia%20M.-09.pdf>
- Martins, C. (2020). *Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitudes dos Enfermeiros na ilha de Santiago em Cabo Verde*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retirado de <https://repositorio.esenfcp.pt/rc/>
- Martins, J. (2008) *Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Revista Pensar Enfermagem*. 12 (2), p. 62- 66. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Carvalho, J. C., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2012). *Enfermagem e Famílias: conceções e práticas dos enfermeiros*. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44-54). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retirado de https://www.esenfcp.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Carvalho, J. (2010). *Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital*. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20-33). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010_Redes%20de%20conhecimento%20em%20enf%20ernagem%20de%20familia20-33.pdf
- Martins, M., Barbieri, M., Andrade, L., Figueiredo, M. & Oliveira, M. (2011). *Ensino de Enfermagem à Família nos cursos de Enfermagem - experiência portuguesa*. *Enfermagem à Família: Dimensões e Perspectivas*. (pp. 277-283). Maringá: Universidade Estadual de Maringá. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/276934335_Ensino_de_Enfermagem_a_Familia_nos_cursos_de_Enfermagem_-_experiencia_portuguesa
- Mchugh, M.; Lake T. (2010). *Understanding Clinical Expertise: nurse education, experience, and the hospital context*. *Res Nurs Health*. Vol.33, nº4 p.276-87. Retirado de <https://doi.org/10.1002/nur.20388>
- Meleis, A. I. – *On the way to theoretical nursing: Stages and Milestones*. In: *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott.

- Mendes A. (2015). A informação à família na Unidade de Cuidados Intensivos: desalojar o desassossego que vive em si. Loures: Lusodidacta.
- Meriläinen M, et al. (2013). Patients' interactions in the intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive and critical care nursing*, 29(2). pp78-87. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.05.003>
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar*. (2ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(8), 10. Retirado de doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.05.002
- Morissette, D.; Gingras, M. – *Como ensinar atitudes: planificar, intervir, Valorizar*. 2.ª ed. Porto: Edições Asa, 1999.
- Neves, M.C.P. & Carvalho, M.G. (2018). *Ética aplicada: Investigação científica*. Lisboa: Edições 70.
- Oliveira, P. C. (et al.). 2009. Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In UNIESEP — Da investigação à prática de enfermagem de família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, p. 34-48
- Oliveira, P., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., Figueiredo, M., Andrade, L. M., de Carvalho, J. C., & Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care--Nurses Attitudes [Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care--Nurses Attitudes]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331–1337. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSJr4wc4nc5q/?lang=pt>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., & Santos, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retirado de https://books.google.pt/books?id=s_cbu8rcTn0C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 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>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [PDF]. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015-Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados. *Diário da República, 2.ª série — N.º 124 — 29 de junho de 2015*.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série - N.º 26*, pp. 4744-4750
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF]. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Østergaard, B., et al (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*; 29, pp. 1290-1301. Retirado de <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>
- Park, M. (2010). Nursing staff stress from caregiving and attitudes toward family members of nursing home

- residents with dementia in Korea. *Asian Nursing Research*. Vol. 4, n.º 3 p. 130-141.
- Pereira, Rui; Cunha, Juliana (2021). Desafios, vivências e experiências dos enfermeiros de família no contexto pandémico: um estudo de caso em ensino clínico. Escola Superior de Enfermagem – universidade do Minho. Retirado de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/71199/1/Apresenta%20de%20Investigadores%202021_RepositoriUM.pdf
- Persson, C., & Benzein, E. (2014). Family health conversations: how do they support health? *Nursing research and practice*. 2014, 547160. Retirado de <https://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2014/547160.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pimenta EAG, Collet N. (2009) Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enfer USP*.43(3). pp622-9. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RGnHmBN9PRnCNDHRcd9Z4zt/?lang=pt>
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Pordata. (2021). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retirado de <https://www.pordata.pt/>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2006). *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Autor.
- Predebon G et al. (2011) A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 10(4). pp 705-12. Retirado de <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18314>
- Ratti, A., Pereira, MTF. & Centa, MDL. (2005) *A Relevância da Cultura no Cuidado às Famílias. Família, Saúde Desenvolvimento*. 7 (1). pp. 60-8. Retirado de <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8054>
- Relvas, Ana Paula. (2000). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 (2004). *100 Compromissos para Uma Política de Família. Diário da República I Série-B nº87 (2004/04/13),2242-2248*.
- Ribeiro e Chaves et al.(2017). Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line*, 11(12). 4989-98. Retirado de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20sa%C3%Bade%20em%20Portugal%20funcionamento%20do%20sistema.pdf>
- Ribeiro, José L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ªed. Porto: Legis Editora.
- Rodrigues, L. M. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retirado de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>
- Rodrigues, S. (2011). Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do Distrito de Bragança. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Retirado de <http://hdl.handle.net/10198/6837>
- Rosenberg, M.; Hovland, C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitude. Disponível em <file:///C:/Users/enfmo/Downloads/RoutledgeHandbooks-9781410612823-chapter3.pdf>
- Sampaio, P. S., & Angelo, M. (dezembro de 2015). Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* | v.15, n.2, pp. 85-92. Retirado de https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-15-02-0085/2238-202X-sobep-15-02-0085.x19092.pdf
- Sanches, C.; Santos, T.; Carvalho, C., Sá A.; Paixão, G. (2013). Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *RevEnferm UFSM*; 14(2):73-7. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/v14n2a24.pdf>
- Santos Q. (2013). Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 21(2). pp40-7. Retirado de <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n2p40-47>
- Santos, M.L.V.A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Retirado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf

