

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

Relatório Final de Estágio

**VALOR DA FAMÍLIA NA PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:
ANÁLISE COMPARATIVA**

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo

Leiria, março de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE
FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

**VALOR DA FAMÍLIA NA PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE
COMPARATIVA**

Apresentado para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo nº 5210038

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

Professor Orientador: Doutor João Manuel Graça Frade

Leiria, março de 2023

“Não basta adquirir sabedoria;
é preciso, além disso, saber utilizá-la”

Cícero

AGRADECIMENTOS

Ao completar este percurso académico, não posso deixar de agradecer a todos que de alguma forma permitiram a concretização do mesmo. Este percurso só foi possível, fruto de um enorme esforço, não só de quem o realiza, mas também de quem o orienta.

Ao professor João Manuel Graça Frade, elemento indispensável à concretização da presente tese, pelo rigor científico das suas orientações, pelo incentivo, disponibilidade e confiança depositada ao longo desta caminhada.

À enfermeira Rita Figueira, pela parceria que se estabeleceu, mostrando-se sempre disponível para colaborar, transmitindo sempre a riqueza das suas experiências profissionais.

A todas as famílias que me permitem crescer com as suas vivências, que me deixam vislumbrar o seu dia-a-dia, e que me mostram que é preciso cuidar de quem cuida.

Ao diretor executivo do ACES Pinhal Interior Norte, pela autorização, que tornou este estudo possível.

A toda a equipa multidisciplinar da USF Cruz de Celas.

Aos senhores coordenadores das unidades funcionais que autorizaram o estudo e aos meus colegas enfermeiros que nele participaram.

À Olga e Lobito por me terem acolhido nos seus lares, evitando viagens longas no meu caminho a casa.

Ao Nuno, companheiro nesta batalha, pela motivação nos momentos mais difíceis deste percurso.

A avó Lili e avó Tina, que inúmeras vezes ficaram com os netos.

Aos meus filhos, que se viram privados tantas vezes, da presença da mãe.

Aos enfermeiros da USF Serra da Lousã e UCSP Góis, que tiveram de assegurar as atividades inerentes aos meus ficheiros, sem eles não seria possível esta caminhada.

Aos meus colegas de curso e de trabalhos de grupo, pelas qualidades fantásticas que possuem, que cultivam sempre um espírito de união e colaboração.

A todos o meu grato agradecimento!

RESUMO

Enquadramento: Nos últimos anos, em resultado de alterações políticas e sociais apareceram novas necessidades no núcleo familiar. Sendo a família uma unidade complexa com necessidades e impacto no estado de saúde do indivíduo, o enfermeiro, independentemente da sua área de atuação na abordagem à família deve possuir ferramentas que o orientem e capacitem, de modo a entender as dinâmicas internas da família, e que a possa auxiliar no seu percurso de vida. Estando assim subjacente, que as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família são fundamentais na promoção, manutenção, recuperação da saúde e empoderamento da mesma.

Objetivos: Caracterizar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem; Analisar a atitude do enfermeiro na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados; Identificar os fatores sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e suas relações no envolvimento e participação da família no processo de cuidados; Comparar as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, que descreve as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem, bem como as relações destas atitudes com as variáveis sociodemográficas e profissionais em duas áreas de atuação, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados. Amostra constituída por 22 enfermeiros a exercerem funções em Cuidados de Saúde Primários e 19 enfermeiros a exercerem funções em Cuidados de Saúde Diferenciados. Aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e a escala “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE, versão portuguesa (Oliveira et al.,2011)).

Resultados: Amostra constituída por 41 enfermeiros, média de idade (46,44 anos), casados (78,04%), licenciados (63,41%), bacharelato (19,51%) doutoramento/mestrado (17,07%), enfermeiros (70,73%), especialistas (29,27%), Especialidade de Saúde Comunitária/Infantil e Pediátrica (28,36%), Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica/ Reabilitação/Médico-Cirúrgica (14,63%), tempo médio de exercício profissional (23 anos) e formação em enfermagem de família: sim (53,66%), não (46,34%). Os enfermeiros apresentam atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com *score* médio total da escala IFCE-AE (80,49 pontos). A dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (38,83 pontos), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (33,00 pontos) e na dimensão *Família: fardo* (8,65 pontos). Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante dos cuidados e as variáveis sociodemográficas e profissionais, com exceção do contexto de trabalho, onde se apuraram diferenças estatísticas significativas.

Conclusão: Os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face à família, envolvendo-a nos cuidados de enfermagem, o que constitui um critério importante para a qualidade da prática da enfermagem familiar, e para os ganhos em saúde dos indivíduos e das famílias.

Palavras-chave: Atitude; Família; Enfermagem Familiar; Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares

ABSTRACT

Background: In recent years, as a result of political and social changes, new needs have appeared in the family nucleus. Since the family is a complex unit with needs and impact on the health department of the individual, the nurse in the approach to the family must have tools that guide and empower, to understand the internal dynamics of the family, and that can help her in life path. Thus, the underlying attitudes that nurses adopt in relation to the family are fundamental in the promotion, maintenance, recovery of health and empowerment of the same, regardless of their area of activity.

Objetives: To highlight the importance attributed by nurses to the participation of the family in nursing care; To analyze the attitude of nurses in the approach to the family as an integral part in the care process; Identify the sociodemographic and professional factors of nurses and their relationships in the involvement and participation of the family in the care process; To compare the attitudes of primary health care nurses and hospital health care in the family approach as an integral part of the care process.

Methodology: Quantitative, descriptive, analytical, correlational and cross-sectional study, which would allow describing nurses' attitudes towards the importance of the family in nursing care, as well as the relationships of these attitudes with sociodemographic and professional variables in two areas of activity, Primary Health Care and Hospital Health Care, performed between. Sample consisted of 22 nurses working in Primary Health Care and 19 nurses working in Hospital Health Care. A questionnaire was applied for sociodemographic and professional characterization and the scale "Importance of the family in nursing care - Nurses' attitudes" (IFCE-AE, Portuguese version (Oliveira et al.,2011)).

Results: Sample consisting of 41 nurses, middle age (46.44 years), married (78.04%), graduates (63.41%), bachelor's (19.51%) doctorate/master's degree (17.07%), nurses (70.73%), specialists (29.27%), Community Health Specialty/Infant and pediatric (28.36%), maternal and obstetric health nursing/ rehabilitation/surgical (14.63%), mean time of professional practice (23 years) and family nursing education: yes (53.66%), no (46.34%). Nurses present supportive attitudes in the approach to the family as an integral part of the care process, with a total mean score of the IFCE-AE scale (80.49 points). The Family dimension: dialogive partner and coping resource (38.83 points), Family: resource in nursing care (33.00 points) and in the Family dimension: burden (8.65 points). There were no statistically significant differences between nurses' attitudes in the approach to the family as an integral part of care and sociodemographic and professional variables, except for the work context, where significant statistical differences.

Conclusion: Nurses present attitudes of support towards the family, involving them in nursing care, which is an important criterion for the quality of family nursing practice, and for the health gains of individuals and families.

Keywords: Attitude; Family; Family Nursing; Primary Health Care; Hospital Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES-Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS-Administração Regional de Saúde
AT-Assistente Técnico
AVPP-Anos de Vida Potencialmente Perdidos
BI-CSP-Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
BM-Baixo Mondego
CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS-Centro de Saúde
CSP- Cuidados de Saúde Primários
EEESF-Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
EMS-Estratégia Municipal de Saúde
ERS-Entidade Reguladora da Saúde
FINC-NA- *Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes*
FNPS -*Family Nursing Practice Scale*
ICN-*International Council of Nurses*
IDG-Índice de Desempenho Global
IFCE-AE-Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros
IFNA-*International Family Nursing Association*
IFPSF- Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar
INE-Instituto Nacional de Estatística
MCAF-Modelo de Calgary de Avaliação Familiar
MCAIF-Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
MCIF-Modelo de Calgary de Intervenção Familiar
MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MESCSF-Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar
MIM@UF- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
NUT-Nomenclatura das Unidades de Território
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS -Organização Mundial de Saúde
PBE-Prática Baseada na Evidência
REPE - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros
RI-Regulamento Interno
RN-Recém Nascido
SIDA- Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*
UCC-Unidade de Cuidados da Comunidade
UCF-Unidades Coordenadoras Funcionais
UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF-Unidade Funcional
UP-Unidades Ponderadas
USF-Unidade de Saúde Familiar
USP-Unidade de Saúde Pública
VIH-Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE QUADROS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	x
INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	15
1.1. ENQUADRAMENTO GEODEMOGRÁFICO	15
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	18
1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	26
1.3.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO	28
1.3.2. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS	30
1.3.3. CARTEIRA ADICIONAL DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM	30
1.3.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USF	31
1.3.5. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMILIA32	
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
2.1. FAMÍLIA	34
2.2. ABORDAGEM SISTÊMICA À FAMÍLIA	38
2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	51
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	70
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	70
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	71
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	73
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS73	
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	75
5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	80
5.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	80
5.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	84
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	100
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
CONCLUSÃO	125
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	
ANEXO 1-PARECER DE COMISSÃO DE ÉTICA	135
ANEXO 2 -PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO-DIRETOR EXECUTIVO.....	136

ANEXO 3-AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NAS DUAS UNIDADES	137
ANEXO 4-PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NA USF-SERRA DA LOUSÃ	138
ANEXO 5-AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NA USF-SERRA DA LOUSÃ	140
ANEXO 6-QUESTIONÁRIO	141

APÊNDICE 1-PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, SEGUNDO O MODELO DE CALGARY	146
--	-----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1-TAXA BRUTA DE NATALIDADE	21
TABELA 2-TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	21
TABELA 3-VALORES DO COEFICIENTE DE A CRONBACH DAS DIMENSÕES E DA ESCALA TOTAL IFCE-AE.....	97
TABELA 4-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE	100
TABELA 5-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL	101
TABELA 6-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	101
TABELA 7-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TÍTULO PROFISSIONAL.....	102
TABELA 8-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO.....	102
TABELA 9--DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	103
TABELA 10-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONTEXTO ATUAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	103
TABELA 11-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.....	103
TABELA 12-DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONTEXTO DE FORMAÇÃO FAMILIAR	104
TABELA 13-TESTE DA NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO DE RESULTADOS DAS DIMENSÕES E ESCALA TOTAL IFCE-AE.....	104
TABELA 14-TESTE DE HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIA	105
TABELA 15-ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS DIMENSÕES E ESCALA TOTAL IFCE-AE POR ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD.....	106
TABELA 16-CORRELAÇÃO DE PEARSON	107
TABELA 17-DIFERENÇA ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD.....	108
TABELA 18-RELAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA E A IDADE NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	109
TABELA 19-COMPARAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA E A IDADE NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	109
TABELA 20-RELAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO E O ESTADO CIVIL NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD.....	110
TABELA 21-DIFERENÇA ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	111

TABELA 22-DIFERENÇA ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO E O TÍTULO PROFISSIONAL NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	111
TABELA 23-COMPARAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO E O TÍTULO PROFISSIONAL NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	112
TABELA 24-DIFERENÇA ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO E A ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	112
TABELA 25-RELAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO E OS ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	113
TABELA 26-COMPARAÇÃO ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO COM OS ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	113
TABELA 27-DIFERENÇA ENTRE A ATITUDE DO ENFERMEIRO COM FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA, NAS DUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO CSP/CSD	114

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1- POPULAÇÃO RESIDENTE (Nº), POR FREGUESIA DE RESIDÊNCIA E SEXO	21
QUADRO 2-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E RESULTADOS DA APRENDIZAGEM NA ÁREA " CUIDA DA FAMÍLIA ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS"	75
QUADRO 3-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E RESULTADOS DA APRENDIZAGEM NA ÁREA "LIDERA E COLABORA EM PROCESSOS DE INTERVENÇÃO"	78
QUADRO 4-VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM ESTUDO	88
QUADRO 5-VARIÁVEL DEPENDENTE EM ESTUDO	90
QUADRO 6-VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA IFCE-AE	93

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1-PROBLEMAS IDENTIFICADOS DE ACORDO COM AS DIMENSÕES	17
FIGURA 2-MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE	17
FIGURA 3-LOGÓTIPO DO ACES BM	18
FIGURA 4-ORGANOGRAMA ATUALIZADO DO ACES BM	19
FIGURA 5-MAPA DA ZONA DE INFLUÊNCIA DA USF	20
FIGURA 6-LOGÓTIPO DA USF CRUZ DE CELAS	24
FIGURA 7-BI- CSP- USF CRUZ DE CELAS	32
FIGURA 8-PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS PREVALENTES NO FICHEIRO DE FAMÍLIA	33
FIGURA 9-PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS NACIONAIS RELACIONADOS COM A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	49
FIGURA 10-PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS INTERNACIONAIS RELACIONADOS COM A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	53

INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. O processo de enfermagem exige uma abordagem sistemática e metodológica própria que permite cuidar do outro em todas as suas dimensões, é realizado com arte e ciência, considerando o espaço o exercício de arte, e o seu fundamento a ciência (Costa & Gonçalves,2021).

Tendo por base a Teoria de Patricia Benner, a realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respectivo relatório final permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e a aquisição de competências exigidas ao enfermeiro especialista, sendo essenciais no processo de aprendizagem e melhoria contínua. Este relato escrito visa apresentar e descrever atividades desenvolvidas durante a realização dos estágios, acompanhado por uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas ,sustentado num pensamento teórico de enfermagem(Ordem dos Enfermeiros(OE),2021).

O presente relatório final apresenta uma síntese crítica da organização, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando necessariamente uma componente de investigação que analise de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos dos estágios realizados.Descreve o percurso desenvolvido no Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em Contexto USF/UCSP, do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar(MESCSF), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, da quinta turma, do 2º ano, 2º semestre, na USF Cruz de Celas, numa perspectiva de compreensão da importância da enfermagem familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades, através de um processo de revisão organizado e um pensamento crítico. Serviram de guia orientador, os Regulamentos da OE: competências comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar nº 428/2018 de 16 de julho de 2018.

Orientações nacionais e internacionais evidenciam as práticas de enfermagem centradas na família. A importância da família nos cuidados de saúde, tem vindo a ser patenteada, não só no desenvolvimento da literatura, como também no estabelecimento de políticas de saúde, Portugal é disso exemplo (Silva,Costa & Silva, 2013).

A temática em estudo” Valor da família na participação nos cuidados de enfermagem-análise comparativa”, tem por base o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, a necessidade de saber como se constroem e produzem os cuidados à família, qual a importância das práticas

clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma, no processo de cuidados. Com este estudo de carácter quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e comparativo de duas áreas de atuação, pretende dar resposta aos objetivos, às questões de investigação e às hipóteses formuladas. Sabendo que as atitudes ajudam a explicar as decisões e as ações das pessoas será possível identificar as áreas suscetíveis de intervenção, para que a atuação dos enfermeiros seja a mais dirigida e efetiva possível. Tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem com as famílias.

O ensino clínico teve como objetivos gerais:

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

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

Como objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar.

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

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

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas.

E5. Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas da enfermagem em saúde familiar.

E6. Redação de relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados em enfermagem de Saúde Familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.

E7. Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

Como objetivos transversais:

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos.

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Para uma melhor compreensão do presente relatório, o mesmo encontra-se estruturado em duas partes:

Parte I-Contexto da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar. Com o intuito de transmitir o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, com base no perfil das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar definida pela OE (2018): Cuida da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, bem como lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Apresenta-se dividida em 3 partes:

Ensino clínico-caracteriza o contexto clínico onde foi realizada a prática clínica especializada, e descreve a unidade funcional em diversas vertentes.

Enquadramento teórico-evidencia os conceitos de família e descreve a abordagem sistémica à família, tal como os seus princípios, narra a evolução da enfermagem de saúde familiar, seus fundamentos teóricos e conceptuais.

Competências adquiridas na prática clínica- apresenta as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista no âmbito da enfermagem comunitária na área de saúde familiar, bem como a sua reflexão acerca das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso.

Parte II-Estudo empírico. É apresentado o estudo de investigação com a respectiva divulgação dos resultados, com as evidências encontradas, implicações e sugestões resultantes desta investigação e as limitações decorrentes ao longo do processo de investigação. Constituído por:

Enquadramento teórico- expõe a informação obtida através de consulta e análise bibliográfica relevante para a compreensão do tema em estudo.

Enquadramento metodológico-apresenta a tipologia do estudo, os objetivos, as questões de investigação, as hipóteses, a população, a amostra, o instrumento da colheita de dados, a operacionalização das variáveis, os procedimentos de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e por último o tratamento estatístico.

Apresentação e análise dos resultados- exibe os resultados do estudo através de tabelas, acompanhados de uma descrição.

Discussão dos resultados-expõe os dados obtidos e indicadores estatísticos estabelecendo associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos semelhantes ao realizado.

Conclusão-transmite as ideias chave que surgiram desta investigação, as dificuldades e limitações identificadas durante o estudo, as implicações para a prática clínica, conhecimento em enfermagem de família, bem como, sugestões para futuras investigações.

Este relatório, segue as normas em vigor, no guia de elaboração de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria.

Parte I

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A vivência do estágio proporciona ao aluno o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências imprescindíveis à sua formação, estimulando a sua autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, domínio da prática e do seu papel, além do aprofundamento, contextualização dos conhecimentos adquiridos durante a sua formação académica. A experiência prática permite ao estudante construir uma identidade profissional própria (Souza et al.,2017).

No plano curricular do quinto MESCOF, encontrava-se prevista a realização de três etapas de ensino clínico que decorreram no Centro de Saúde de Celas, na USF Cruz de Celas.

Os estágios (I,II,III) desenvolveram-se, nos períodos entre 13/05/2022 a 24/06/2022 ;entre 27/06/2022 a 29/07/2022 e entre 6/09/2022 e 31/01/2023,respetivamente.

Este estágio teve por objetivo aprofundar, mobilizar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, que servirão de base à realização de um trabalho de investigação. Nesta pesquisa que se desenvolveu, pretendeu-se conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de Enfermagem, e compreender a importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e da comunidade.

A USF Cruz de Celas revelou-se um local enriquecedor para o desenvolvimento do ensino clínico, dado que permitiu a construção de um cuidado de Enfermagem especializado, através da parceria estabelecida entre a enfermeira orientadora, bem como a longa experiência desta unidade organizada para a vertente familiar, conjugado com os conhecimentos teóricos adquiridos previamente.De forma a facilitar o conhecimento desta unidade onde se desenvolveu este percurso, segue-se uma descrição do enquadramento geodemográfico, a caracterização: do local de estágio, organizacional,funcional e ficheiro de família, bem como outros dados pertinentes.

1.1. ENQUADRAMENTO GEODEMOGRÁFICO

Para analisar o enquadramento geodemográfico é importante saber que esta realidade só é possível, decorrente dos recenseamentos da população. Os recenseamentos demográficos da época moderna tiveram a sua origem nas orientações internacionais emanadas do Congresso Internacional de Estatística de Bruxelas de 1853. O primeiro Recenseamento Geral da população portuguesa, realizou-se em 1864. Após a criação do Instituto Nacional

de Estatística (INE) em 1935, os recenseamentos (Censos) passaram a ser realizados por este Instituto, o primeiro dos quais em 1940. Em 2021, teve lugar o XVI Recenseamento da População e o VI Recenseamento da Habitação. Os Censos realizam-se de 10 em 10 anos, produzem informação essencial para o desenvolvimento económico e social, constituindo-se como instrumentos indispensáveis ao planeamento informado dos serviços, e à definição de políticas, nas mais variadas áreas. A informação censitária é, pois, relevante para os setores público e privado, bem como para os cidadãos em geral (INE,2022).

Dado que a UF se situa na cidade de Coimbra, considera pertinente fazer este enquadramento Municipal. Coimbra é a capital da Região Centro e do Distrito de Coimbra, sendo a oitava maior cidade do país. É sede do município de Coimbra, tendo uma extensão de 319,40 km², 140.813 habitantes (-2572 habitantes, o que representa uma perda de 1,8% face a 2011). Insere-se na NUT(Nomenclatura das Unidades de Território) II Centro e NUT III Baixo Mondego, sendo constituído por 18 freguesias apresentando uma densidade populacional de 441 habitantes por km². O município é limitado a norte pelo Município de Mealhada, a leste pelos Municípios de Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a sul pelo Município de Condeixa-a-Nova, a oeste pelo Município de Montemor-o-Velho e a noroeste pelo Município de Cantanhede. É uma cidade historicamente universitária, devido à Universidade de Coimbra, uma das mais antigas da Europa e das maiores de Portugal, fundada em 1290 como Estudo Geral Português por D. Dinis, em Lisboa. Depois de várias instalações nas duas cidades, fixou-se definitivamente na cidade do Mondego em 1537. É uma das cidades mais antigas do país, foi a capital de Portugal antes de Lisboa, até 1255, e nela está o primeiro Panteão Nacional, o Mosteiro de Santa Cruz. É atravessada pelo rio Mondego, que nasce na Serra da Estrela, no sentido Este-Oeste. É considerada uma das mais importantes cidades portuguesas, devido a infraestruturas, organizações e empresas nela instaladas, para além da sua importância histórica e privilegiada posição geográfica no centro de Portugal continental, entre as cidades de Lisboa e do Porto. Ao nível de serviços oferecidos, é acima de tudo no ensino e nas tecnologias ligadas à saúde, que a cidade consegue maior notoriedade. A população estudantil da cidade ronda os 37 mil matriculados. O feriado municipal ocorre a 4 de julho, em memória da Rainha Santa Isabel. Foi Capital Nacional da Cultura em 2003, no dia 22 de junho de 2013, a Universidade de Coimbra, Alta e Sofia, foi declarada património Mundial pela UNESCO (Wikipédia,2022).