- Santos, M.L.V.A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Saraiva, D. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*. N.º 244, p. 6-13. Retirado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3505-atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte#.YVoGU6TOW70>
- Saveman, B. I., Måhlén, C. D., & Benzein, E. G. (2005). Nursing students' beliefs about families in nursingcare. *Nurse education today*, 25(6), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.05.002>
- Segaric, C. A., & Hall, W. A. (2005). The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nursing inquiry*, 12(3), 210–218. Retirado de <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00270.x>
- Siegel, D. (2010). *The mindfultherapist: a clinican's guide to mindsight and neural integration*. New York: W.W. Norton,.
- Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Porto: Universidade do porto faculdade de medicina.
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. ser III, no.11. Retirado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2402&id_revista=9&id_edicao=58
- Silva, M.; Costa, M. & Martins, MM. (2014). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP): olhares dos enfermeiros face à organização dos cuidados, nas equipas de saúde familiar*. Comunicação Livre apresentada no Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=list-abstract presentations&event=125>
- Sousa FGM, Erdmann AL. (2012). Qualificando a atenção à criança na Atenção Primária de Saúde. *Rev bras Enferm*. 65(5). pp795-802. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/DHRK78HLFghm9xzDGFDQpbS/?format=pdf&lang=pt>
- Sousa, E. (2011). *A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf
- Souza, L., Araújo, D., Silva, D., & Berrêdo, V. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, XIX(2), p. 218-232. Retirado de http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E. K., Ketilsdottir, A., Blondal, K., Jónsdóttir, A., Bergs, D., & Guðmundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(1), 5–15. Retirado de <https://doi.org/10.1111/jnu.12108>
- Van Gog, et al (2005). Instructional design for advanced learners: Establishing connections between the theoretical frameworks of cognitive load and deliberative practice. *EDRT*. Vol. 53, nº 4 p. 78-81. Retirado de <https://doi.org/10.1007/BF02504799>
- Vasconcellos, M. (2002). *Pensamento Sistémico: O Novo paradigma da Ciência*. São Paulo: Papyrus.
- Vaughan-Cole, B., Johnson, M. A., Malone, J. A., & Walker, B. L. (1998). Family Nursing Research. Em B. Vaughan-Cole, *Family Nursing Practice* (pp. 347-364). Philadelphia: Saunders.
- Vilelas, J. (2009) *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, pp.399. ISBN 978-972-618-557-4.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Weman, K., & Fagerberg, I. (2006). Registered Nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 15, pp. 281-9
- Whyte, Dorothy A. (1997). Family nursing: A systemic approach to nursing work with families. *Explorations in Family Nursing*. (pp 1-24). London and New York. Publisher: Routledge.
- Whyte, J.; et al. (2009). The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurses. *Heart & Lung*. Vol. 38 nº 6), p.517-52. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.006>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 64th WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil. Acedido a 1 mar. 2019. Retirado de https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- Wright, L.M. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença: Ideias para curar*. Adriane Editora: Coimbra
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and Illness: A Model for Healing*. Calgary: Floor Press.

- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L. M., Leahey, M. (1999). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259–274. Retirado de <https://doi.org/10.1177%2F107484079900500302>
- Wright, L. M., Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4.ª ed.). Lisboa: Roca.
- Zhang, S.X., et al. (2020) At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1591 (20), 144–146. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387345/>

APÊNDICES

APÊNDICE I - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE
COLHEITA DE DADOS: PEDIDO DE
AUTORIZAÇÃO – ESSLei

Pedido de autorização de aplicação de questionário

Caixa de entrada x



Sara Santos <sarasofia1santos@gmail.com>
para essele ▾

sábado, 27/02, 11:39 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Sr. Director da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Célia Vieira e Sara Sofia Pereira dos Santos, enfermeiras, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar um estudo com o título “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Alvaiázere”, vêm solicitar autorização para aplicação de um questionário aos alunos da turma do 3º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar.

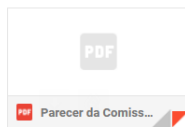
O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de Investigação e tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Em anexo encontra-se o questionário e o parecer positivo da comissão de ética.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

Célia Vieira e Sara Santos

2 anexos



Parecer da Comiss...



Consentimento Inf...

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Célia Vieira e Sara Sofia Pereira dos Santos, enfermeiras, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar **um estudo com o título** “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Alvaiázere”, vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento deste Questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de Investigação e tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Os dados recolhidos permitirão **caracterizar as** atitudes dos enfermeiros que trabalham neste Centro de Saúde, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes distintas: a primeira parte é constituída por dez questões, onde se pretende colher dados, para a caracterização da amostra e das variáveis independentes, relevantes para o estudo; a segunda parte é constituída pela Escala IFCE-AE (“A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”).

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas, exclusivamente, para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Assim sendo, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si. Mais informamos que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao responder a este questionário, está a confirmar o seguinte:

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;

- Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar;
- Tem conhecimento de que os dados obtidos, e por si respondidos, serão usados somente para fins científicos;
- Reconhece que não terá qualquer encargo económico, nem receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;
- Foi-me assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade;
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - UCSPA

**“IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE ALVAIÁZERE”
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL**

PARTE I

Assinale a opção correspondente à sua resposta:

1. Género

Masculino Feminino Outro

2. Idade _____ anos

3. Título Profissional

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

4. Habilitações Académicas

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. Experiência Profissional _____ anos

6. Unidade onde exerce funções

UCSF UCC

7. Há quanto tempo exerce a sua função nesta Unidade?

< 1 Ano

1-3 Anos

4-6 Anos

7-9 Anos

> 9 Anos

8. Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

Sim Não

Se na questão “8” respondeu “Sim”, responda, por favor, à questão “9”. Se respondeu “Não”, passe, por favor, para a questão “10”.

9. Qual ou Quais?

10. Tem formação em Enfermagem da Família?

10. Experiência anteriores, com familiares gravemente doentes

Sim Não

PARTE II

Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. *et al.*,2009).

- Não há respostas certas ou erradas.
- Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.
- Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e assinale a sua opinião, conforme o seguinte:

1 - Discordo completamente

2 - Discordo

3 - Concordo

4 - Concordo completamente

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

(Continua...)

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 <i>stress</i> .				

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – ALUNOS EM FORMAÇÃO DO 3º
CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA- ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

Escala "Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros" (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. et al.,2009).

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder. •

1- Assinale a opção correspondente à sua resposta: Género

- Feminino
- Masculino
- outro

2- Idade

Texto de resposta curta

3- Título Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

4- Habilitações Académicas

- Bacharelato
- Licenciatura
- Doutoramento
- Mestrado
- Outra: _____

5- Tempo de exercício profissional:

A sua resposta _____

6- Unidade onde exerce funções:

A sua resposta _____

7. Há quanto tempo exerce a sua função nesta Unidade?

- < 1 Ano
- 1-3 Anos
- 4-6 Anos
- 7-9 Anos
- > 9 Anos

8- Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

Sim

Não

Se na questão “8” respondeu “Sim”, responda, por favor, à questão “9”. Se respondeu “Não”, passe, por favor, para a questão “10”.

A sua resposta _____

9- Qual ou Quais?

A sua resposta _____

10. Tem formação em Enfermagem da Família?

A sua resposta _____

11. Experiências anteriores, com familiares gravemente doentes

A sua resposta _____

Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e assinale a sua opinião, conforme o seguinte: 1 - Discordo completamente 2 - Discordo 3 - Concordo 4 - Concordo completamente

	1- Discordo completamente	2 - Discordo	3- Concordo	4- Concordo completamente
1. É importante saber quem são os membros da família do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. No primeiro contacto com os membros da família, convidoo-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente .

7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.

8. Não tenho tempo para cuidar das famílias

9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.

10.A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.

11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Considero os membros da família como parceiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. É importante dedicar tempo às famílias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

APÊNDICE V – PROCESSO FAMILIAR
AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO MODELO DE CALGARY