A Estratégia Municipal de Saúde (EMS) de Coimbra é orientada pela visão alargada da saúde e por uma abordagem conceptual e metodológica integrada, de base geográfica e participada. O reconhecimento da crescente importância das condições do lugar e da comunidade onde se vive na produção da saúde (e da doença) e do papel crucial que as políticas locais,


orientadas para a equidade em saúde, podem ter na (re)construção de lugares mais saudáveis estão no centro da construção da EMS. O desenvolvimento da EMS segue um modelo de avaliação multidimensional da saúde, em que os determinantes da saúde são analisados pela lente geográfica (desagregação ao nível da freguesia) e de forma participada, desde a identificação, análise dos problemas e necessidades em saúde, até à estruturação de eixos de intervenção e definição de medidas e ações (Plano Municipal de Saúde,2021). Encontra-se na (Figura 1) as diferentes dimensões analisadas e quais os problemas identificados, já a (Figura 2) representa o que se pode fazer para tornar as pessoas mais saudáveis, ou seja, o que se pretende alcançar a nível da melhoria dos resultados em saúde.

Dimensão	Problemas
Ambiente Construído	Má acessibilidade geográfica a equipamentos utilizando transportes públicos Más condições da habitação e do edificado Respostas sociais insuficientes para crianças e idosos
Ambiente Económico e Social	Baixo envolvimento da população na vida comunitária (e.g., atividades sociais, culturais) População em situação de vulnerabilidade económica e social (e.g., RSI, idosos, famílias pobres) População idosa em risco de isolamento
Ambiente Físico	Baixa utilização de transportes públicos e de modos suaves (a pé ou de bicicleta) nas deslocações diárias Distância a ecopontos Distância a espaços verdes Má qualidade ambiental (poluição do ar, ruído)
Cuidados de Saúde	Desigualdades no acesso a serviços de saúde de proximidade (Cuidados de Saúde Primários e Farmácias) Hiperutilização das urgências hospitalares
Educação	Baixa literacia
Estilos de Vida e comportamentos	Consumos aditivos (álcool, tabaco e drogas) Inatividade física
Segurança	Insegurança rodoviária e no espaço público

Figura 1-Problemas identificados de acordo com as dimensões
Fonte: Plano Municipal de Saúde de Coimbra,2021

MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE

PESSOAS SAUDÁVEIS



Aumento da esperança de vida saudável
Melhoria do estado de saúde autoavaliado

Diminuição da mortalidade:

- Prematura
- Evitável por causas sensíveis à prevenção (e.g., consumo de tabaco e de álcool)
- Evitável por causas tratáveis e sensíveis aos cuidados de saúde
- Por tumores malignos

Diminuição da prevalência de:

- Excesso de peso e obesidade
- Hipertensão
- Diabetes Mellitus
- Doenças cerebrovasculares
- Doenças cardiovasculares
- Doenças respiratórias
- Perturbações depressivas e de ansiedade

Figura 2-Melhores resultados em saúde
Fonte:Plano Municipal de Saúde de Coimbra,2021

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O CS de Celas, encontra-se localizado no concelho e distrito de Coimbra, está integrado no ACES BM, pertence à ARS Centro, situa-se na Rua Augusto Rocha nº 6-8. É composto por edifícios antigos, encontrando-se em processo de remodelação e conservação dos mesmos. Fazem parte deste CS, a UCC Celas (que se encontra a funcionar presentemente no edifício do ACES BM,por motivo de obras), USF CelaSaúde (que se encontra a funcionar atualmente no antigo Hospital Pediátrico,também por motivo de obras), a USF Cruz de Celas que tem 2 pisos alocados, USF Coimbra Celas e USP que se encontram no 3º e 4º piso, atua em articulação com as demais UF do CS e do ACES (Manual de Articulação 2019).

O ACES Baixo Mondego é identificado mediante logótipo próprio (Figura 3):



Figura 3-Logótipo do ACES BM

Foi criado pela Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro, é um serviço desconcentrado da ARS Centro, sujeito ao seu poder de direção. Tem como missão garantir a prestação de CSP, com qualidade, eficiência e responsabilidade, procurando a satisfação dos Utentes e dos Profissionais,localiza-se em Coimbra na Av. Bissaya Barreto, nº 52,2º e 3º andar. Garante a prestação de cuidados de saúde primários(CSP) à população da área geográfica dos concelhos:de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova, Soure. Integra os CS de: Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure. É constituído por 9 UCSP, 27 USF e 12 UCC (BI-CSP,2022). Realizou um organograma, de acordo com as últimas atualizações (Figura 4).

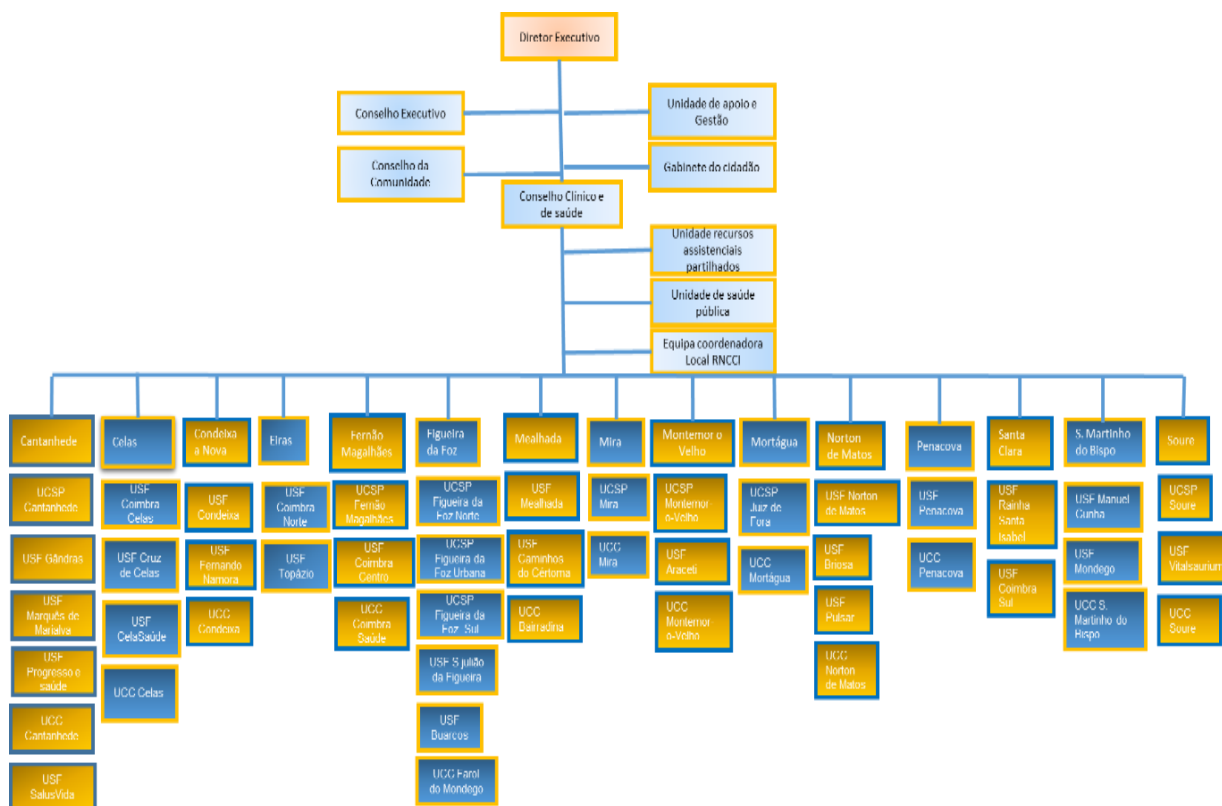


Figura 4-Organograma atualizado do ACES BM, maio 2022(Criado pela própria)

A USF Cruz de Celas, utiliza o programa informático SClinico, como sistema de apoio à informação em enfermagem, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este recurso informático, foi recentemente instalado, encontrando-se todos os profissionais em fase de adaptação ao mesmo.

Estão formadas equipas nucleares (médico, enfermeiro e Assistente técnico(AT)), que centram as suas atividades na lista do respectivo ficheiro de família que integram, bem como as respetivas equipas em espelho, equipas por piso e equipa alargada, estando definidas metodologias de interdisciplinaridade e criados instrumentos de autorregulação através de fluxogramas, assegurando a vertente assistencial na presença ou ausência da sua equipa, numa cultura de intersubstituição e de complementaridade, princípios que a equipa alargada desta USF considera imprescindível ao seu bom funcionamento. Existe uma articulação entre a UCC, nomeadamente quando há que dar resposta a situações de tratamentos prolongados, bem como reabilitação. Existe também articulação entre nutricionista e psicólogo, assim como com as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) de Saúde Materna; a UCF de Saúde Infantil e Juvenil e a UCF de Reumatologia, representados por médicos (Manual de Articulação, 2019).

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA USF CRUZ DE CELAS

Esta unidade, tem como área de atuação várias freguesias do concelho de Coimbra, representadas na (Figura 5): União de Freguesias de Coimbra (Sé Nova, Almedina, Santa Cruz e S. Bartolomeu), União de Freguesias de (Eiras e São Paulo de Frades), Santo António dos Olivais e Torres do Mondego. A população destas freguesias de acordo com o resultado dos censos 2021 encontra-se explanada no (Quadro 1), sendo de 74.646 habitantes, contrariamente à tendência nacional, registou na última década um aumento de população de (+1416 habitantes), o que se traduz num aumento de população de 1,9%. Apresenta um maior número de mulheres 40428 (54,2%) relativamente aos homens 34218(45,8%).A freguesia de Santo António dos Olivais é a mais populosa, distinguindo-se claramente das restantes com 41156 habitantes (+2220 habitantes) o que se traduz em um aumento de 5,7%, seguida pela freguesia de Eiras e São Paulo de Frades com 17574 habitantes (-347 habitantes),ou seja perdeu 1,9% de habitantes, seguida pela União de Freguesias de Coimbra com 13882 habitantes (-89 habitantes), o que representa uma redução de habitantes de 0,6% e por último Torres do Mondego com 2034 habitantes (-368 habitantes), apresentando uma perda significativa de 15,3% de habitantes (INE,2022).

Utentes não pertencentes a área referida, mas que demonstrem vontade de se inscreverem na unidade de saúde, quer por preferência de médico ou por outras razões devidamente justificadas poderão fazê-lo, no entanto, estão sujeitos às limitações previstas na legislação em vigor.



Figura 5-Mapa da zona de influência da USF
Fonte: Câmara Municipal de Coimbra 2022

Quadro 1- População residente (nº), por freguesia de residência e sexo

Sexo	H			M			Total		
Freguesia	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.
Eiras e São Paulo de Frades	8 153	8 322	-2,0%	9 421	9 599	-1,9%	17 574	17 921	-1,9%
Santo António dos Olivais	18 650	17 659	5,6%	22 506	21 277	5,8%	41 156	38 936	5,7%
Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu	6 471	6 334	2,2%	7 411	7 637	-3,0%	13 882	13 971	-0,6%
Torres do Mondego	944	1 142	-17,3%	1 090	1 260	-13,5%	2 034	2 402	-15,3%
Total	34 218	33 457	2,3%	40 428	39 773	1,6%	74 646	73 230	1,9%

Fonte:INE 2022

TAXAS DE NATALIDADE, MORTALIDADE E ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA

A evolução da taxa de natalidade no concelho de Coimbra, de acordo com PORDATA em 2022 (Tabela 1), indica um decréscimo de 17,7% desde 1981 para 7,2% em 2021. Coimbra em 2021 assistiu ao nascimento de 1022 indivíduos, sendo 513 do sexo masculino e 509 do sexo feminino. Os valores da mortalidade em 1960 eram de 9,1% ,sofrendo um aumento de 3%. Ou seja, o facto da natalidade apresentar valores inferiores aos registados pela mortalidade, traduz-se num crescimento natural negativo no período analisado. A mortalidade sénior maiores de 80 anos (Tabela 2) situou-se em 9,8%, valor inferior ao verificado em Portugal (10,4%). Encontram-se de seguida as tabelas da taxa de natalidade e mortalidade bruta de Coimbra.

Tabela 1-Taxa bruta de natalidade

Territórios	Taxa bruta de natalidade	
	1981	2021
— Região de Coimbra	-	Pre 6,3
Arganil	12,2	Pre 5,9
Cantanhede	14,5	Pre 6,4
Coimbra	17,7	Pre 7,2
Condeixa-a-Nova	10,5	Pre 6,3
Figueira da Foz	15,0	Pre 5,9

Fonte: PORDATA,2022

Tabela 2-Taxa bruta de mortalidade

Territórios	Taxa bruta de mortalidade	
	1960	2021
— Região de Coimbra	-	Pre 14,2
Arganil	13,7	Pre 22,1
Cantanhede	9,2	Pre 15,3
Coimbra	9,1	Pre 12,1
Condeixa-a-Nova	10,8	Pre 10,7
Figueira da Foz	9,8	Pre 14,4

Fonte: PORDATA,2022

A percentagem de população jovem (0-14 anos) é de 11,7% representando uma perda de 0,7%, e a população em idade ativa (15-64 anos), situa-se em 63%, tendo existido um decréscimo de 4,5%.Relativamente ao índice de dependência o valor situa-se em 54,93%. apresentando uma taxa de 53,5% de mulheres, tendo aumentado 0,2% e homens uma taxa de 46,5% tendo diminuído 0,2%. Os idosos representam 25,2% registando-se um aumento de 5,1%, índice de envelhecimento 251,1 idoso por cada 100 jovens. Relativamente às

famílias verificam-se 59,991, tendo existido um aumento de 1890 famílias. A percentagem de famílias unipessoais foi de 28,4%, verificando-se um aumento de 3,1%, já as famílias com 2 indivíduos representam 34,5%, tendo aumentado 2,1%. Agregados domésticos privados em Eiras e S.Paulo de Frades (7531), o que representa um aumento de 4,2%, agregados institucionais (7),havendo um aumento de 40%, na freguesia de Santo Antonio dos Olivais (18672) agregados domésticos privados, representando um aumento de 8,9%, com (21) agregados institucionais, reduzindo 4,5%, já a Freguesia de Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e S.Bartolomeu (6320), - 1,2%, com 40 agregados institucionais,-7% e a Freguesia de Torres de Mondego com (859) agregados domésticos, -9,8%, não tendo famílias institucionais.Os solteiros representam 42,5% da população com um aumento de 2,9%, já os casados representam 41% da população verificando-se uma diminuição de 5,8%, os divorciados apresenta uma taxa de 9,3% assistindo-se a um aumento de 2,7%, os viúvos 7,2%, aumento de 0,1%(Pordata,2022).

O Plano Local de Saúde do ACES BM 2018-2020, refere que:

- A proporção de nascimentos pré-termo decresceu nos últimos triénios e estabilizou, assumindo valores idênticos ao Continente;
- A proporção de crianças com baixo peso à nascença apresenta uma tendência crescente, com valores inferiores ao Continente;
- A taxa bruta de mortalidade na região tem-se mantido estável, e é superior à do Continente;
- A taxa de mortalidade infantil tem diminuído progressivamente e sempre com valores inferiores aos do Continente;
- A mortalidade neonatal diminuiu até ao triénio 2008-2010 e aumentou ligeiramente desde então, aproximando-se dos valores do Continente. A mortalidade neonatal precoce tem sido estável na região, com valores idênticos ao Continente;
- Após o decréscimo que apresentou até ao triénio 2003-2005, a mortalidade perinatal tem-se mantido estável na região, contudo o último triénio regista uma diminuição posicionando a região abaixo do Continente. A mortalidade pós-neonatal e fetal tardia tem registado uma tendência ligeiramente decrescente, com valores próximos do Continente;
- Analisando a mortalidade proporcional em todas as idades, verifica-se que são as doenças do aparelho circulatório que assumem maior peso relativo, especialmente a partir dos 75 anos. Relativamente aos óbitos em idades inferiores a 75 anos, o maior peso relativo cabe aos tumores malignos, especialmente entre os 55 e os 69 anos de idade. Nas idades mais

jovens (15-29 anos), são as causas externas (suicídios, acidentes, entre outras), que assumem maior peso relativo nos óbitos;

- A mortalidade padronizada pela idade na região revela que, para todas as idades, independentemente do género, as grandes causas de morte com valores significativamente superiores ao Continente são as doenças do aparelho respiratório, as causas externas e as doenças do aparelho digestivo. Em termos de causas de morte específicas, as principais são a pneumonia, as doenças cardíacas, as doenças do rim e ureter, as doenças crónicas do fígado (situação que se verifica para homens e mulheres), as lesões e os acidentes de transporte (significativos para os homens), com valores substancialmente superiores ao Continente; no caso dos homens, também o tumor maligno da próstata apresenta uma taxa na região consideravelmente superior à do Continente;

- As principais causas de morte prematura (<75 anos), em termos de mortalidade padronizada pela idade e com valores significativos e superiores ao Continente são as causas externas (para homens e para mulheres) e as doenças do aparelho digestivo (especialmente nos homens). Observando as causas de morte específicas, destacam-se as doenças crónicas do fígado, as outras doenças cardíacas, os acidentes de transporte, as lesões e as quedas acidentais, quer para homens ou para mulheres;

- As principais grandes causas de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) são os tumores malignos, as causas externas e as doenças do aparelho circulatório (também para cada um dos sexos). As principais causas específicas de AVPP na região são os acidentes de transporte, o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, os suicídios, as doenças crónicas do fígado e as doenças cerebrovasculares. Para as mulheres, as causas específicas responsáveis por mais AVPP são o tumor maligno da mama e as doenças cerebrovasculares. No caso dos homens, as principais causas específicas de AVPP são os acidentes de transporte, o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, os suicídios, as doenças crónicas do fígado e as doenças isquémicas do coração.

Na morbilidade nos CSP, os diagnósticos ativos que afetam maior proporção de utentes são a alteração do metabolismo dos lípidos, a hipertensão, com valores superiores ao Continente. As perturbações depressivas, obesidade e a diabetes estão nos cinco primeiros diagnósticos ativos com maior prevalência. As maiores diferenças entre sexos encontram-se nas perturbações depressivas, na osteoporose e na osteoartrose do joelho, que afetam mais as mulheres.

- Dor lombar, cervical, a dor crónica, as artroses e a hipertensão arterial são as doenças crónicas que atingem maior percentagem de população na Região Centro, com valores

superiores ao Continente. A prevalência de doença crónica nas mulheres é superior à dos homens para as doenças referidas.

- Aumentou a percentagem de população com diabetes na maior parte dos grupos etários, especialmente a partir dos 45 anos, sendo a população masculina com maior prevalência. A hipertensão apresentou um aumento acima dos 65 anos, contrariamente verificou-se uma diminuição, para as idades inferiores a 55 anos, esta doença crónica afeta mais as mulheres. A asma aumentou em percentagem apenas na população com idade igual ou superior a 65 anos. As taxas de incidência de tuberculose, SIDA e da infeção VIH têm sido inferiores às do Continente.

MISSÃO, VISÃO, VALORES

A USF Cruz de Celas iniciou o seu funcionamento em modelo A, a 5 de fevereiro de 2007, em 8 de outubro de 2008, todos os elementos que a incorporavam decidiram por unanimidade em Conselho Geral Extraordinário a candidatura a modelo B. Esta unidade transitou a modelo B em 29 de maio de 2009, tendo iniciado funções neste modelo a 1 de julho de 2009. Esta USF é representada pelo seguinte logótipo, ilustrado pela (Figura 6). A escolha do nome da Unidade bem como do logótipo, prendeu-se com a proximidade deste local icónico - a Cruz de Celas.



Figura 6-Logótipo da USF Cruz de Celas
Fonte: BICSP (2022)

O Regulamento Interno (RI) foi elaborado em 2007 de acordo com o decreto de Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, que determinou o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, no entanto, devido à candidatura a modelo B ocorreu nova alteração no RI em 21 de novembro de 2008 (RI 2018).

A USF Cruz de Celas apresenta como **missão** uma gestão e organização dinâmica, estimulando, as diferentes capacidades individuais, com intuito de melhorar a eficiência na

prestação de cuidados de saúde à população e proporcionar aos profissionais, elevado índice de satisfação. Quanto à **visão**, pretende ser um serviço de referência na prestação de cuidados de saúde, alicerçado em equipas multiprofissionais, tendo por base uma visão holística da pessoa. Tem como principais **valores** de referência, definidos por unanimidade entre todos os elementos da USF: assertividade, equidade, qualidade, responsabilidade e satisfação. Tem como lema: inovação, rigor, humanização ... a caminho da excelência (BI-CSP, 2022).

ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DOS UTENTES

Esta unidade tem uma localização bastante privilegiada, apresenta vários recursos na área de saúde encontrado-se próxima de hospitais centrais, maternidades, bem como de farmácias e locais de realização de exames complementares de diagnóstico, usufruindo de uma excelente rede de táxis e autocarros, com horários bastante alargados. A existência de escadas bem como um elevador, permite a acessibilidade entre pisos. A unidade possui um fluxograma de circuito do utente, assim como fornece o guia do utente, onde consta normas de funcionamento, serviços fornecidos, horários e contatos da unidade.

A forma de marcação de consultas, quer médicas, quer de enfermagem, poderá ser, **presencialmente** (respectivo secretariado clínico), **via email:** usf.cruzdecelas@gmail.com e usf.cruzdecelas@arscentro.min-saude.pt, **telefonicamente:** Piso 1 - 239 488 239 / 239 488 240 (2ª a 6ª feira das 8-20h; Sábado das 9-13h). Piso 2- 239 488 254 / 239 488 255 (2ª a 5ª feira das 8-13h / 14-17h, 6ª feira das 8h-13h). Caso o utente telefone fora deste horário, deve ser efetivada, pelo AT que atende a chamada, uma tarefa do motivo e número de contacto telefónico do utente, na agenda da Enfermeira de Família, ou na sua ausência, na agenda da Enfermeira da equipa espelho; “**E-Agenda**” - permite marcar consulta, até 5 dias úteis.

Presentemente, não existem restrições de número de utentes nas salas de espera, tendo retomado os circuitos pré-covid.

Em situações normais, o primeiro passo é o agendamento, este pode ser feito telefonicamente ou presencialmente na unidade, sendo o utente imediatamente informado da data e hora do serviço solicitado. No dia do serviço solicitado, caso se trate de uma consulta de vigilância, o utente deve chegar à unidade cerca de 15 minutos antes da hora marcada, retirar uma senha no quiosque eletrónico e junto do secretariado deve confirmar a sua presença, de seguida aguarda na sala de espera. A chamada do utente para o agendamento

solicitado é efetuado através do altifalante ou pessoalmente (a Enfermeira ou o Médico dirigem-se à sala de espera).

Nesta USF estão afixadas as carteiras de serviço oferecidas pela equipa médica, equipa de Enfermagem, bem como pelos AT: renovação de receituário crónico; serviços mínimos a assegurar por estes profissionais; atendimento de situação aguda no próprio dia; contatos urgentes; atestados médicos para a carta de condução; critérios de prioridade na visitação domiciliária; atendimento prioritário; formas de marcação de consulta; oferta de serviços (onde constam o tipo de consultas programadas).

Existe consulta dirigida a utentes esporádicos (utentes de outros locais) de 3 em 3 semanas alternando com as outras USF do CS de Celas, aos sábados, no período entre as 9:00-13:00, procede-se a consultas de situações de doença aguda, bem como de vigilância de programas de saúde.

Os profissionais de saúde apresentam no seu horário períodos pré-definidos para realização de consulta programada, de acordo com as necessidades identificadas. Este agendamento da consulta é efetuado pelo próprio utente ou por qualquer um dos profissionais de saúde. Este tipo de consulta é destinado à vigilância, promoção de saúde e prevenção da doença em diversas fases do ciclo vital, destacando-se as consultas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e hipocoagulação. Em caso de ausência inesperada do profissional de saúde, surgindo a necessidade de alteração da data da consulta programada, é da responsabilidade do AT contactar o utente, alertando-o para a situação e proceder ao reagendamento da consulta. Em períodos que se estendam até 15 dias de ausência de um profissional, a USF garante resposta através de um sistema de Intersubstituição. A cada situação será dada resposta de acordo com a particularidade da mesma, tendo em conta as vertentes de acessibilidade, personalização e continuidade de cuidados, de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2021).

1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro de família de acordo com o Decreto-Lei 118/2014, de 5 de agosto, 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.

A intervenção dos enfermeiros de família exige uma resposta multiprofissional, multifacetada e complexa, dada a grande exigência do fenómeno saúde. A sua intervenção é autónoma (as ações realizadas são da sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade) e

interdependentes (ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas). O tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho, permitirá que os enfermeiros de família enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, articulam-se com os restantes recursos existentes e procedem ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija, numa relação colaborativa.

Na USF Cruz de Celas a metodologia de trabalho é por equipa nuclear de família, os enfermeiros e médicos estão organizados segundo um ficheiro de utentes, ficando responsáveis, pelos cuidados de saúde globais aos utentes/famílias do seu ficheiro clínico, em todas as fases do ciclo vital do indivíduo/família.

A prestação de cuidados de enfermagem é maioritariamente individualizada, centrada no utente, sendo a família incluída na intervenção como contexto e não como um todo. Esta abordagem, insere-se no nível I da prática de enfermagem de cuidados à família. Praticam-se também o nível IV, quando se efetua formação “Projeto Cuidando do Cuidador”, através da realização de ciclos de ações/sessões de formação para cuidadores informais e familiares de pessoas com dependência. Objetivo desta formação, prevenção do *stress* do cuidador, diminuição das comorbilidades relacionadas com os cuidadores, e identificar necessidades/dificuldades dos cuidadores. Observa-se que os utentes consideram o enfermeiro de família um profissional de referência que constitui um elo de ligação entre a família, outros profissionais e recursos da comunidade.

Quando a família é considerada uma **componente da sociedade**, é entendida como uma instituição da sociedade, uma unidade básica ou primária, assim como uma instituição de saúde, de educação e religião, onde todas fazem parte do sistema social alargado. A família interage com as instituições de maneira a receber, trocar e prestar serviços mutuamente (Stanhope & Lancaster, 2008).

Na mesma consulta poderá associar-se mais de que um programa de saúde, ou seja, uma utente diabética, hipertensa e em idade fértil, poderá fazer estas vigilâncias no mesmo espaço de consulta. Os programas de consultas programadas da carteira de serviços da USF, são: Saúde Infanto-Juvenil (desde o nascimento até aos 18 anos de idade; incluem as consultas de vigilância e vacinação); Planeamento Familiar (para homens e mulheres em idade fértil; inclui aconselhamento pré concecional, disponibilização de vários tipos de contraceptivos (barreira, orais, anéis e de emergência) e colocação de dispositivos intra-uterinos e implantes subcutâneos); Saúde Materna (acompanhamento de gravidezes de baixo risco clínico, de

acordo com protocolo de vigilância partilhado com as maternidades de Coimbra; revisão do puerpério); Saúde da Mulher (para mulheres que já se encontrem na menopausa); Hipertensão Arterial (vigilância semestral dos utentes com hipertensão arterial; vigilância de risco cardiovascular); Diabetes (vigilância a cada 3-6 meses dos utentes com diabetes); Rastreio Oncológico (realização oportunista ou em consulta para o efeito, para rastreio de cancro do colo do útero (mulheres entre os 25 e 64 anos), do cancro da mama (mulheres entre os 45 e os 69 anos) e do cancro do cólon e do reto, homens e mulheres entre os 50 e os 74 anos); Saúde do Adulto; domicílios (visitação domiciliária por parte da equipa de enfermagem, médica, ou em conjunto; existindo critérios para a sua realização (estes serão abordados mais à frente).

1.3.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

De modo a garantir uma melhor acessibilidade aos CSP, a consulta de enfermagem no domicílio assume-se como um momento de envolvimento familiar, proporciona o estabelecimento da relação terapêutica, o que viabiliza a compreensão aprofundada da família na sua componente estrutural, desenvolvimental e funcional, com a elaboração de diagnósticos de enfermagem. Resultante do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, o envelhecimento constitui uma vitória, o que gera um repto de adaptação da sociedade. O aumento nos últimos anos da população idosa e a percentagem destes idosos a viverem sozinhos tem vindo a lançar um desafio em termos de cuidados específicos a estas famílias. Com o envelhecimento da população, assiste-se ao aumento das doenças crónicas e de consequentes comorbilidades. Nos doentes do foro oncológico o avanço da ciência permite tratamentos e reabilitação passíveis de se efetuarem no domicílio, assistindo-se cada vez mais, a altas hospitalares precoces, com a manutenção dos doentes no seio familiar. O aumento da complexidade dos cuidados, que se verifica, exige aos enfermeiros mais conhecimentos, capacidades e recursos específicos para capacitar o sistema familiar, e é aqui que o enfermeiro especialista em enfermagem familiar tem um papel diferenciador.

As consultas de Enfermagem no domicílio ocorrem de acordo com a tipologia da situação e o horário disponível para este efeito encontra-se devidamente explicitado e afixado. Destinam-se aos utentes inscritos na USF e ocasionalmente a familiares diretos esporádicos, a residir temporariamente na área de influência da USF. Estas visitas podem ocorrer por iniciativa do utente, familiar ou profissional de saúde e têm como objetivo proporcionar cuidados de saúde a todos os utentes, cuja situação necessite de intervenção no domicílio. As visitas domiciliárias de vigilância e as com planos de cuidados acordado, devem sempre que possível ser realizadas pela equipa correspondente.

A marcação de atividades domiciliárias (a pedido do utente ou familiar) deve ser feita no secretariado clínico, podendo ser presencial ou por telefone, após contacto com o Médico ou Enfermeiro de Família. Objetivos desta prestação de cuidados de saúde (prevenção, promoção e controle), garantir a continuidade de cuidados, consulta e/ou procedimentos técnicos. A resposta ao pedido será variável conforme se trate de uma visita domiciliar preventiva ou curativa. Os domicílios preventivos destinam-se a utentes com incapacidade em se deslocar à USF (imobilidade permanente, acamados, doentes terminais, demências, paralisias) com a finalidade de estabelecer a vigilância adequada e prevenir situações, geralmente associadas a desidratação, úlceras de pressão, mobilidade reduzida ou permanente, bem como, instruir e ensinar os prestadores de cuidados desses doentes. Realizam-se ainda domicílios de enfermagem a recém-nascido (RN) e/ou puérperas no sentido de dotar as famílias de ferramentas para lidar com esta nova etapa do ciclo vital familiar. Os domicílios curativos destinam-se aos utentes que não se conseguem deslocar à USF e que apresentam necessidade de administração de injetáveis, realização de pensos, colocação ou mudança de sondas nasogástricas ou vesicais, entre outros procedimentos. Relativamente ao tempo de espera por um domicílio, depende o mesmo, do motivo do pedido e do agendamento. Situação de doença aguda 24h, outros até 5 dias úteis.

CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

Existem critérios definidos pela equipa para a realização da mesma, estando diretamente relacionados com o grau de dependência do utente e da justificação dos pedidos, de acordo com a situação clínica, são eles: população inscrita na lista de utentes e na área de abrangência da USF; não se efetuam urgências/emergências; utente com dificuldade na locomoção e deslocação; 3ª e 4ª idades; doença em estado terminal ou crónica progressiva; suspeita de agravamento de patologia pré-existente ou aparecimento de nova patologia em doente acamado; alta hospitalar com problema que necessite acompanhamento e repouso; situações de alteração da integridade cutânea, necessidade de promoção, prevenção, seguimento e/ou reabilitação; necessidade de procedimentos técnicos e/ou cuidados de Enfermagem inadiáveis; gravidez de risco clínico, RN até ao 15º dia de vida e puérpera. Poderá existir também visita domiciliar com carácter investigativo, nomeadamente em casos de suspeita de risco familiar: quando há indícios de violência doméstica, maus-tratos infantis, condições habitacionais degradantes, entre outras situações.

Excluem-se desta consulta os utentes residentes em lares, casas de repouso, Instituições Particulares de Solidariedade Social ou fora do concelho.

1.3.2. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

A unidade não contempla serviço de urgência. As situações de urgência/emergência deverão ter outro tipo de resposta, através do contato para o 112, mas obviamente se surgirem na unidade terão no imediato a avaliação e tratamento adequados.

Caso ocorra este tipo de evento dentro da unidade, esta dispõe de um carro de emergência equipado com Desfibrilhador Automático Externo, que se encontra no 1º piso podendo, se necessário ser transportado entre pisos, pelo elevador.

As alternativas assistenciais com endereços e contatos estão afixadas de forma visível para os utentes da USF Cruz de Celas, nomeadamente, o número nacional de emergência (112) ou linha SNS 24 (808242424), assim como os hospitais e maternidades da área de abrangência.

1.3.3. CARTEIRA ADICIONAL DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Alargamento de horário aos sábados das 9 às 13 horas, exceto sábados de Páscoa e quando coincidam com feriado, com recurso a horas extraordinárias, tendo como objetivo aumentar a acessibilidade aos utentes, preferencialmente aos que durante a semana não têm disponibilidade para recorrer à USF, podendo ter consulta de vigilância inserida nos diversos programas de saúde, com a sua equipa de saúde, bem como os que apresentam problema agudo.

A consulta de desabituação/cessação tabágica existia na USF Cruz de Celas, a título experimental, desde janeiro de 2014. Em novembro de 2014, esta consulta foi englobada, por solicitação da USF, no Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Tabagismo, após reconhecimento e autorização da ARS Centro. População abrangida: utentes fumadores e motivados para a cessação, que não conseguem deixar de fumar sem ajuda, ou apenas com o apoio da intervenção breve. Existem quatro equipas de consulta de cessação tabágica, cada uma formada por uma enfermeira e um médico, com funcionamento em semanas alternadas, em horário pós-laboral (17 às 19 horas), de forma facilitar o acesso aos utentes.

Projeto Cuidando do Cuidador-realização de ciclos de ações/sessões de formação para cuidadores informais e familiares de pessoas com dependência. Objetivo prevenção do *stress* do cuidador, diminuição das comorbilidades relacionadas com os cuidadores e identificar necessidades/dificuldades dos cuidadores.

Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto da ARS Centro, com o objetivo de diminuir os cancros evitáveis e os diagnósticos tardios, através da prevenção e diagnóstico

precoce, assim como, atenuar o impacto do cancro nos doentes e familiares. Aproveitando o facto de terem sido introduzidas novos *Kits* de pesquisa de sangue oculto, que implicam somente uma única recolha, considerou-se pertinente realizar este acompanhamento, aproveitando esta nova motivação para profissionais e utentes.

Administração de vacinas anticovid: sextas-feiras entre 16:00-18:00, sábados 9:00- 13:00, todos os dias oportunisticamente.

Consulta de esporádicos: de 3 em 3 semanas, alternando com as restantes USF do CS.

Protocolo com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para orientação de alunos.

1.3.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USF

O BI CSP disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as UF dos CSP, qualificando e quantificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada. Relativamente à plataforma BI CSP esta está acessível à população em geral, acedendo-se livremente aos dados relativos às UF, já o MIM@UF tem um carácter restrito a cada UF, implicando a utilização de uma palavra-passe.

Segundo dados colhidos na plataforma BI CSP (abril de 2022), os utentes inscritos na USF Cruz de Celas, distribuem-se de acordo com Decreto-Lei 298/2007, como se pode observar abaixo, na (Figura 7). Esta descreve os utentes por idade, género e respetiva correspondência em unidades ponderadas. Contabiliza um total de 14.604 utentes inscritos, 14.602 utentes ou seja 99,9% da amostra tem Médico e Enfermeiro de Família atribuído e estão distribuídos por 8 equipas de família, e 2 utentes ou seja uma percentagem de 0,01%, não têm médico de Família (um por opção e outro sem médico de família atribuído). Existe um número superior de mulheres relativamente aos homens, 7961 mulheres, representando 54,5% da população e 6643 homens, representando 45,5% da amostra desta população. Analisando a pirâmide etária verifica-se que esta é invertida, ou seja a USF presta cuidados a uma população envelhecida, verificando-se apenas 69 crianças, com idade inferior a um ano. Relativamente ao índice de dependência total, este estabelece a relação entre a população jovem e idosa, "população dependente e a população em idade ativa", apresentando o valor de 54,87%. O índice de dependência de jovens (<15 anos) é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, com o valor de 17,77%. O índice de dependência de idosos (≥ 65

anos) é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, com um valor de 37,09%. Em grupos específicos apresenta 3247 mulheres em idade fértil (entre 15-49 anos).



Figura 7-BI- CSP- USF Cruz de Celas
Fonte: print screen do aplicativo Bi-CSP

De acordo com o regulamento nº 743/2019, o rácio de dotação de enfermeiro adequado em cada UF é um enfermeiro por cada 1550 utentes ou 1917 unidades ponderadas (UP) e um Enfermeiro para 350 famílias. As UP estão relacionadas com a idade dos utentes, assim, idades compreendidas entre os 7 - 64 anos contam 1 UP, crianças até 6 anos como 1,5 UP; entre 65 - 74 anos como 2 UP e pessoas com idade igual ou superior a 75 anos contam com 2 UP. A USF apresenta um IDG de 80,20%. Atualmente a média de utentes inscritos por médico de família na USF é de cerca 1825 utentes/equipa de família, estando definidas 9 UP por Médico/Enfermeiro.

1.3.5. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Segue uma análise do ficheiro da enfermeira de família, em termos de dimensão, áreas de patologia mais codificadas na lista de problemas. Este apresenta 1937 utentes (1065 mulheres que representa 55% e 872 homens ou seja 45%). População idosa (utentes ≥ 65 anos, 432 o que representa 22,3%, havendo igualmente, um maior número de mulheres, o que pode indicar uma maior esperança de vida no sexo feminino, 59,6% (1154 utentes entre os 20-64 anos), 18,2% (353 utentes até 19 anos), e 856 famílias o que não respeita as dotações seguras defendidas pela OE, que são um Enfermeiro para 350 famílias ou um Enfermeiro para 1.550 utentes. O maior número de famílias encontra-se na Freguesia de Santo António dos Olivais com 461 famílias, seguida da Freguesia da Sé Nova com 136, Eiras com 51 e Santa Clara com 25 famílias.

Segundo as orientações estratégicas definidas pelos planos nacional, regional e local de saúde deverá existir um planeamento de base, relativamente à população da USF ajustado aos recursos disponíveis(Plano Municipal,2021). Após análise dos documentos citados, depreendeu -se que os maiores problemas de saúde são vigilância e controle doenças crónicas (nomeadamente HTA, Diabetes) obesidade, alterações dos lípidos. Relativamente a prevalência de problemas de saúde da população inscrita no ficheiro que integrou estão em consonância com os problemas descritos nos planos de saúde (Figura 8).

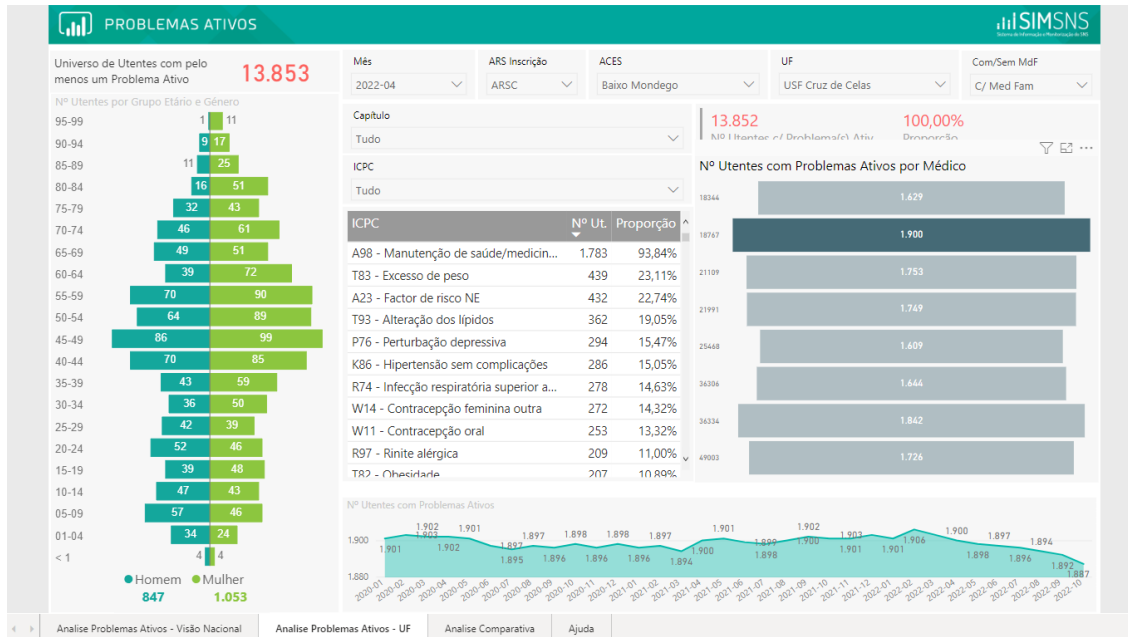


Figura 8-Problemas de saúde mais prevalentes no ficheiro de família
Fonte: *Print screen* do aplicativo BI-CSP

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em Portugal, a Enfermagem de Saúde Familiar é uma realidade recente. Esta assenta em modelos teóricos e num saber díspar, que potencia uma prática da Enfermagem que responda às atuais necessidades e realidades familiares. Através dos conteúdos teóricos lecionados anteriormente, e da pesquisa bibliográfica, considerou ser pertinente fazer um enquadramento dos conceitos que suportam a prática especializada da Enfermagem de Saúde Familiar.

2.1. FAMÍLIA

O conceito de família tem vindo a evoluir ao longo do tempo, não é inequívoco para todas as épocas e culturas, tem acompanhado o contexto cultural e sociodemográfico, o que dificulta a sua concetualização.

Etimologicamente, a palavra família tem origem no latim, derivando do termo romano “famulus” que 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.

Podemos ao longo desta pesquisa concluir que não existe uma definição universal de família, existem sim muitas definições de família, resultando das diferentes ciências que a estudam, tais como a psicologia, a sociologia, economia e logoterapia. Foi pertinente ao longo das pesquisas realizadas descobrir a Logoterapia. Esta surgiu entre 1920 e 1930, tendo ganho mais notoriedade após a Segunda Guerra Mundial, foi desenvolvida por Victor Frankl, neurologista e psicoterapeuta que sobreviveu ao campo de concentração de Auschwitz. Tem sido chamada por alguns autores por a terceira escola vienense de psicoterapia. *Logos* é uma palavra grega que denota sentido, centra-se no significado da existência humana, bem como na busca de sentido por parte dos seus humanos, foi este sentimento que segundo o autor, o fez sobreviver a todas as experiências que vivenciou, e o fez desenvolver a logoterapia em pleno campo de concentração. O psicoterapeuta descobriu que os sobreviventes eram aqueles que criavam para si próprios um objetivo, que encontravam sentido futuro para a sua existência fosse ele por exemplo, cuidar de um filho ou escrever um livro.

O Homem em Busca de um Sentido escrito em 1946 por Viktor Frankl, na primeira parte descreve a luta dramática pela sobrevivência do autor, já a segunda parte sintetiza a Logoterapia que poderá ser aplicável a qualquer pessoa, em qualquer circunstância da vida.

Olhar os desafios e oportunidades da pessoa, na família de hoje, segundo a concessão antropológica da Logoterapia e a Análise Existencial: a liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido de vida. A busca de sentido em contexto familiar e análise existencial como complemento na abordagem do trabalho com as famílias. De acordo com a logoterapia este esforço para encontrar um significado na nossa vida é a principal força motivadora do Homem (Frankl,2020).

Hanson (2005) refere que, até à década de 70, as definições de família realizadas pelos primeiros teóricos da ciência social da família, Burgess e Locke em 1953, eram muito circunscritas a pessoas que coabitavam ou estavam ligadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção, relacionando-se uns com os outros, dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, e criando uma cultura comum. Segundo a mesma autora, as definições de família variam consoante o paradigma da respetiva área: a **legal** que engloba as relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou por casamento; a **biológica** que integra as redes biológicas entre as pessoas; a **sociológica** que envolve os grupos de pessoas que vivem juntas e a **psicológica**, cuja definição engloba grupos de pessoas com fortes laços emocionais.

Só a partir da década de 80, começam a surgir definições mais alargadas relativas a família que transcenderam as ligações sanguíneas, de casamento e legais. Um dos primeiros organismos oficiais da enfermagem com famílias, surgiu em 1985 com o Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde do Oregon, que definiu família como um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição e responsabilidade mútuas e duração temporária, envolvendo compromisso, tomada conjunta de decisões, e partilha de objetivos (Hanson, 2005). Encontra-se aqui já explícita, a existência de relações consanguíneas ou legais, enaltecendo-se a unidade de convívio criada através de vínculos afetivos.

O conceito de família apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, coloca a tónica no eixo relacional, sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de vínculos biológicos ou legais quando trabalhamos com a família, pois o conceito não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. A família é um grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e num destino comum.

Relativamente ao conceito de família, Relvas (1996), menciona que a sua constituição não depende só de laços de consanguinidade, mas também e sobretudo, das ligações afetivas que se estabelece entre os seus elementos.

Alarcão (2000), acrescenta que se trata de um local privilegiado para a vivência e aprendizagem de dimensões significantes da interação como a linguagem, a comunicação, os contactos corporais e as relações interpessoais.

Relvas e Alarcão (2007) definem família como um sistema vivo e aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é mais que a soma de todas as partes, e onde se estabelece entre os elementos que a constituem um sentimento de pertença.

O conceito de família proposto por Wright e Leahey (2009) expressa que família é quem os seus membros dizem que são, valorizando a relação e organização das mesmas.

Neste alinhamento, Figueiredo (2012) descreve que é na família, independentemente do tipo de família que seja, que as pessoas crescem, desenvolvem-se física, psicológica e socialmente, obtêm um sentido de si, de coletividade enquanto unidade cultural familiar, criam crenças e valores acerca da vida, e progridem ao longo do ciclo vital.

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

Independentemente da definição de família, é nela que as pessoas crescem; se desenvolvem física, psicológica e socialmente; adquirem um sentido de si e de coletividade através de uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital, até ao seu fim. Também é na família que recebem suporte material e psicológico em situações de maior stress pessoal, pelo que a família ocupa um lugar fundamental na vida dos indivíduos, nos momentos de crise, na saúde, na doença, na alegria e nas adversidades (Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012).

A noção de família, a sua estrutura e a sua dinâmica têm evoluído ao longo dos tempos, fruto de fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos. Estes fatores tiveram incidência na organização, nas funções, nas relações, na complexidade e globalidade ao longo do desenvolvimento familiar, refletindo a evolução da época social, vivenciando estados diferentes. Modificações profundas ocorreram: na estrutura, na dinâmica da família na sua organização interna, nomeadamente, diminuição do número médio de filhos, diminuição da fecundidade, aumento do número de pessoas sós, diminuição das famílias numerosas, aumento das famílias recompostas, em virtude do aumento do número de divórcios, aumento das uniões de facto e uniões livres, e, mais recentemente o aparecimento das famílias homossexuais (Dias, 2000). Considera-se nestas conceções uma maior abertura ao exterior valorizando outros aspetos para além da consanguinidade, da

unidade de convívio, o que torna os limites de identidade, de pertença ao grupo familiar mais amplos, permitindo uma maior adaptabilidade às famílias contemporâneas, que vão muito para além da família alargada e nuclear, ou seja da família tradicional. São reconhecidas com a mesma viabilidade outras variedades de formas de família e com características próprias, nomeadamente: homossexuais, adotivas, binucleares, monoparentais, reconstituídas entre outras, alicerçadas nos vínculos psicológicos e na estrutura.

•Classificação das famílias

O tipo de família é uma classificação importante, dado que tem o intuito de diferenciar a sua composição e os vínculos entre os seus membros (Figueiredo, 2012).

Existem vários **tipos de família, conforme a sua composição:**

- **Família nuclear:** constituída por marido, esposa e um ou mais filhos;
- **Família monoparental:** composta por figura parental única; pai, mãe ou outro cuidador e a presença de um ou mais crianças ou outros dependentes;
- **Família alargada:** grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo: avós tios, primos (ICN, 2015).

Além destas configurações existem ainda, entre outras:

- **Família reconstituída:** famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores;
- **Família adotiva:** família que adotou uma ou mais crianças não consanguíneas, com ou sem coabitação de filhos biológicos;
- **Homossexual:** constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos;
- **Comunitária:** grupos de pessoas que coabitam, com objetivo de vida em comum, congregações, irmandades.

•Ciclo vital da família

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

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

1. **Formação do casal:** é o início da família, num contexto físico, psicológico e social.
2. **Família com filhos pequenos:** esta etapa inicia-se com o nascimento do primeiro filho, e a díade existente até então, transforma-se em tríade;
3. **Família com filhos na escola:** é uma etapa de abertura do sistema familiar ao mundo que a rodeia; a família sente-se observada, em relação ao desempenho do seu filho na escola e em relação às competências da criança para viver e conviver com os outros;
4. **Família com filhos adolescentes:** nesta fase há uma necessidade de definir um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social;
5. **Família com filhos adultos:** nesta etapa cruzam-se gerações, saem os filhos, vêm os genros, as noras e os netos, existindo uma ligação entre famílias de origens diferentes. Com o decorrer do tempo um dos cônjuges desaparece desta família, para a última saída coincidir com a morte do sistema.

Embora todas sejam família e funcionem como tal, cada família possui a sua identidade, os seus valores, cultura, etnia, aspirações, localização, composição e objetivos, onde a unidade e unicidade surgem como principais atributos (Relvas,1996)

2.2. ABORDAGEM SISTÉMICA À FAMÍLIA

Independentemente do conceito que a define, a família assume um papel fulcral na vida de cada indivíduo nas diversas fases da vida, sendo a escola dos sentidos, dos sentimentos, valores e crenças. A família é o suporte nos momentos de crise, de mudança, de realização, assim como na saúde e na doença. Como resultado, a interpretação do conceito de família aproxima-se assim duma visão sistémica.

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, sendo que para Hanson & Kaakinen (2005) e Wright & Leahey (2009), a extrapolação desta teoria para a família foi a mais influente entre todos os referenciais dedicados à mesma.

A Teoria Geral dos Sistemas foi inicialmente desenvolvida pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, em meados da década de 1920, como uma teoria biológica, em que definiu um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, independentemente da sua natureza biológica ou social. Esta teoria é fundamental em muitas ciências humanas em geral, e na enfermagem familiar em particular. Bertalanffy define o conceito de sistema como um

conjunto de elementos em inter-relações recíprocas incluindo em simultâneo, função e estrutura.

A Teoria Geral dos Sistemas recebeu influência da Cibernética e da Teoria da Comunicação Humana; em termos gerais, da primeira tomou os conceitos de feedback, homeostase e causalidade circular (retroativa e recursiva), e da segunda utilizou os axiomas da comunicação.

A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade, e desta forma possui como propriedades: a totalidade, a equifinalidade, a retroação e a auto-organização (Relvas, 2003). A globalidade também denominada totalidade, está relacionada com o facto do que o todo é diferente da soma das partes. Ou seja, qualquer sistema uma vez constituído revela 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 equifinalidade, segundo Jones (2004), é a capacidade de os sistemas poderem, em virtude da sua organização e diversidade dos elementos, atingir os mesmos objetivos, por diversas vias, revelando uma persistência nesses objetivos apesar das várias perturbações externas.

De acordo com o anteriormente referido, Figueiredo defende 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).

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

- **A Hierarquização Sistémica:** os membros da família na sua interação padronizada e consentida por cada um e por todos, vão conferindo maior poder a uns membros num determinado momento e contexto, e maior poder a outros membros noutra situação, e quem tem maior poder em cada situação;
- **A complexidade, diversidade e unicidade** conferem a cada família uma identidade muito própria num amplo sistema de interações, constructos, determinações, que torna cada família única;
- **A intersubjetividade**, cada um dos membros da família interpreta a realidade com os seus filtros, que são também influenciados pela subjetividade da própria família como um todo, e assim se vão construindo interpretações complementares ou simétricas da realidade;
- **A auto-organização**, ou seja, a família é a detentora das decisões sobre a forma como funciona e responde ao seu quotidiano. O enfermeiro enquanto agente externo, jamais pode

ter resultados positivos se pretender interferir de forma prescritiva com o funcionamento da família, devendo antes ter uma interação colaborativa e negociadora com a mesma;

- **A equifinalidade** relaciona-se com a construção da história familiar sob as fundações da finalidade comum construída em família;

- **A circularidade**, os padrões comunicacionais estabelecidos pela família repercutem-se num processo de respostas estruturadas pelos padrões de comunicação;

- **A globalidade, totalidade e contextualidade**, dizem respeito à relação da família com o mundo e a forma como este influencia os filtros de cada um dos membros e a identidade da família como um todo (a globalidade); à família enquanto entidade que é mais que a soma das partes, ou seja, mais do que cada um dos seus membros (totalidade) e ao facto da família ter um contexto (cronológico, político, geográfico) que lhe confere um desenvolvimento circunstancial identitário (contextualidade).

Assim, na visão sistémica, a família é considerada como algo mais do que a soma dos indivíduos que a compõem: como um sistema de interações que supera e articula dentro dela os vários elementos individuais. Deste modo, a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida da família como grupo, é necessária para a compreensão do comportamento de cada um dos membros que a formam. O grupo familiar é um sistema entre sistemas, e é essencial o estudo das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros (Alarcão, 2000).

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.

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

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

Subsistema individual: composto pelo indivíduo, referindo-se ao seu papel, funções e estatuto na família, em noutros sistemas dos quais faz parte;

Subsistema conjugal: composto pelos cônjuges; uma das suas funções é o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, criando espaço para a gestão das suas necessidades psicológicas. Funciona como plataforma de suporte intra e extra-familiar;

Subsistema parental/executivo: constituído pelos elementos que desempenham funções executivas. Visa a educação e proteção das gerações mais novas, desenvolvendo a afiliação dos elementos mais novos. Permite a gestão das relações pontuadas por assimetrias de autoridade e facilita a gestão do conflito;

Subsistema Filial: composto pelos filhos, ocorrendo a aprendizagem das relações de poder e autoridade desigual;

Subsistema Fraternal: realiza-se o treino das relações, entre pares.

Para o funcionamento dos subsistemas e suprassistemas é necessária a existência de regras, limites ou fronteiras. Alarcão (2000) afirma que os limites podem ser considerados linhas divisórias invisíveis que permitem regular a informação entre a família e o exterior, bem como entre os diversos subsistemas, visando proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros. A mesma autora citando Minuchin (1979) distingue 3 **tipos de limites**: os **claros**, os **difusos** e os **rígidos**. Os **limites claros** delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influências entre os mesmos caracterizando-se assim, pela definição clara dos papéis de cada um, existindo flexibilidade. Os **limites difusos** são compreendidos por uma enorme permeabilidade entre os sistemas, o que compromete a diferenciação dos subsistemas, ou seja, caracterizam-se pela não definição clara dos papéis de cada um na família, e pela intromissão de papéis. Os **limites rígidos** são caracterizados por serem muito vincados, dificultando a comunicação e compreensão recíprocas, e assim, caracterizam-se pela definição clara dos papéis de cada um, não existindo flexibilidade.

É a partir da diferenciação e permeabilidade dos limites que as famílias são caracterizadas de emaranhadas ou desmembradas.

Segundo Minuchin & Fishman(2003), estamos perante uma **família emaranhada** quando os limites entre os indivíduos são pouco claros, ou seja, 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. O sofrimento de um dos membros tem uma repercussão imediata no comportamento dos restantes, observando-se uma intromissão das fronteiras pelas dificuldades que refletem em todos os subsistemas.(Alarcão ,2000).

Por outro lado, se estivermos perante uma **família desmembrada**, os limites são rígidos, onde a autonomia individual está assegurada, mas em que não existe lugar para o apoio, os intercâmbios comunicacionais e afeto, cada um dos membros é de tal maneira independente, em relação aos outros, sendo os seus limites individuais bem marcados, tal como a sua vida no exterior da família muito intensa, satisfazendo a maior parte das suas necessidades, afetivas, sociais, culturais, em que praticamente não existe uma vida relacional própria na família. As funções de proteção da família são diminuídas o sofrimento de um deles dificilmente ultrapassa as fronteiras rígidas que separam os diferentes elementos. As fronteiras com exterior nestas famílias são caracterizadas como difusas, num conjunto de movimentos centrífugos (Alarcão,2000).

Entre estes dois extremos, temos a **família com limites claros**, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, possibilitando a troca de influências e momentos de apoio entre os membros, favorecendo o seu desenvolvimento (Alarcão,2000).

Contudo, esta definição e identificação da tipologia de família não pretende caracterizá-la quanto à sua qualidade, dado que no decurso do ciclo vital da família, existem momentos de maior emaranhamento ou desmembramento, no sentido 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. Alarcão (2000) refere que na evolução do sistema familiar, este vai regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se, ora abrindo-se, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as necessidades e características.

Considera-se, então que a família está em constante mudança, em resposta a tensões vindas do ambiente externo, bastando 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 (Hanson & Kaakinen, 2005).

Cada sistema tem características concebidas para manter a estabilidade ou homeostase. 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, conduzem naturalmente, a um aumento da vulnerabilidade familiar, podendo 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 poder ser vista como uma ocasião de crescimento, 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).

Ao analisar a família, Relvas (1996) define um **eixo sincrónico** e outro diacrónico. O eixo sincrónico diz respeito ao espaço, normas e padrões de interação que caracterizam determinada família; estes revelam-se através da estrutura da família, nas relações que se estabelecem em cada etapa da vida da família e conferem-lhe configurações particulares. O **eixo diacrónico**, diz respeito ao tempo, comporta a história familiar (englobando a família de origem e a família extensa), a família nuclear e os seus subsistemas. Tomando em linha de conta a existência destes dois eixos, a análise de uma família deve ter em conta a sua história (eixo diacrónico) e a forma como esta se organiza no aspeto relacional (eixo sincrónico), porque à medida que o tempo vai passando é inevitável que as próprias relações familiares também se reorganizem.

No eixo diacrónico podem acontecer **dois tipos de mudanças**: as de **1ª ordem**, que têm como objetivo a conservação do sistema familiar, e que consistem em pequenos reajustes, e as de **2ª ordem** que envolvem a transição para algo novo, bem como para a evolução do sistema familiar (Alarcão, 2000).

Estes períodos de mudança resultam normalmente de momentos de **transições**, podendo estas serem **normativas**, ou seja, previsíveis e decorrentes das etapas do ciclo vital familiar, ou **não normativas ou acidentais**. As transições não normativas entendem-se por acontecimentos não usuais e imprevisíveis que ocorrem no seio de uma família (Relvas, 2004); nestas situações, será necessário flexibilidade e capacidade de ajustamento ou de adaptação familiar, de modo a desenvolver estratégias e regras com a finalidade de manter a integridade ou evolução do próprio sistema familiar.

Ratti et al. (2005) afirmam que, apesar da família ter evoluído ao longo dos tempos 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.

É inconcebível, 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).

Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos, e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, disciplina científica, área da sociedade criou a sua própria definição de família, originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando. A família como unidade básica da sociedade tem «nas suas mãos» a possibilidade de contribuir para esse desiderato de mais e melhor saúde; apoiando-se nos princípios dos Cuidados de Saúde Primários, o enfermeiro de família será o profissional-chave que ajudará as famílias a alcançá-lo (OE,2018).

Em Portugal a dimensão média das famílias,(segundo o INE, Censos de 2011), reduziu significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família em 1960, para 2,6 pessoas em 2011. O casal com ou sem filhos, continua a ser a forma predominante da organização da vida familiar, assistindo-se nos últimos 50 anos ao aumento do número de casais sem filhos, dos núcleos familiares monoparentais, das pessoas que vivem sós, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos.O estado português tendo por base esta realidade, através da Resolução do Conselho de Ministros,2004, aprova o plano" 100 compromissos para uma política de família". Mais do que nunca, reconhece que atualmente a sociedade é confrontada com constantes mutações que se tornam novos desafios no quotidiano dos indivíduos e das famílias, tendo que ajustar políticas de família permanentemente, de forma a evitar a fragilização da estrutura familiar. Considerando a família como" célula fundamental e um valor inalienável da sociedade", pretendeu valorizá-la, destacando as suas funções, realçar os fins que persegue, evidenciando as responsabilidades que lhe incumbem, e dignificar a sua identidade e autonomia, independentemente da forma como se assume.

•Funções da família

Ao longo do seu ciclo vital, as duas funções principais da família são:

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

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

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).

Segundo a mesma autora, a família deverá 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 a segunda consiste nas representações mentais que possibilitam a filiação cultural. Estas tarefas da família representam a sua função interna, enquanto a função externa consiste na socialização e transmissão da cultura, que permitirá a adaptação social dos seus membros. Esta constitui-se como um espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, assegurando a continuidade da cultura, construindo a sua relação particular de afetos e interrelações entre os seus membros (Figueiredo, 2012).

A **função de socialização** 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.

•Função da família nos cuidados de saúde

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". 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.

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, decorrentes do crescimento tecnológico, têm acesso a diversos meios de comunicação, o que produz modificações na compreensão do processo saúde-doença, levando 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 suas dúvidas, ter consideração pelas suas opiniões e, sobretudo, incentivar o seu envolvimento em todo o processo de cuidar.

A função da família nos cuidados de saúde, **engloba 3 aspetos**: o primeiro refere-se ao que se abordou anteriormente, a **família é o local onde os membros aprendem comportamentos** que irão propiciar o desenvolvimento de atitudes e condutas face aos seus processos de saúde; O segundo, a família surge como o **local onde os membros da família recebem os cuidados de saúde**, sendo que é esta que supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto ao caminho que deve seguir, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença dos seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais; 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 (Elsen, Marcon & Silva, 2002).

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).

•**Enfermeiro de família**

O enfermeiro de saúde familiar, fundamentado no conceito da OMS, surge como o profissional que integrado na equipa multidisciplinar da saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (OE,2018).

O conceito de enfermeiro de família foi referenciado pela primeira vez, na Declaração de Munique em 2000, sendo este considerado como o elemento-chave, para a concretização das 21 metas de saúde estabelecidas no quadro conceptual da política de saúde para todos da OMS para o século XXI, aprovado em 1998. Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo. A meta 15, realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP: “No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente, que proporcione a um número limitado de famílias, um amplo leque de aconselhamento, sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio (...) os cidadãos têm o direito de escolher o médico e a enfermeira (...) os cuidados secundários e terciários, que são em grande parte assegurados pelos hospitais, deveriam ser claramente de suporte aos cuidados de saúde primários (OMS, 2002).

Na sequência da subscrição da Declaração de Munique, a Ordem dos Enfermeiros (OE) organizou em 2000, a conferência nacional “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”, cujo objetivo era a partilha de experiências de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família (Figueiredo, 2009).

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

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

Reconhecendo, que a família é uma unidade chave na melhoria da saúde na região europeia, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes, ou não a estilos de vida saudáveis, vem justificar o desenvolvimento do conceito de enfermeiro de família (OE,2018). Assim procedeu-se à revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007 (regime jurídico das USF) e a sua republicação pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 que salienta no artigo 7.º no ponto 4, “os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar” (situação que não se verifica na maior parte das unidades).

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

Um enfermeiro de prática avançada de acordo com o ICN é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada. Ao enfermeiro de prática avançada é exigido um pensamento crítico constante na construção da disciplina de Enfermagem enquanto ciência, na investigação, na reconceptualização dos cuidados de enfermagem e na compreensão mais alargada dos problemas de enfermagem (Lopes, Gomes & Lobo, 2018).

Nos países onde esta função está estabelecida, o cargo está bem definido e o leque de competências que podem ser desempenhadas é muito alargado. Em Portugal, existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, devidamente reconhecida pela OE, que atribui o título de Enfermeiro Especialista. Neste contexto, as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo ganhos para os serviços de saúde e para os seus clientes (Lopes, Gomes & Lobo, 2018).

Na (Figura 9), em baixo, encontram-se os marcos históricos nacionais, da evolução da Enfermagem Familiar ocorridos entre 2001 e 2014:



Figura 9-Principais marcos históricos nacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias
 Fonte: Santos, 2021

2001 – Criação de um grupo de trabalho composto por enfermeiros para avaliar em profundidade quais os cuidados de Enfermagem que são prestados às famílias e em que medida diferem do modelo preconizado pela OMS, através do despacho nº 4131/2001 de 26 de fevereiro do Gabinete do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização da Saúde;

2002 – Conferência da OE – A Cada Família o Seu Enfermeiro, em Lisboa, onde se apresentaram as conclusões da Conferência de Munique - Publicação do livro “A cada Família o seu enfermeiro” (OE, 2002);

2004 – Apresentação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 pela DGS, que define as orientações estratégicas que enfatizam a intervenção em rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida;

2006- Apresentação das Linhas de Ação Prioritárias para o desenvolvimento dos CSP em Portugal, onde são criadas UF que visam a prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sociofamiliares dos utentes;

2008-Organização do 1º Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, organizado pelo Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto;

2009 – Apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo;

2010 – Apresentação da OE do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar;

2011 – Adoção pela OE do MDAIF como referencial de Enfermagem de Saúde Familiar e apresentação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar;

2012 – Criação de um grupo de trabalho do Ministério da Saúde para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do Enfermeiro de Família através do despacho nº 10321/2012 de 1 agosto do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde;

2014 – Apresentação pelo Ministério da Saúde do decreto-lei n.º 118/2014 de 5 agosto que regula o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família no âmbito dos CSP.

As organizações/entidades nacionais e internacionais que reconhecem o enfermeiro de família como especialista em saúde familiar são o Ministério da Saúde na alínea e) do ponto 2 do Despacho n.º 200/2016, onde indica “o reconhecimento do enfermeiro de família como especialista em saúde familiar; a OE com Regulamento n.º 428/2018; a OMS e a *International Family Nursing Association* (IFNA).

A IFNA foi introduzida em 2015 e descreve as competências práticas avançadas para o enfermeiro de família, como guia no cuidado das famílias em todas as suas configurações e fornece ainda um foco para a educação na enfermagem familiar. Junta enfermeiros com o objetivo de promover a saúde para famílias de todo mundo, através do ensino, investigação no âmbito em enfermagem e incita também o desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde para as famílias. Destaca que a formação é fulcral na aprendizagem de competências e habilidades no âmbito da família para que o enfermeiro as desenvolva no sentido de ampliar a sua capacidade de tomada de decisões e priorização de cuidados (IFNA, 2015).

A nível nacional, através da OE (como já tem sido referenciado ao longo deste relatório), a prática especializada em enfermagem de saúde familiar tem definidos os seus documentos legais para regular e orientar a prestação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, possibilitando a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente o Regulamento n.º 367/2015, com a inclusão dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar e o Regulamento n.º 428/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar.

Para que exista uma efetiva prática avançada em enfermagem da família é fundamental uma compreensão da família, como unidade em transformação, através de um paradigma integrativo que permita o entendimento da sua complexidade e multidimensionalidade, numa abordagem dialética da historicidade e do contexto (Figueiredo, 2012).

2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O trabalho com as famílias remonta aos tempos pré-históricos, a prestação de cuidados estava relacionada com a manutenção da vida. De acordo com Collière (1999), garantir a sobrevivência era, e continua a ser, um evento quotidiano, era necessário tomar conta das mulheres em trabalho de parto, cuidar das crianças, tomar conta dos vivos e dos mortos. As mulheres eram quem assumia o papel principal, na prestação de cuidados.

Hanson, 2005, defende que o papel histórico das mulheres tem sido indissociável da família, pois era da sua responsabilidade proporcionar ambientes limpos e seguros nas suas casas, no sentido de manter a saúde e o bem-estar da sua família, bem como cuidar dos membros enfermos.

De acordo com a mesma autora, Florence Nightingale tornou mais explícito o desenvolvimento histórico das famílias e da enfermagem, implementou equipas que fomentavam o ensino da saúde em casa, encorajou familiares de doentes da Guerra da Crimeia a irem cuidar dos seus familiares nos hospitais e promoveu a organização de enfermeiras parteiras e de serviços de saúde no domicílio. Florence, já defendia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, assim como, a importância de existirem cuidados centrados nesta, reconhecendo que a saúde e a doença evoluem em contexto familiar.

Apesar de Nightingale ter mostrado preocupação em integrar a família como foco dos cuidados de enfermagem, a sua inclusão somente teve enquadramento internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia (OMS,2002)

Ao longo da história observa-se, que o envolvimento da família faz parte da enfermagem, mas nem sempre foi assim. Durante algum tempo, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspecto 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). As famílias foram dispensadas dos

cuidados aos seus membros, tanto em situação de doença, como em momentos cruciais do ciclo da vida familiar, como o nascimento e a morte.

Nas últimas décadas, felizmente, temos vindo a assistir a uma reorientação das práticas da disciplina de enfermagem, exige-se a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem baseada na família. As novas necessidades de saúde, no atual contexto social, com o aumento de doentes crónicos, passam pela diminuição do período de hospitalização, o aumento dos cuidados ambulatoriais, uma rede de suporte mais ampla e flexível, envolvendo as famílias. Torna-se evidente, uma participação cada vez mais ativa das famílias, na saúde/doença dos seus membros, necessitando estas de um acompanhamento por parte de profissionais de saúde, que como consequência devem repensar a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (Barbieri ,2011).

As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a família como foco de atenção dos seus cuidados e não uma abordagem fragmentada visando apenas o indivíduo (Fernandes, 2015).

A evidência teórica, segundo Hanson et al. (2005) e Wright & Leahey (2009) aponta entre várias explicações para que o interesse tenha o foco na família o seguinte:

- A promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade;
- A saúde e a doença são assuntos da família;
- 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;
- 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;
- 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, que envolvam as famílias nos cuidados (Abreu, 2003; Bousso & Ângelo,2001; Mantzoukas, 2007), ou por outras palavras, a prática de enfermagem de família.

São vários os marcos históricos, cujos contributos e diretrizes têm sido fundamentais para o desenvolvimento desta perspectiva de enfermagem a nível mundial, através da estruturação

e parcerias estabelecidas entre vários países, resultando em contributos para a orientação, progresso e coordenação da enfermagem com famílias. Na (Figura 10) , é possível identificar os principais pontos históricos internacionais, que estiveram na génese da efetivação da enfermagem familiar.

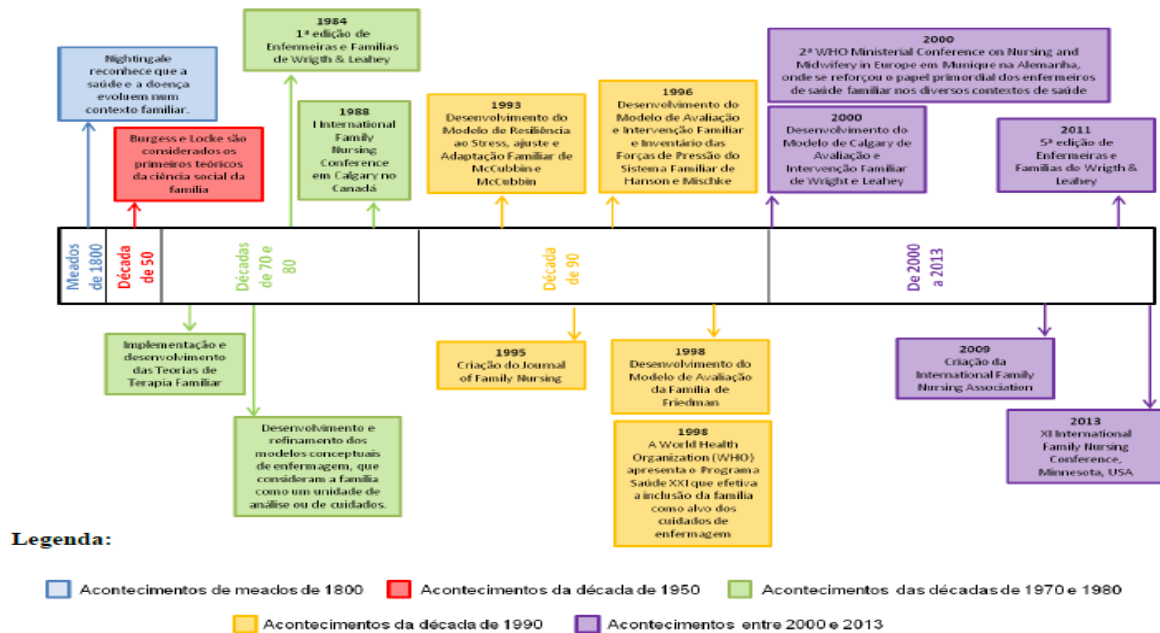


Figura 10-Principais marcos históricos internacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias
Fonte: Santos,2021

A enfermagem mostrou querer assumir e integrar a família como foco dos seus cuidados contando com vários marcos históricos nomeadamente:

Década de 50 – Burgess e Lock são considerados os primeiros teóricos da ciência social da família;

Décadas de 70 e 80 – Implementação e desenvolvimento das teorias de terapia familiar e o desenvolvimento e refinamento dos modelos conceptuais de enfermagem, que consideram a família como uma unidade de cuidados;

1984 – 1ª Edição de Enfermeiras e Famílias de Wright & Leahey;

1988 – I Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Calgary no Canadá;

1993 – Desenvolvimento do modelo de Resiliência ao Stress, Ajuste e Adaptação Familiar de McCubbin & McCubbin;

1995 – Criação do *Journal of Family Nursing*;

1996 – Desenvolvimento do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar de Hanson & Mischke;

1998 – Desenvolvimento do Modelo de Avaliação da Família de Friedman;

1998 - Programa Saúde XXI que efetiva a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem (*World Health Organization*);

2000 – Desenvolvimento do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar de Wright & Leahey

2000 – Segunda Conferência Ministerial da OMS para Enfermagem e Obstetrícia na Europa, Munique, Alemanha, 15-17 junho 2000 (*World Health Organization*, 2000);

2009 – Criação da Internacional *Family Nursing Association*;

2013 – XI Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Minnesota;

A evolução do conceito de família e 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, o que se traduz no desenvolvimento teórico, prático e de investigação em enfermagem. Neste sentido, influenciada pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, pela terapia familiar e pelas teorias das ciências sociais, tendo a família como objeto, a enfermagem familiar, surge como uma área em grande ascensão das ciências da enfermagem. A investigação em enfermagem de família, os instrumentos da avaliação familiar e a definição de objetivos de saúde por organizações internacionais têm sido fatores igualmente importantes (Bomar, 2004).

A partir da década de 90, assiste-se a um crescente aumento de produção científica relacionada com a enfermagem familiar. Surge um dos eventos de maior projeção, a criação do *Journal of Family Nursing*, que foi responsável, por unir as enfermeiras de família e permitir a difusão do conhecimento na área. A *International Family Nursing Conference*, evidenciou que a enfermagem familiar tem vindo a expandir as suas fronteiras teóricas de pesquisa e práticas. Já a OMS, através do Programa Operacional Saúde 21 apresenta, como um dos imperativos, desenvolver a figura do Enfermeiro de Saúde Familiar, como uma força de promoção da saúde em toda a região europeia.

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

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

Nível I: família como contexto, indivíduo como cliente, em que o foco dos cuidados é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual;

Nível II: família como soma das suas partes; o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família;

Nível III: subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados; o foco são os subsistemas familiares trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos;

Nível IV: família como cliente; o alvo dos cuidados é a família como sistema interativo, e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento, e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Porém mais tarde é definido por Friedman, Bowden e Jones (2003), mais um nível de prática de enfermagem de cuidados à família:

Nível V: família como componente da sociedade.

Hanson (2005, p.8), define **Enfermagem de Saúde Familiar**, como: “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família cliente, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”. Na prática de enfermagem da família é importante concetualizar e abordar a família segundo estas quatro perspectivas:

Na **família como contexto**, o centro da atenção é a saúde e o desenvolvimento de um membro integrado num ambiente específico. No processo de enfermagem a avaliação individual deve ter em consideração o papel da família, necessidades básicas do indivíduo, o nível das necessidades psicológicas e dos objetivos de vida, com o intuito de atingir o mais alto nível de saúde. A família apesar de ser considerada uma força, pode dificultar a saúde individual e propiciar o desenvolvimento da doença (Potter & Perry, 2003; Stanhope & Lancaster, 2008).

As mesmas autoras, na visão da **família como cliente**, defendem que é imprescindível a família ser considerada o foco dos cuidados de enfermagem, ser vista como a soma dos seus membros. Esta visão é centrada na forma como a família reage como um todo e quando um membro tem um problema de saúde. Na visão da **família como um sistema**, o núcleo é a família como cliente, um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes. Esta abordagem sistémica das famílias implica a existência e desenvolvimento de acontecimentos que influenciam o membro da família e os restantes elementos da estrutura

familiar, centra-se simultaneamente nos membros de forma individual e na família como um todo.

Muitas famílias são sistemas abertos, porque estão em constante interação com os sistemas da sociedade (unidades de saúde, escola, outras famílias). Por outro lado, há famílias que são sistemas fechados, resistentes à interação e à influência externa. Mas, cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas de contextos mais vastos nos quais se integra (Relvas, 2004; Stanhope & Lancaster, 2008).

A família como **componente da sociedade**, é entendida como uma instituição da sociedade, uma unidade básica ou primária, assim como uma instituição de saúde, de educação e religião, onde todas fazem parte do sistema social alargado. A família interage com as instituições de maneira a receber, trocar e prestar serviços mutuamente (Stanhope & Lancaster, 2008).

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

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

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

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

A **prevenção primária** é a prevenção de fatores de risco que podem levar a doença, na **prevenção secundária** existe já um controle de fatores de risco, uma vez que este já está presente, ou seja existe um risco de patologia identificado, mas ainda sem doença objetivada,

na **prevenção terciária** já existe uma patologia instalada, vamos controlar ao máximo os fatores de risco que podem agravá-la ou trazer ainda mais problemas. Mais recentemente foi descrito outro nível de prevenção, a **prevenção quaternária** esta é definida no Dicionário da Wonca (2003) como sendo a deteção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, com o objetivo de os proteger de novas intervenções médicas, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Almeida (2005) esclarece que este conceito deriva de uma proposta de Jamouille (Médico de Família, Belga), que pressupõe uma análise de decisões clínicas (decisão em incerteza) pautada e orientada por princípios da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e de precaução, ou seja, devemos providenciar cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados com a menor intervenção possível: o máximo de qualidade com o mínimo de quantidade/intervenção possível.

• **Contributos das Teorias em Enfermagem da Família**

Ao nível do conhecimento, as teorias de enfermagem da família têm vindo a assumir uma evolução. O contributo do conhecimento das teorias das ciências sociais da família, dos modelos conceptuais de terapia familiar e das teorias de enfermagem permitiram desenvolver fundamentos para a enfermagem de família, e ajudaram à expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar, possibilitando aos enfermeiros compreender a estrutura, função e processo sobre o modo como as famílias são criadas, mantidas, alteradas e se reajustam em situações de crise (Hanson,2005).

Wright & Leahey são das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de família surge da interseção destas três áreas de conhecimento. Defendendo que a utilização de uma única perspectiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias, necessitando de recorrer a uma abordagem integradora das três perspectivas. Neste sentido, é importante os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de (Wright & Leahey,2009).

Hanson, 2005, das ciências sociais, fundamentalmente à teoria geral dos sistemas, vai buscar a explicação do funcionamento e dinâmica familiar; à terapia familiar, a abordagem terapêutica centrada 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.

•Contributos das teorias das ciências sociais da família

Das três teorias, a teoria da **ciência social familiar** é a que fornece informações mais desenvolvidas e clarificadas no que concerne ao funcionamento da família na sua globalidade e nas diversas interações com o mundo exterior. No âmbito desta teoria existem quatro abordagens conceituais: **teoria estrutural-funcional**, **teoria do desenvolvimento**, **teoria interativa** e a **teoria dos sistemas** (Stanhope & Lancaster, 2008).

A **teoria estrutural-funcional** vê a família como um sistema social aberto, sendo analisada a interação entre a família e o seu ambiente externo, no seu macrossistema (Friedman, 1998). Centra-se numa abordagem global da família, observando-a na comunidade alargada onde se insere. A maior fragilidade desta abordagem é a imagem estática que a família poderá assumir, não permitindo uma mudança dinâmica ao longo do tempo (Hanson,2005).

A **teoria do desenvolvimento** centra-se na enfermagem dirigida ao sistema familiar ao longo do tempo e do ciclo de vida nas diferentes etapas, proporcionando uma previsão do que a família vai experienciar nos vários momentos do ciclo de vida familiar. Um dos seus pontos fracos está relacionado com o facto de o modelo ter sido desenvolvido num momento em que a família nuclear tradicional era evidente.

A **teoria interativa** estuda a família como unidade de personalidade em interação, e explora as comunicações simbólicas entre os seus membros. O foco essencial são os processos em substituição dos produtos das interações sociais. O centro desta teoria está no ciclo de vida das famílias e nos estágios normativos do desenvolvimento familiar. Na enfermagem tem sido utilizada com sucesso, por se tratar de uma teoria cujo significado é o conceito central, em que as ações individuais e coletivas são construídas a partir do relacionamento entre as pessoas (Lopes & Jorge, 2005). No entanto, a sua vulnerabilidade reside na extensão e falta de consenso, no respeitante a conceitos e pressupostos da teoria.

A **teoria dos sistemas** desenvolvida por Von Bertalanffy em 1936 tem sido utilizada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias. Tem por base as ciências da biologia e da física. O sistema é denominado um conjunto de elementos interativos, dependendo do ambiente onde reside, pode ser considerado um sistema aberto fazendo troca de energia com o ambiente (negentropia), ou um sistema fechado, isolado do seu ambiente (entropia). O estado de equilíbrio de um sistema familiar depende de um *feedback* positivo ou negativo, onde a abordagem sistémica observa a família numa perspetiva subsistémica e suprassistémica, com intuito de observar as interações entre os subsistemas e suprassistemas da família. A fragilidade apontada a esta teoria é o facto de não dar ênfase

a cada membro da família e aos indivíduos em particular, mas à interação da família com outros sistemas.

Na **teoria do stress familiar**, o teórico Ruben Hill em 1965, averiguou que o *stress* causado pela separação levava muitas vezes ao declínio no funcionamento familiar ou desorganização familiar, mas que de seguida, se verificava um novo nível de organização familiar. Esta teoria evidencia que a perceção do agente stressor é mais importante do que a realidade objetiva, permitindo identificar os recursos e os pontos fortes das famílias de modo a fortalecer o *coping* de fatores de *stress*, o que é fundamental para a enfermagem de família (Hanson, 2005).

A **teoria da mudança**, desenvolvida por Maturana & Varela em 1992, realça que ao longo do ciclo vital das famílias, os sistemas interagem e encontram-se em constante desenvolvimento, conquistando o equilíbrio por um contínuo processo de homeostasia. Evidencia também, que a mudança no sistema familiar depende do contexto e dos objetivos da ação, sendo gerada por estímulos internos e externos ao próprio sistema, ocorrendo como uma compensação pelas perturbações, com o objetivo de manter a estabilidade do mesmo (Maturana & Varela, 1992).

•Contributos das teorias das terapias familiares

Embora menos desenvolvidas e mais recentes que as anteriores, as teorias da terapia familiar, proporcionam uma maior contribuição para a enfermagem junto às famílias, dado que estas teorias surgem da prática profissional, tornando-as mais objetivas e consequentemente com maior aplicabilidade na teoria, investigação e educação em enfermagem familiar.

As teóricas Hanson & Kaakinen (2005) identificam a terapia familiar: **estrutural**, a **de sistemas** e a **interativa ou de comunicações**, como sendo os três modelos da terapia familiar que mais contribuíram para a enfermagem com famílias. Estas teóricas veem a família composta por subsistemas interdependentes; e maior do que a soma das suas partes, salientando que a mudança ocorrida numa parte afeta todas as outras partes.

A Teoria da **terapia familiar estrutural** foi desenvolvida por Minuchin e seus associados, em 1974 e vê a família como um sistema social, cultural aberto, sendo continuamente confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro, como de fora. Tem como objetivo facilitar a reestruturação familiar. A sua abordagem é focada no presente, orientada na ação e centrada no problema. É considerada importante para a enfermagem familiar, pois permite avaliar todo o sistema familiar, subsistemas, limites e alianças, assim como, os padrões de

transição e regras familiares, ajudando a família a compreender a sua estrutura de modo a reestruturar-se (Hanson,2005).

A teoria da **terapia familiar dos sistemas**, inicialmente proposta por Murray Bowen em 1978, foi influenciada pela teoria dos sistemas, mais tarde em 1992 desenvolvida por David Freeman. A família é vista como um sistema emocional familiar em que as estratégias de *coping* e os padrões usados têm tendência a passar de uma geração para outra (processo de transmissão multigeracional). Esta teoria promove a capacidade das pessoas de se distinguirem emocional e intelectualmente da família, encorajando-as a analisar os seus processos do “eu” e da família, bem como, entre o intelecto e emoção do seu passado e presente. Por ser uma terapia que dá ênfase ao passado, exige um compromisso a longo prazo, o que por vezes torna as terapias longas, e nem sempre a família se encontra disponível para tal.

A **terapia familiar interativa**, também conhecida como teoria da comunicação teve a sua origem em Palo Alto, na Califórnia. A família é vista como um sistema de comportamentos interativos ou interligados ou como um processamento de comunicações, sendo colocada ênfase no aqui e no agora, e não no passado, ou seja, o que está a ser processado e não porquê. Tem por base os princípios fundamentais dos axiomas da comunicação desenvolvida por Watzlawick, Beavin e Jackson, que são: o ser humano não pode deixar de se comportar e como tal não pode deixar de comunicar, todo o comportamento é comunicação, mas, para ser compreendido tem que ser analisado neste contexto, e todos os sistemas, incluindo a família são determinados por regras que mantêm o equilíbrio homeostático, preservando o sistema. Desta forma, torna-se útil para a enfermagem de família, pois evidencia a dinâmica de intercâmbio entre os indivíduos. A desvantagem desta teoria reside no facto de não ver o modo, como a família é afetada pelo ambiente mais vasto.

O aspeto fundamental das teorias em enfermagem da família é a utilização de várias teorias que nos fornecem informações e referências para a compreensão das famílias, proporcionando-lhes intervenções e apoio (Stanhope & Lancaster, 2008).

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

•**Avaliação Familiar**

Para se proceder à avaliação familiar, o enfermeiro de família, na sua prática diária deverá utilizar modelos teóricos de avaliação, bem como instrumentos de colheita de dados que

permitam conhecer a família e a sua dinâmica, de modo a potenciar a sua intervenção. (Rebelo et al., 2011).

O processo de enfermagem é o ponto de partida da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família. Este inclui cinco etapas, desenvolvidas de forma sequencial: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Intervenção e Avaliação Final. São vários os instrumentos de avaliação familiar adaptados à Enfermagem familiar para identificar as necessidades da família que cuidamos. Existem modelos para o exercício da função do enfermeiro de família, sendo que este deverá desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos, que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções (Figueiredo, 2012).

Segundo os vários fundamentos teóricos e conceptuais descritos, surgiram vários modelos de avaliação familiar e intervenção familiar, centrados na família enquanto unidade e alvo de cuidados de enfermagem, tais como:

Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o IFPSF

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar baseia-se, na teoria dos cuidados de saúde de Berkey e Hanson em 1991, dando mais importância à família do que ao indivíduo. Este modelo aborda três áreas: a área da promoção da saúde (de atividades de bem-estar, identificação de problemas e fatores familiares, nas linhas de defesa e resistência); a área da reação e estabilidade familiar (nas linhas de defesa e resistência) e a área do restabelecimento da estabilidade familiar e do funcionamento familiar (nos diferentes níveis de prevenção) (Hanson, 2005).

O instrumento de avaliação utilizado na base deste modelo é designado por Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (IFPSF). Este instrumento extrai informação qualitativa e quantitativa sobre a saúde familiar, fornecendo orientações aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar. É dividido em três seções: os fatores de *stress* dos sistemas da família-geral; os fatores de *stress* dos sistemas da família-específico; e os pontos fortes do sistema familiar. É solicitado a cada membro da família, o preenchimento do instrumento de avaliação e os dados quantitativos e qualitativos auxiliam na determinação do nível de prevenção e intervenção necessários para a família em estudo.

Modelo e Formulário de Avaliação da Família de Friedman

Foi criado em 1998, com base nas categorias estrutural, funcional e de desenvolvimento e na teoria de sistemas. Este modelo tem uma visão antagónica, relativamente ao modelo anterior que tem uma visão mais minuciosa e microscópica. Aborda a família numa visão macroscópica, vendo a família como subsistema de uma sociedade mais vasta. O enfermeiro quando utiliza o modelo avalia a família como um todo, como uma subunidade da sociedade e como sistema interativo. Hanson (2005) refere que Friedman (1998) agrupa quatro dimensões estruturais básicas, sendo elas: os **sistemas de papéis**, os **sistemas de valores**, as **redes de comunicação** e a **estrutura de poder**. Este modelo oferece linhas de orientação aos enfermeiros de família para a planificação dos cuidados de saúde, e é avaliado segundo um formulário constituído por seis categorias: dados de identificação; estágio de desenvolvimento e história da família; dados ambientais; estrutura da família, funções da família; *stress* e *coping* familiar (Hanson, 2005, p. 186).

Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

O **Modelo de Calgary de Avaliação Familiar** (MCAF) foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey tendo sido publicado pela primeira vez em 1984; já o **Modelo de Calgary de Intervenção na Família** (MCIF), foi publicado pela primeira vez em 1994 e reconhecido pelo ICN, como um dos modelos de referência. Este 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. É adaptado do modelo de avaliação da família de Tomm & Sanders (1983), tem por base a teoria geral dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação e a teoria da mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família (Figueiredo, 2012).

Este modelo, realiza o estudo da família como um sistema, tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio. Centra-se na interação entre todos os membros da família permitindo conhecer a dinâmica familiar bem como identificar as suas necessidades. 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. Tendo por base este modelo de avaliação familiar, realizou o estudo de uma família (Apêndice I).

O **MCAF** propõe uma estrutura da avaliação multidimensional que assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: **estrutural**, **desenvolvimento** e **funcional** (Wright & Leahey, 2009). Este modelo permite ao enfermeiro de família explorar as categorias ou subcategorias que considera mais necessárias, serve de guia orientador para a realização da entrevista, permitindo obter uma visão global da família.

Na **avaliação estrutural** pretende-se saber quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a família se insere. Esta categoria divide-se em três subcategorias: a **interna**, permite conhecer as características dos seus membros, avalia a composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites, utilizando o genograma como instrumento de avaliação; a **externa**, avalia as interações da família nos sistemas mais amplos, a comunidade, a família alargada, bem como as comunicações internas entre os membros da família e recorre-se ao instrumento de avaliação ecomapa familiar.

O ecomapa é um instrumento de recolha e registo de dados que permite, aos profissionais de saúde obter uma visualização das relações entre a família e a comunidade, avaliando e promovendo os recursos adequados a cada família. É necessário conhecimento da simbologia para a sua construção e interpretação e ao **contexto**, avalia as características: etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente envolvente do agregado familiar. Esta colheita de dados é efetuada de forma a enquadrar a família e os seus membros na planificação dos cuidados de saúde (Agostinho, 2007).

Na **avaliação do desenvolvimento**, são abordados os estágios do ciclo vital, o processo emocional de transição, as tarefas associadas a cada estágio e os vínculos (Wright & Leahey, 2009).

O ciclo da vida familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua existência, funcionando como uma biografia e providenciando marcas para dividir o relógio familiar em segmentos. As várias abordagens do ciclo de vida olham a família como sistema movendo-se ao longo do tempo, que incorpora elementos (nascimento, adoção e casamento) e perde membros só por morte (Relvas, 2004, p.17).

Duvall citado por Rebelo et al. (2011), define ciclo de vida familiar como uma sequência previsível de fases ou estádios ordenados no percurso familiar, onde se verifica uma estabilidade na estrutura e nos papéis familiares, separados por períodos de maior instabilidade e transição.

Quando se fala no conceito de família é necessário verificar as suas variadas dimensões e compreender em que etapa se encontra a nível temporal, segundo os estádios preconizados. Com a evolução e alterações sofridas ao longo do tempo, a família adota sistemas de adaptação quer devido ao quotidiano, da vida laboral de um ou dos dois progenitores, quer às diferentes etapas e idades dos filhos (Rebelo et al., 2011).

O modelo dos estádios do ciclo de vida familiar de Duvall (já mencionado anteriormente) foi criado no período pós 2ª Guerra Mundial, num contexto sociocultural bastante específico e muito diferente do atual. Este modelo era constituído por fases e respetivas tarefas de desenvolvimento para cada fase. Os estádios do ciclo de vida familiar foram delimitados segundo três critérios: a composição familiar, a idade dos seus membros e o estatuto ocupacional do chefe de família (Rebelo et al., 2011).

O modelo de Duvall é estritamente dirigido às famílias nucleares de classe média, não abrangendo outros tipos de família e já não totalmente adaptado à realidade do momento presente. Na criação do modelo, outros foram surgindo para tentar colmatar as limitações do mesmo. Ao longo dos tempos surgem novas perspetivas para o curso de vida, mas o essencial na evolução do conceito de vida familiar e o seu ciclo é principalmente de teor socio-antropológico com particular interesse na saúde da família, e como clinicamente enquadrámos cada indivíduo por si, na família e na sociedade (Rebelo et al., 2011).

A categoria **funcional** da família pretende avaliar o modo como os membros da família interagem e subdivide-se em **funcionamento instrumental** e **expressivo**. Na avaliação instrumental procede-se ao levantamento das atividades de vida diária de cada membro da família, as rotinas, os hábitos, o quotidiano da família e de cada membro em particular. No funcionamento expressivo são avaliadas a comunicação emocional, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, a comunicação circular, a solução de problemas, papéis, influência e poder, as crenças, as alianças e uniões (Hanson & Kaakinen, 2005).

O instrumento utilizado para a avaliação familiar nesta subcategoria é o APGAR Familiar que permite avaliar a família quanto à sua funcionalidade ou disfuncionalidade. Consiste num questionário individual aos membros da família, desenvolvido por Smilkstein em 1978 e é constituído por cinco dimensões: adaptação, participação, crescimento, afeto e resolução/dedicação (Rebelo et al., 2011).

A **adaptação** tenta perceber como os recursos internos e externos são partilhados, sabendo qual o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros recorre à família.

A **participação** refere-se à partilha e comunicação das responsabilidades e decisões. É a satisfação do membro da família pela reciprocidade na comunicação e resolução de problemas.

O **crescimento** é avaliado segundo a educação dos filhos, se existe liberdade, partilha e apoio mútuo do agregado familiar. Avalia a satisfação de cada membro relativamente à liberdade, respeitante à mudança de funções.

O **afeto** mostra como os sentimentos e as emoções são vividas no seio da família. Demonstra a satisfação de um dos membros da família com a intimidade e interação emocional que reside na família.

A **resolução/dedicação** confirma o tempo que cada um dos membros dedica à família. Considera a satisfação de um membro, com o tempo que os outros dedicam à família.

Segundo os mesmos autores o índice de APGAR Familiar é um instrumento que contribui para a exploração e conhecimento do nível de funcionalidade da família, o somatório dos pontos das cinco questões permite considerar a família segundo três níveis de funcionalidade: famílias funcionais; famílias com moderada disfunção e famílias com disfunção acentuada ou famílias disfuncionais.

Por sua vez o MCIF compreende uma estrutura organizada para a conceptualização do relacionamento entre enfermeiros e famílias, com enfoque na interseção entre o funcionamento dos membros da família e as intervenções oferecidas pelas enfermeiras, no sentido de ajudar a realizar mudanças e iniciar a “cura” (Wright & Leahey, 2009).

Na intervenção familiar, o enfermeiro é visto como um agente promotor de mudança, que utiliza as flutuações próprias dos momentos de crise para conseguir um novo nível de estabilidade. Através de diálogos terapêuticos este profissional procura promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

As intervenções que têm como alvo o domínio cognitivo, ao serem implementadas permitem que a família modifique a sua conceção sobre os seus problemas de saúde, procurando soluções e respostas mais eficazes. Wright e Leahey apresentam como exemplos de intervenções de enfermagem no domínio cognitivo: oferecer informações, opiniões e elogiar as forças internas da família, baseadas na ideia de que o reforço positivo é promotor de mudança. As intervenções que visam mudar o domínio afetivo do funcionamento familiar são pertinentes, quando emoções intensas estão a bloquear as tentativas da família de solucionar os seus problemas. Validar ou normalizar respostas emocionais, incentivar narrativas de doença e estimular o apoio familiar são exemplos de intervenções de enfermagem que podem intensificar o funcionamento familiar ao nível afetivo. O domínio comportamental pode ser

trabalhado no sentido de ajudar “os membros da família a interagir e comportar-se de forma diferente em relação uns aos outros” (Wright & Leahey, 2009).

Para além dos modelos abordados, a IFNA, reconhece a existência de outros modelos viáveis para a prática de enfermagem com famílias desenvolvidos por teóricos de diversos pontos do mundo, incluindo-se nessa listagem o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF foi concebido por Henriqueta Figueiredo em 2009, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros de família no contexto dos CSP, sendo adotado pela OE como um instrumento de referência teórico e operativo no desenvolvimento de práticas direcionadas à família (OE,2011).Este modelo, sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial, onde as fontes teóricas são o Modelo de Avaliação da Família de Calgary, considerando a família como unidade de cuidados, em particular para cada um dos membros e no geral percecionando a família como um todo. Identifica o sistema familiar como promotor de saúde na sua globalidade e seus subsistemas, remetendo para a relação entre os elementos, influenciando e evoluindo numa interação recíproca e cumulativa. Centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação da família: **estrutural** (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal de estimação), de **desenvolvimento** (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e **funcional** (papel do prestador de cuidados, processo familiar). O instrumento de colheita de dados deste modelo é constituído por uma Matriz Operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família e permite a interligação do processo de enfermagem na prática da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Estes conceitos, teorias e modelos surgiram assim, para facilitar mudanças da prática da enfermagem de família baseadas em evidências científicas, demonstrando os enormes esforços efetuados para encontrar soluções a seu respeito. Neste seguimento, foram fundamentais para aplicar o processo de enfermagem à família de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde familiar da OE: - Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; - Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Este tema será desenvolvido mais à frente.

•Teóricas de Enfermagem

A enfermagem à família não era clara nos enunciados da maioria das teorias clássicas então existentes, com principal enfoque no indivíduo (Hanson & Kaakinen, 2005). Porém, as teorias e os modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para as práticas de enfermagem à família (Kaakinen & Hanson, 2010).

Inicialmente estes modelos e teorias reportavam-se exclusivamente aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a família, enquanto grupo ou unidade, poderia integrar o ambiente como fator protetor ou de adversidade na trajetória de vida dos indivíduos.

Posteriormente houve a necessidade de a família ser alvo e contexto de cuidados de enfermagem, surgindo modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012). Assim de acordo com a mesma autora, os modelos conceptuais oferecem distintas perspectivas para a prática do enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem à família.

As teóricas de enfermagem enriquecem as nossas vidas profissionais fornecendo-nos trabalhos teóricos para guiar a nossa pesquisa e prática. Através do trabalho realizado por estas teóricas cabe-nos a nós analisar e sintetizar o seu trabalho gerando novas idéias, continuando a desenvolver e aplicar a teoria (Tomey & Alligood, 2004). Com o intuito de melhor compreender a enfermagem de família serão apresentadas em seguida algumas teóricas de enfermagem que, contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente à sua afirmação conceptual.

Martha Rogers (1970) com a teoria do ser humano unitário, desenvolveu um modelo, focado no indivíduo como sistema aberto, em troca constante com o ambiente, além de mais tarde ter introduzido o princípio da homeostasia. A família é vista como um campo de energia de sistema aberto constante, está sempre em mudanças nas suas interações com o meio ambiente (Hanson, 2005).

Betty Neuman(1982) com o modelo dos sistemas observa a família como um sistema, composto por vários subsistemas que responde aos elementos stressores do ambiente numa perspectiva de continuidade (Hanson & Kaakinen, 2005).

Calista Roy (1984) promoveu o modelo de adaptação que integra o conceito de que a pessoa é um sistema aberto em constante adaptação, reagindo a estímulos ambientais. A família é denotada como um sistema adaptativo que tem entradas, controle interno e processos de feedback e saída. A força deste modelo é entender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2010).

Imogene King (1987) com a teoria da consecução de objetivos, integrou o conceito de família como um sistema interpessoal e social, evidenciando a interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos. A família é percebida como o veículo para transmitir valores e normas de comportamento ao longo da vida, que inclui o papel de um familiar doente e transmitindo a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al., 2010). Dorothea Orem (1993) criou a teoria do défice de autocuidado de enfermagem. Esta vê a família como apoio do indivíduo e não como foco de cuidados. Considera a família para segundo plano, concentra-se especificamente no papel dos elementos que a compõem e na ajuda ao indivíduo, no cuidado de si próprio (Hanson, 2005).

Marie-Luise Friedemann (1995) desenvolveu uma teoria do funcionamento familiar no âmbito da organização sistémica. Nesta teoria a família é descrita como um sistema social que tem o objetivo de transmitir cultura aos seus membros. Os elementos centrais para esta teoria são a estabilidade da família, o crescimento da família, o controle da família e espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2010).

Afaf Meleis (2000) para a consecução da teoria das transições, realizou diversas investigações de forma a estudar as intervenções que pudessem facilitar o processo de transição, bem como os indivíduos que não conseguiram realizar transições saudáveis. Para Meleis “(...) a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*”.

De acordo com Meleis (2015), o ser humano pode experienciar **diversos tipos de transições**, que de acordo com a sua natureza, podem ser do **tipo desenvolvimental** (relacionadas com as crises naturais que decorrem do ciclo de vida individual e familiar, por exemplo, o casamento ou o nascimento de um filho); do **tipo situacional** (em relação com crises acidentais como por exemplo, uma situação de desemprego, do tipo de saúde-doença (ligadas a processos de adaptações a situações como por exemplo, doenças crónicas) e do **tipo organizacional** (relacionadas com mudanças de papéis, seja no contexto do funcionamento familiar, seja laboral, por exemplo).

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

Laurie Gottlieb (2016) - O cuidar baseado nas forças, exige dos enfermeiros um conhecimento e capacidade de perceber que a saúde e a cura vão muito para além da perceção da saúde como mera ausência da doença, proporcionando-lhes deste modo, uma posição privilegiada para promover a saúde ao criar um todo e facilitar a cura ao restaurar esse todo. A singularidade da pessoa não deve ser descurada, mesmo sabendo que não existem duas pessoas iguais, ainda assim, e particularmente no sistema de saúde, há uma tendência para tratar todas as pessoas como se fossem iguais. O cuidar baseado na premissa "a mesma medida serve para todos" quando na prática a mesma medida não serve para todos, porque cada um é único (Gottlieb, 2016, pág.82) Esta refere que cada indivíduo ocupa um nicho especial na sua família e comunidade, e que mais ninguém consegue ocupar, cada pessoa é insubstituível. A vida das pessoas é transformada por diferentes eventos transicionais que criam oportunidades para desenvolver forças, sendo adquiridas novas competências e habilidades. Estes eventos são de quatro tipos:

Eventos de desenvolvimento ao longo do ciclo da vida (são eventos esperados, maioritariamente, orientados biologicamente (parto, puberdade, gravidez, menopausa, envelhecimento e morte); **eventos situacionais** são únicos para esse indivíduo (podem ser eventos ou experiências que a pessoa escolhe, tais como, o parceiro, o colégio onde optou estudar ou serem acontecimentos aleatórios); **eventos sociais e culturais** são experiências que são afetadas pelo meio social/cultural onde a pessoa cresceu e se desenvolveu (exemplo emigrar); **eventos de saúde/doença** podem afetar ou mudar profundamente uma pessoa ou indivíduos, que com estes estão envolvidos, porque a doença é um assunto de família. A doença da pessoa pode modificar as reações dos outros, e a forma como a pessoa lida com a sua própria doença.

Não é suficiente uma única teoria ou estrutura conceptual para descrever de modo adequado as relações da família. Só a incorporação de várias perspetivas proporciona aos enfermeiros uma base de conhecimentos suficientemente vasta para orientar a avaliação e as intervenções junto das famílias (Hanson & Kaakinen, 2010).

Os modelos de enfermagem apresentam áreas comuns e sobreponíveis, sendo determinante que se estabeleçam formas de conceptualizar os cuidados de enfermagem à família. A evolução teórica dos últimos anos evidencia que a enfermagem mostrou querer assumir a família como foco dos seus cuidados (Fernandes et al., 2015).

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Consideram-se competências comuns, as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrada 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(OE,2019).

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

O Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019,relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.A atribuição do título enfermeiro especialista pressupõe além da verificação das competências em cada um dos regulamentos da respectiva especialidade enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE,2019).Este engloba quatro domínios:

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

Tendo em conta os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista associou as atividades realizadas, tendo por base o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

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 (Morgado et al. ,2014).

O artigo 8º do Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, determina que os enfermeiros devem, no exercício das suas funções, “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e

interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015). Os enfermeiros especialistas devem demonstrar superior capacidade de tomada de decisão ética numa grande variedade de situações, refletindo o conhecimento e experiência, na qual o juízo emitido se baseia, defendendo e respeitando os direitos da pessoa, família ou comunidade de quem cuidam.

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).

No decorrer dos Ensinos Clínicos foi demonstrada responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem e na participação ativa na tomada de decisão em equipa, respeitando as normas legais, princípios éticos, deontológicos e profissionais, através dos documentos determinantes para o exercício e boa prática da profissão, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, assim como o REPE (OE,2015). Sempre promoveu a proteção dos direitos humanos respeitou os direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem e estabelecidos no REPE, e agiu de acordo com os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, respeitando sempre a autonomia da pessoa, os seus valores, crenças e salvaguardando o direito do doente ao sigilo, ao acesso à informação, à privacidade e à escolha dos cuidados de acordo com os princípios bioéticos (Beauchamp & Childress, 2013).

Através da colheita de informação, diagnósticos de enfermagem e avaliação sistemática do utente e família, bem como a avaliação das intervenções efetuadas foi possível participar em tomadas de decisão conjuntamente com a enfermeira orientadora e conseqüentemente com a restante equipa multidisciplinar. A sua praxis, regeu-se pelo direito dos utentes/família no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral adquirida, à escolha, à privacidade, aos seus valores, costumes e crenças espirituais, assumindo responsabilidade profissional.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A qualidade dos cuidados deve estar sempre presente no quotidiano das instituições de saúde. O Código Deontológico do enfermeiro, refere que 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”.

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

Os sistemas de informação em enfermagem constituem um instrumento fundamental, uma vez que permitem cuidados centrados nas pessoas, seguros e eficazes através da tomada de decisão clínica informada, comunicação e continuidade de cuidados; por outro lado ao serem extraídos, analisados e comparados, os dados que deles resultam podem apoiar a melhoria e garantia de qualidade, alocação de recursos, planeamento de pessoal e criação de conhecimento (OE,2015).

Com o objetivo de uma melhoria de qualidade constante, e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro, baseou a sua prática em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar. Desenvolveu práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, assumiu um papel dinamizador no suporte de iniciativas institucionais na área da governação clínica.

Durante os EC teve sempre em consideração a segurança na prestação de cuidados, assim como a segurança na administração de terapêutica e a utilização de máscara de proteção. Colaborou na revisão das normas e procedimentos relativos à desinfeção de materiais, superfícies e espaços.

No processo de construção enquanto futura enfermeira especialista, ao longo dos ensinamentos clínicos adquiriu e desenvolveu uma quantidade significativa de novos conhecimentos, que se revelaram fulcrais neste processo. Utilizou indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, avaliou e analisou a qualidade da prática mediante a evidência científica, aplicou as normas estabelecidas pela DGS, *guidelines*, orientações científicas e procedimentos estabelecidos pela UF, de modo a guiar a prestação de cuidados de saúde à família. A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem foi possível através de momentos de reflexão, partilha de experiências, análise de artigos científicos, pesquisa de novos conhecimentos e novas evidências científicas.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

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 favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Considera que, durante o estágio, proporcionaram-se momentos de relevante investimento nesta área. Com capacidade de liderança, geriu os recursos às situações e ao contexto na prestação de cuidados aos indivíduos e famílias, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através da otimização da resposta da equipa e articulação com a equipa de saúde.

Neste ensino clínico salienta a gestão dos stocks, a gestão dos recursos humanos e materiais na dinâmica para proceder à vacinação contra a Covid 19 e a contínua necessidade de resposta por parte da equipa de Enfermagem às inúmeras solicitações a que está sujeita.

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio, no decorrer dos EC foram vários os momentos que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e a articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. 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, intervindo nas áreas de saúde da criança, adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso. A pesquisa bibliográfica que decorreu ao longo dos EC, assim como aquela que foi necessário desenvolver, para a concretização do trabalho de investigação, as reflexões e partilha de experiências com a enfermeira orientadora, traduziram-se num processo enriquecedor de aprendizagem. Deste modo, desenvolveu o autoconhecimento e assertividade. Colaborou em todas as atividades de enfermagem possíveis, considerando-as como oportunidades de desenvolvimento, aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos na área de enfermagem de saúde familiar, baseando a sua prática clínica especializada, em evidência científica. Assistiu a defesas públicas para atribuição do título de enfermeiro especialista, bem como journal club com as seguintes temáticas: Teleconsultas; toxoplasmose e ainda onhecimento dos pais relativo a vacinação de crianças até um ano de idade.

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

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

Encontram-se explanadas no Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências, e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

Segundo o Regulamento nº 140/2019, no artigo 3º, as competências específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE,2019).

As competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar dividem-se em duas áreas:

- 1) Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; apresenta no (Quadro 2) as competências específicas e os resultados da aprendizagem preconizados nesse âmbito:

Quadro 2-Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na área " Cuida da Família enquanto Unidade de Cuidados" (CONTINUA)

Competências	Resultados da Aprendizagem
1.1 -Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	Durante o contexto de estágio procurou conhecer as pessoas, famílias, demonstrando empatia, confiança, disponibilidade para responder às necessidades da família estimulando a sua participação em todo o processo de cuidar; Numa abordagem colaborativa e sistémica, estabeleceu um diálogo familiar de modo a facilitar e incentivar a família a falar dos seus problemas, angústias e medos definindo objetivos de saúde, reforçando os seus pontos fortes, estabelecendo um plano de cuidados com a família, com objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma; Estabeleceu o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde, através de visitas domiciliárias e consultas de vigilância; Procurou prestar cuidados de enfermagem que assegurassem o envolvimento da família, não só como recurso, mas também como alvo dos cuidados, de acordo com o nível IV da prática de Enfermagem de Saúde Familiar de Friedman.
1.2 -Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	A enunciação de diagnóstico através da identificação colaborativa das necessidades da família constituiu-se um elemento organizador do processo de cuidados com as famílias contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar(Figueiredo, 2012) Neste âmbito procedeu à recolha de dados com a utilização do MCAF(APÊNDICE I) Este modelo permitiu usar a comunicação verbal e não verbal para identificar a estrutura familiar, sintomatologia atual e fator de riscos ambientais da família. Possibilitou conhecer a família no seu contexto, envolvendo os

	<p>familiares nos cuidados, e perceber qual a sua dinâmica identificando as suas necessidades e alternativas de cuidados específicos à sua condição. Com recurso à Entrevista e de modo a permitir a sistematização da avaliação familiar, utilizou vários instrumentos de avaliação familiar nomeadamente: Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar, FACES II, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, a Escala de Readaptação de Holmes & Rahe, Questionário das Forças Familiares, Ciclo de Duvall, Escala de Resiliência de Connor-Davidson, Escala de Stress Percecionado.</p> <p>De modo a agilizar processos de mudança na resposta familiar às transições de vida foram exploradas as crenças e cultura familiar.</p>
<p>1.3 - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>Foram mobilizados conhecimentos de enfermagem, psicologia, sociologia e ciências da educação que contribuíram para um processo dinâmico no desenvolvimento de competências do cuidado à família, tendo em conta as diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as tarefas e vínculos existentes, os recursos internos e externos, as crenças culturais, espirituais os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.</p> <p>Através do uso de ferramentas de avaliação e intervenção familiar, avaliou o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente sendo possível formular diagnósticos de acordo com a linguagem CIPE, atendendo aos focos de atenção e intervenções de diagnóstico, delineando os resultados esperados através da implementação de intervenções de enfermagem. Essas intervenções tiveram como objetivo preservar, restaurar a estabilidade da família, as suas funções habituais numa parceria e com ênfase no restabelecimento da autonomia da mesma. A reformulação colaborativa do plano de cuidados, permite a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, como a formulação de novos diagnósticos e estratégias de intervenção (o nascimento do primeiro filho levou a esta reformulação).</p>
<p>1.4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.</p>	<p>Através da exploração da experiência da família em situações de saúde e doença num ambiente seguro para a discussão de temas sensíveis, identificou os significados que as famílias atribuíam a determinados eventos, comportamentos ou experiências, baseado num pensamento sistémico e crítico para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções, baseadas na evidência científica;</p> <p>Promoveu o ensino e o autocuidado, através da discussão de processos de cuidados de enfermagem, favorecendo um clima de confiança que responsabilizasse o utente, a família e a comunidade nos cuidados de enfermagem;</p> <p>Prestou cuidados de saúde no âmbito dos diferentes programas de vigilância, de acordo com as normas e orientações da DGS;</p> <p>Facilitou os objetivos de saúde da família desenvolvendo planos de cuidados a fim de alcançar as metas e expectativas promotoras de saúde e os resultados desejados pela mesma;</p> <p>Promoveu o cumprimento do PNV;</p>

	<p>Prestou cuidados de saúde domiciliários nos vários contextos familiares, segundo os critérios definidos pela UF, capacitando a família através da maximização do seu potencial de saúde, ajudando a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde.</p>
<p>1.5 -Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.</p>	<p>Promoveu o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos, utilizou estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família; Assumiu um papel relevante ao assistir a pessoa e família no seu processo de transição, através da interação, desenvolvendo uma relação de ajuda, através de uma atitude facilitadora da transição tendo em vista promover, restaurar e facilitar a saúde; Abordou uma utente grávida com problemas de obesidade e família, na consulta de saúde materna, com o objetivo de realizar uma intervenção familiar de modo a promover ganhos em saúde(Apêndice I); Forneceu informações e sugestões orientadoras dos cuidados antecipatórios dirigidas ao utente família nos diferentes programas de saúde para a maximização do seu potencial de saúde; Utilizou estratégias e técnicas centradas nas forças das famílias, motivadoras do seu funcionamento efetivo; Garantiu a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados; Promoveu ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.</p>
<p>1.6 - Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.</p>	<p>Encorajou a família a partilhar a sua história, no momento da consulta de enfermagem e visitação domiciliária, através de uma abordagem colaborativa e sistémica capacitando a família para auto-organização, ao longo do seu ciclo vital e colaborou com a mesma nos processos de mudança necessários às transições acidentais e normativas; Aplicando a teoria das transições de Meleis, assistiu a família nos seus processos de transição, tais como: a gravidez, o período pós-parto, situações de doença crónica; Estabeleceu uma relação de ajuda e atitude facilitadora destas transições com o objetivo da promoção e recuperação do bem estar e qualidade de vida da família; Identificou as etapas do ciclo vital associado ao crescimento da família, verificando que as etapas não são estanques, podendo uma família estar em mais que uma etapa (compreender a saúde da pessoa em situação crónica e família permitiu ajudá-los em aspectos básicos da vida e da sua organização familiar no sentido de se adaptarem aos desafios que surgiram com o passar do tempo); Elaborou plano de cuidados integrando as componentes saúde, família e o ambiente.</p>
<p>1.7 -Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<p>Com objetivo de melhorar a prestação de cuidados e obter benefícios para a saúde, quer da família quer dos seus membros, realizou uma abordagem familiar (apesar do predomínio da abordagem ser individual), através da identificação das relações entre os diferentes subsistemas presentes no sistema familiar; Avaliou continuamente a sua prática, enquanto enfermeira de família, no sentido de melhorar o seu desempenho;</p>

	<p>Refletiu sobre as interações enfermeiro/família e avaliou a sua efetividade, tanto no progresso familiar como nos resultados;</p> <p>Prestou cuidados de enfermagem de saúde familiar nas consultas de Enfermagem, no âmbito dos vários programas de saúde, de acordo com os padrões preconizados de forma intencional, tendo presente a etapa do ciclo vital familiar, o seu funcionamento e a exigência de novos e diferentes papéis, que se não forem assumidos e vivenciados de forma saudável podem alterar negativamente o desenvolvimento familiar e do indivíduo;</p> <p>Promoveu o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, analisando constantemente a sua prestação de cuidados com base em evidência;</p> <p>Demonstrou competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar, utilizando os modelos conceituais de enfermagem de família, na abordagem familiar de acordo com o contexto dos cuidados;</p> <p>Colaborou com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar, contribuindo os trabalhos académicos realizados ao longo do ensino clínico para uma prática sustentada baseada em evidência científica.</p>
<p>1.8 - Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</p>	<p>Criou momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados;</p> <p>Avaliou a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares, através de um processo contínuo, que permitisse a identificação de ganhos em saúde quanto à formulação de novos diagnósticos, e novas estratégias de intervenção com a reestruturação colaborativa do plano de cuidados;</p> <p>Integrou a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Desenvolveu um estudo comparativo entre CSP e CSD, subordinado ao tema: VALOR DA FAMÍLIA NA PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM-ANÁLISE COMPARATIVA, através da aplicação de questionário aos enfermeiros da UCSP Góis e USF Serra da Lousã, bem como da análise de dados, obtidos em plataforma online, sendo apresentado no capítulo seguinte.</p>

Fonte: Criado pela própria, baseado no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, OE

2) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Quadro 3)

Quadro 3-Competências Específicas e Resultados da Aprendizagem na Área "Lidera e Colabora em Processos de Intervenção (CONTINUA)

Competências	Resultados da Aprendizagem
<p>2.1 - Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família</p>	<p>Analisou o contexto do estágio de forma a conhecer as especificidades da USF Cruz de Celas (conheceu a estrutura física da unidade, missão, valores, a equipa multidisciplinar);</p> <p>Desenvolveu capacidades na gestão, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família;</p> <p>Promoveu a colaboração e articulação interdisciplinar entre equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família, de acordo com as</p>

	<p>necessidades identificadas, referenciando-a para outros profissionais de saúde; Orientou a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais; Geriu a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família.</p>
<p>2.2 - Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.</p>	<p>Participou no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; Promoveu uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; Utilizou e explorou os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, (mais intensamente o SClinico). A nível da prevenção primária, as atividades realizadas com as famílias visaram evitar ou remover a exposição a fatores de risco ou causais, evitando a doença. Implementou intervenções para a melhoria da saúde familiar através da promoção familiar promovendo melhorias no funcionamento familiar quer no domínio cognitivo, domínio afetivo e domínio comportamental; A nível da prevenção secundária, incluiu a vigilância, aconselhamento e educação da pessoa e família que necessitam de cuidados por um período longo, visando a promoção da aceitação do estado de saúde, da autovigilância, da gestão e adesão ao regime terapêutico. Para isso, foi imprescindível o apoio ao desenvolvimento de competências de autocontrolo de doenças crónicas por parte da pessoa e família; A nível da prevenção terciária, procurou reabilitar, reintegrar precocemente e potenciar a capacidade funcional remanescente da pessoa e família em situação de doença, com redução de custos sociais e económicos. Nestas atividades está inerente a execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação. Para isso apoiou a pessoa e família, no sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico, sendo a educação essencial para a recuperação e a promoção da saúde; A nível da prevenção quaternária, tentou prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas de cuidado, incentivou o utente a adotar estilos de vida e alimentação mais cuidada, com implicações na redução da terapêutica, por exemplo para a hipercolesterolemia no adulto; Utilizou as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar. No programa saúde da família, registou dados relativos ao estado de saúde da família, nomeadamente: habitação, escala de Graffar, etapas do ciclo vital de Duvall, tipo de família.</p>

Fonte: Criado pela própria, baseado no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, OE.

Parte II

5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Este capítulo reflete a evidência científica e teórica que enquadraram este processo de desenvolvimento de competências, encontrando-se estruturado em dois subcapítulos. O primeiro subcapítulo contextualiza o enquadramento teórico de enfermagem que norteou este percurso, bem como a sua relação com a temática em estudo. O segundo subcapítulo, expõe o enquadramento metodológico, de modo a orientar o estudo realizado onde constam os procedimentos necessários para identificar o método de investigação científica para dar resposta às questões de investigação e objetivos.

5.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Caracteriza-se pela definição de um tema ou de uma área de investigação. Para que este estudo seja possível, o seu domínio deverá ser delimitado, de forma organizada no que concerne à formulação de ideias e à documentação científica, relativa a um conteúdo específico, o que levará a uma concessão clara e estruturada do objeto em estudo (Fortin,2009).

Na concretização de uma investigação podemos recorrer aos diferentes tipos de fontes existentes: as fontes primárias são as fontes originais que, conforme defende Freixo (2011, p. 163), “não foram alvo de qualquer resumo ou interpretação por parte de outros investigadores ou críticos”, as fontes secundárias, são as que permitem consultar as fontes primárias e que facultam “o acesso a textos já interpretados e publicados sobre um determinado tema”, as fontes terciárias são “formadas por obras especializadas que abarcam conhecimentos ou explicações mais concisas e que se relacionam com conceitos, termos, autores, trabalhos, recursos, e que compilam, selecionam, organizam informações de fontes primárias ou secundárias” (Freixo, 2011, pp. 163-164).

Para se proceder a um inventário e exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação há que recorrer à revisão de literatura. Existem várias razões para um investigador proceder a uma revisão de literatura: primeiro, com o objetivo de delimitar um domínio de investigação (contribuindo para gerar questões de investigação, conhecendo as correntes conceptuais e teóricas, assim como, os métodos de investigação utilizados no quadro de trabalhos anteriores); segundo, distinguir o que é conhecido e o que falta conhecer num determinado domínio de investigação (conhecer o grau de avanço dos trabalhos de investigação num domínio específico e determinar novas vias a explorar); terceiro, quanto mais uma investigação for baseada em conhecimentos empíricos pertinentes, mais os seus resultados serão suscetíveis de enriquecer o campo de

conhecimento do assunto em questão;quarto, explorar os métodos e os desenhos utilizados por outros investigadores para estudar um fenómeno similar, e por último, permite examinar os instrumentos de medida e as técnicas de análise que podem ser apropriadas à investigação que se deseja empreender. Uma revisão de literatura mostra um conjunto de trabalhos sobre um mesmo tema, no qual ressaltam elementos comuns e divergentes (Fortin,2009).

Apesar de assistirmos a décadas marcadas pelo desenvolvimento da enfermagem, a teoria e a prática continuam a ser vistas como duas realidades separadas, o que desencadeia alguma confusão nos enfermeiros, que frequentemente acreditam que os referenciais teóricos têm pouca relevância para a prática. A juntar a esta situação, nos últimos anos assistiu-se ao aumento: da crise económica, das tecnologias, das práticas e das políticas de medicalização dos hospitais, desviando a profissão de enfermagem das suas bases disciplinares claras, guia para o desenvolvimento da profissão, podendo deste modo facilmente perder-se o rumo (Watson,2017).

A investigação em enfermagem de família tem sofrido grandes avanços e desenvolvimentos nos contextos da prática. Apóstolo (2017) refere que a melhor prática é uma característica central de todos os serviços de saúde com base em evidências.

A importância de basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência Internacional disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação-investigação translacional, tem vindo a ser cada vez mais enfatizada em diversos setores da saúde e em diversos países (Pearson et al.,2012).

Além disso, as orientações internacionais e nacionais, tais como, as do Plano Nacional de Saúde Português em 2012-2016(DGS, 2012), documentos da OE(2012),documentos do ICN(2012), recomendam a implementação da PBE, defendendo que a tomada de decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade dos cuidados é melhorada (Apóstolo,2017).

O desenvolvimento da investigação em enfermagem da família constitui-se como o potencial complexo de conhecimento, colocando questões epistemológicas que advêm dos novos paradigmas que emergem da interação com o mundo empírico, e que permitem a sua compreensão (Figueiredo, 2012).

A enfermagem assume o compromisso e o dever de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Tal como defendem (Wright & Leahey, 2005), a evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família apresenta sobre o bem-estar e saúde dos seus

membros, bem como a sua influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante do seu trabalho.

Neste pressuposto e no sentido de otimizar o exercício profissional, a OE (2003) determina a necessidade de os profissionais alargarem o conceito de cliente, e a relação de parceria à família, considerando que as intervenções de enfermagem se potenciam, se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.

A família pode ser um precioso aliado na luta contra a doença, e um poderoso aliado dos profissionais de saúde, na prestação de cuidados. Desde tempos idos que os familiares foram considerados agentes de extensão da prestação de cuidados, uma espécie de “enfermeiros do amor” (Remondes-Costa, 2015).

Várias pesquisas, nos últimos anos, têm sido desenvolvidas com 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., (2008) e Oliveira et al., (2011) realçam a importância da investigação na área da saúde familiar, com o propósito de melhorar os cuidados de saúde prestados. Neste contexto, na presente investigação foi utilizado o seguinte instrumento de recolha dos dados, a escala de “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa.

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 colocada 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 & Gingras, 1999). As atitudes são determinantes sobre o que o indivíduo irá gostar ou odiar, 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.

Na área das ciências sociais e humanas, o estudo da atitude constitui uma tradição, uma vez que é um fenómeno mensurável, capaz de medir 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 concretizadas nas escalas de atitudes. A utilização destes instrumentos trouxe um novo impulso à pesquisa social, pois os investigadores ligados às correntes positivistas, apenas validavam cientificamente, estudos envolvendo fenómenos passíveis de mensuração. Esta escala baseia-se no princípio de que é possível medir as atitudes através das respostas verbais, das opiniões e avaliações dos indivíduos 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).

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.

Alfaro-Díaz et al.(2019), através de uma revisão sistemática para medir as propriedades de cinco instrumentos que avaliam as atitudes de enfermeiros em relação à importância de envolver as famílias na sua prática clínica chegaram à conclusão, que a escala IFCE-AE por Benzein et al. (2008), conjuntamente com Family Nursing Practice Scale (FNPS) de Simpson & Tarrant (2006) obtiveram as melhores avaliações psicométricas e constituem as medidas mais adequadas para avaliar as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados.

Na enfermagem de saúde familiar, Benzein et al. (2008) desenvolveram a escala *Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes* (FINC-NA), que permite medir as atitudes dos enfermeiros na prática do cuidado à família, numa escala tipo Likert; 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).

Existe uma representação ambígua das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da participação das famílias no cuidado de enfermagem, demonstrando a existência, tanto de atitudes favoráveis, como outras menos favoráveis (Benzein et al., 2008).

Um enfermeiro com conhecimento na área de enfermagem de família apresenta uma atitude mais favorável à participação dos familiares nos cuidados. Estudos realizados por Park (2010) em instituições de saúde confirmaram o efeito da formação sobre as capacidades profissionais em lidar com a família. O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar

os profissionais, com instrumentos e habilidades, que os ajudarão a atuar perante a família. A mudança de atitudes dos profissionais é com frequência um objetivo a alcançar numa instituição. Uma atitude favorável à presença da família nos serviços, torna os profissionais mais recetivos à sua participação nos cuidados diários. As atitudes assumidas pelos enfermeiros relativamente à família são cruciais para o processo de cuidar, devendo esta ser considerada pelas equipas de saúde um parceiro na prestação de cuidados, promovendo-se as condições adequadas, para que a mesma possa desempenhar esta função (Fernandes et al., 2015).

5.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Engloba procedimentos, que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta às questões de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma credível os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha dados, orientando o estudo realizado. Caracteriza-se pela definição de um tema ou de uma área de investigação.

Neste contexto, do ponto de vista de Fortin (2009), a investigação científica constitui um método por excelência, que permite adquirir novos conhecimentos tornando-se indispensável à evolução de qualquer ciência, e quer o método quantitativo como qualitativo são técnicas que permitem a condução de uma investigação.

Os serviços de saúde de sucesso do futuro serão aqueles que investirem na procura constante de informações necessárias para orientar práticas, desenvolver líderes clínicos, estabelecer e manter uma cultura de melhoria, na prática diária. A Prática Baseada na Evidência (PBE), tem como finalidade produzir reduções na variabilidade das práticas em uso, assim como os custos (decorrentes da utilização do produto adequado e melhores resultados de saúde), traduzindo-se em uma melhoria dos cuidados de saúde. A estratégia passará por otimizar a probabilidade da implementação da PBE bem-sucedida, através do desenvolvimento das capacidades das organizações, dos líderes, dos clínicos e em última análise dos utentes (Apóstolo, 2017).

Atualmente, a família, como parte essencial para o cuidado de enfermagem, é algo inquestionável, pois já em 2009 na opinião de Wright e Leahey (como já referido anteriormente) referem que a evidência teórica e prática do significado da família para a saúde e o bem-estar dos seus membros, assim como a influência sobre a doença, impulsiona e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de cuidados de enfermagem.

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).

Esta etapa metodológica do trabalho de investigação-” Valor da família na participação nos cuidados de enfermagem: análise comparativa” é constituída pela contextualização do estudo, procedendo à justificação e finalidade do estudo, o tipo de estudo, os objetivos, as questões de investigação, as hipóteses, a operacionalização das variáveis, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, a estratégia utilizada para a colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico.

TIPO DE ESTUDO

Como metodologia, de modo a alcançar os objetivos propostos na temática em análise, definiu-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, analítico, e transversal, que permitisse descrever as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem, bem como as relações destas atitudes com as variáveis sociodemográficas e profissionais em contexto de unidades de cuidados de saúde primários e diferenciados.

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).

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se segundo um desenho descritivo-correlacional, dado que tem como finalidade explorar relações entre variáveis particulares e descrever as mesmas, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin, 2009). Um estudo tipo correlacional permitirá ir mais longe, quer explorando as relações entre as variáveis, estabelecendo relações mais definitivas entre estas, por meio da verificação de hipóteses de associação, ou da verificação do modelo teórico, de modo a compreender melhor um fenómeno, ou a iniciar uma explicação do que se passa numa determinada situação.

Trata-se de um estudo analítico, pois faz a análise dos dados; transversal dado que ocorreu num meio natural, incide em dois grupos representativos da população em estudo, comparando duas realidades enfermeiros de CSP e CSD, sendo os dados recolhidos num momento específico. Esta investigação insere-se no projeto CuidarFam- A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, projeto iniciado em janeiro de 2018, com término em

março de 2026, apresenta como instituições envolvidas a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Escola Superior de Saúde de Leiria. Tendo realizado colheita de dados nas unidades onde exerce, UCSP Góis e USF Serra da Lousã (no total de 10 enfermeiros inquiridos), mas por se tratar de uma amostra reduzida, e no sentido de tornar a investigação mais significativa recorreu a dados fornecidos por uma amostra de 31 enfermeiros da plataforma online do projeto CuidarFam.

OBJETIVOS

Segundo Fortin (2009), de acordo com a problemática a estudar, os objetivos são enunciados que apontam o rumo da investigação. Foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- Caracterizar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos

- Analisar a atitude do enfermeiro na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;

- Identificar os fatores sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e suas relações no envolvimento e participação da família no processo de cuidados;

- Comparar as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

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

As questões de investigação são 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., 2015).

Subsequente aos objetivos propostos, surgiram as seguintes questões de investigação:

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

HIPÓTESES

As hipóteses são enunciados formais das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provêm da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalho empíricos (Vilelas, 2017). São suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema da investigação. Consideram-se provisórias, uma vez que podem ser confirmadas ou rejeitadas com o decorrer do desenvolvimento da investigação. A hipótese simples de casualidade exprime a relação entre a variável independente e a variável dependente.

Foram formuladas as seguintes hipóteses para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família com as variáveis sociodemográficas e profissionais:

H1- Há diferença entre a atitude do enfermeiro de cuidados de saúde primários e o enfermeiro de cuidados diferenciados face à família?

H2- Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H3- Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H4- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações literárias nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H5- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H6- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a área de especialização em Enfermagem nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H7- Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e os anos de exercício profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

H8- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação no âmbito da enfermagem de família nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma variável representa uma qualidade, uma propriedade ou características de pessoas, de objetos ou de situações que são estudadas numa investigação, sendo suscetíveis de mudar ou variar ao longo do tempo. Dentro dos tipos de variáveis mais correntemente apresentados nas obras metodológicas encontram-se, as variáveis independentes e dependentes (Fortin,2009). Estas variáveis foram identificadas neste estudo de investigação, e de seguida passará a descrever a sua operacionalização.

Variáveis independentes

Variável independente é a variável que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. Esta poderá ser chamada de variável explicativa, variável de tratamento, variável de intervenção, ou simplesmente, a variável experimental, é aquela que se quer medir os efeitos (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 sociodemográficas e profissionais que caracterizam a amostra, foram definidas: a idade, o estado civil, habilitações académicas, o título profissional; área de especialização em Enfermagem; anos de exercício profissional; contexto atual de prestação de cuidados e formação no âmbito de Enfermagem de família (Quadro 4).

Quadro 4-Variáveis independentes em estudo (CONTINUA)

Variável independente			
Variável	Escala de medida	Continuidade da variável	Opções de resposta
Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta
Estado civil	Variável qualitativa	Nominal	Resposta múltipla: 1)Solteira(o) 2)União de facto/casada(o) 3)Separada(o)/divorciada(o) 4) Viúva(o)
Habilitações académicas	Variável qualitativa	Ordinal	Resposta múltipla: 1)Bacharelato 2)Licenciatura 3)Mestrado 4)Doutoramento 5)Outro

Título profissional	Variável qualitativa	Nominal	Resposta dicotómica: 1)Enfermeiro 2)Enfermeiro especialista
Área de especialização	Variável qualitativa	Nominal	Resposta múltipla: 1)Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2)Enfermagem de Saúde Comunitária 3)Enfermagem de Saúde Pública 4)Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 5)Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 6)Enfermagem de Reabilitação 7)Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica/Médico-Cirúrgica
Anos de exercício profissional	Variável quantitativa	Contínua	Resposta aberta
Contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem	Variável qualitativa	Nominal	Resposta múltipla 1)Cuidados de saúde diferenciados 2)Cuidados de saúde primários 3)Lares 4) Outro
Formação no âmbito da enfermagem de família	Variável qualitativa	Nominal	1)Sim 2)Não

Variável dependente

A variável dependente parte da compreensão de que a ideia é desenvolvida através de experiências cognitivas, afetivas e comportamentais sobre o objeto visado; exprime uma autoavaliação sobre o mesmo, e é uma predisposição para a ação. A variável dependente deste estudo é a atitude do enfermeiro face à família (Quadro 5). A operacionalização desta variável foi obtida através do preenchimento da segunda parte do questionário, através da escala a Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros(IFCE-AE).

É a variável que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ao resultado predito do investigador (Fortin,2009).

A IFCE-AE, versão portuguesa(Oliveira et al.,2011),mede a atitude dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos da prática clínica. Trata-se de uma escala tipo Likert de autopreenchimento, que resultou da adaptação transcultural da escala desenvolvida na Suécia” Families´Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes”. A atitude do enfermeiro face à família mostra a perceção que este profissional possui, sobre a importância de envolver a família nos cuidados, e é reveladora do seu comportamento.

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

A família é considerada pelo enfermeiro um recurso para os cuidados de enfermagem, se este considerar os familiares peritos, e estabelecer com eles uma relação colaborativa, de parceria e de reciprocidade não hierárquica. É analisada como um recurso de *coping*, quando este profissional a valoriza pelas suas características, potencialidades e pontos fortes (Wright & Leahey, 2009).

É visualizada como um fardo, quando implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar de famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis (Alves, 2012).

Quadro 5-Variável dependente em estudo

Variável dependente			
Variável	Escala de medida	Continuidade da variável	Opções de resposta
A importância atribuída à família	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: 1)discordo completamente 2) discordo 3) concordo 4) concordo completamente
	Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo em conta a pontuação total da escala (varia entre 25 e 104 pontos)

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A diferença entre a população e a amostra não é por vezes clara para alguns investigadores, tornando ainda mais difícil esclarecer e decidir os métodos de amostragem a aplicar.

Em estatística, amostra é o conjunto de elementos extraídos de um conjunto maior, chamado população. Sendo este, constituído de indivíduos (famílias ou outras organizações), acontecimentos ou outros objetos de estudo que o investigador pretende descrever ou para os quais pretende generalizar as suas conclusões ou resultados (Infopédia,2022).

A **População teórica** (ou universo estatístico) corresponde, a todo o conjunto de indivíduos com uma característica comum que se submete a um estudo estatístico. A **amostra** é um subconjunto representativo da população, criteriosamente escolhido, sobre o qual incide a observação. Na maioria dos estudos de psicologia e ciências sociais, procura-se desenvolver teorias e explicações que sejam generalizáveis para todos os humanos, ou grupos de humanos, ou seja, para as **populações**. Na prática teremos ainda de selecionar, dentro da população teórica, a população do estudo, sobretudo por motivos de logística.

População, em contexto de investigação, significa o conjunto de elementos (indivíduos, pessoas, grupos, objetos, etc.) que se pretende estudar. Importa aqui distinguir entre população alvo e população acessível, representando a primeira o conjunto de elementos que reúnem determinadas características comuns que o investigador pretende estudar e a partir do qual deseja fazer generalizações; a segunda, a acessível, é a parte da população alvo, que está ao alcance do investigador por uma qualquer razão ou limitação de ordem prática, geográfica ou outra (Fortin, 2003).

A amostra do presente estudo é constituída por 5 enfermeiros da USF Serra da Lousã, 5 enfermeiros da UCSP-Góis (unidades onde a investigadora exerce), que responderam ao questionário em registo de papel, bem como 12 enfermeiros de outras unidades de CSP e 19 enfermeiros dos CSD, que responderam a questionário através de plataforma online CuidarFam .

De forma a amostra possuir um elevado grau de homogeneidade delineou os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro na prática clínica, em CSP ou CSD, em exercício na prática direta dos cuidados, contactando por isso com familiares dos utentes, aceder participar com o consentimento informado e esclarecido.

Critérios de exclusão, todos os enfermeiros que não satisfizessem os critérios de inclusão.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Existem vários instrumentos de colheita de dados, neste estudo em particular, optou pelo questionário. Esta técnica de recolha de dados é talvez a técnica mais usada no âmbito da investigação sociológica, na diversidade de técnicas disponíveis.

O questionário é um instrumento de colheita de dados, de registo escrito e planeado, para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, relativas a conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos (Vilelas, 2017).

Optou-se por um questionário, pois tal como Fortin (2003) salienta, este pode ser preenchido pelo próprio, sem assistência, e limita o sujeito às questões formuladas, colhendo-se informação factual sobre as pessoas, acontecimentos, situações, mas também atitudes, crenças e intenções.

O questionário deste estudo é constituído por duas partes distintas. A primeira parte, é composta por 8 questões dirigidas às variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, de modo a obter dados para a caracterização da amostra; a segunda parte é constituída pela escala IFCE-AE, que permitirá analisar na amostra em estudo, quais as atitudes dos enfermeiros face à importância na família na prestação dos cuidados de enfermagem.

A escala é uma adaptação da Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por enfermeiros e investigadores, nomeadamente Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman (Benzein et al., 2008).

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, realizada em 2011, foi efetuada por Oliveira, P.; Fernandes, H.; Vilar, A.; Figueiredo, M.; Ferreira, M.; Martinho, J.; Martins, M.

Este instrumento de colheita de dados pretende medir as atitudes dos enfermeiros através de uma perspetiva genérica, para além dos contextos específicos da prática, sobre a importância de cuidar famílias, o que o torna singular. Assume como princípio basilar, que a família é um recurso importante, quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009).

A versão portuguesa da escala IFCE-AE, como pode ser observado no Quadro 6, à semelhança da escala original é constituída por 26 itens, sendo que os itens que a constituem englobam três dimensões: a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental (pensar e sentir no trabalho), além de considerar que o conceito de família neste instrumento inclui não só

todos os seus membros, bem como também, amigos, vizinhos ou pessoas significativas (Benzein, Arestedt, Jonhansson, & Saveman, 2008).

A Família pode ser encarada de acordo com as seguintes dimensões: como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens), score variável entre 12 e 48; como recurso nos cuidados de Enfermagem (10 itens), score variável entre 10 e 40 e como um fardo (4 itens), score entre 4 e 16. Para a sua análise utiliza-se uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções de resposta), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4) num intervalo de 26 a 104 pontos, quanto maior o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte (Oliveira et al., 2011).

A recolha de dados através da aplicação de questionário foi realizada nas duas unidades onde exerce , no período entre 25 novembro e 10 de dezembro de 2022, bem como a obtenção de dados da plataforma online-Projeto CuidarFam, perfazendo um total de 41 participantes.

Quadro 6-Versão portuguesa da escala IFCE-AE(CONTINUA)

Dimensões	Itens	Indicadores	Score
1-Família como parceiro dialogante e recurso de coping	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	Entre 12 e 48
	6-No primeiro contacto 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-Procuo 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-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.			

	24-Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.		
	25-Vejo-me como um recurso para as famílias, para que eles possam lidar o melhor possível com a sua situação.		
2-Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1-É importante saber quem são os membros da família do utente.	1-Discordo completamente; 2-Discordo; 3-Concordo; 4-Concordo completamente	Entre 10 e 40
	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.		
3-Família como um fardo	2-A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.	1-Discordo completamente; 2-Discordo; 3-Concordo; 4-Concordo completamente	Entre 4 e 16
	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 stress		

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação que envolva seres humanos deve pesar o ponto de vista moral e ético, e essas decisões deverão estar fundamentadas nos princípios de respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem de assumir um comportamento ético, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

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 transversalmente os seus enunciados. 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), sendo 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.

Ainda de acordo com a Declaração de Helsínquia, esta 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 os princípios éticos e deontológicos foram efetuados os seguintes procedimentos: primeiro, este estudo já detinha um 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, tendo sido realizada uma adenda a 09/11/2021, onde consta extensão do parecer desta comissão até março de 2026(ANEXO 1); procedeu ao pedido de autorização para aplicação do mesmo questionário ao Sr. Diretor Executivo do ACES PIN, no dia 28/09/2022(ANEXO 2); obtendo parecer favorável, comunicado a 29/09/2022 (ANEXO 3) ; foi também solicitado ao Conselho Técnico da USF-Serra da Lousã a aplicação de questionário nesta unidade, no dia 18/10/2022 (ANEXO 4), e no dia 25/11/2022 foi transmitida ata do CT, com parecer positivo para a realização deste trabalho de investigação (ANEXO 5).

Durante a aplicação do questionário(ANEXO 6) foi demonstrada a importância da participação dos enfermeiros para o desenvolvimento do estudo, assim como, os benefícios para a profissão de enfermagem. As informações relativas ao estudo constam no início do questionário. O facto deste questionário ser preenchido por participantes profissionais na área de saúde, com formação superior tornou implícito o consentimento informado. Não houve necessidade de colocar o contato da investigadora para dúvidas adicionais, dado que esta trabalha nas respectivas unidades, estando sempre disponível e apta para responder a qualquer dúvida que algum dos inquiridos tivesse. A autorização da escala IFCE-AE, é autorizada pelos autores.

Os participantes foram esclarecidos que as respostas seriam pessoais, não existiam respostas corretas ou incorretas e a qualquer momento poderiam desistir, sem que tal facto

tivesse consequências pessoais. Esta investigação não possuiu qualquer fonte de financiamento e/ou conflitos de interesse.

Assegurou que os dados obtidos são de natureza confidencial, anónimos, foram obtidos de forma voluntária e autónoma, e destinam-se estritamente para fins académicos e científicos.

O processo de investigação garantiu o respeito de todos os pressupostos deontológicos, inerentes à ética da investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes. A validação do conhecimento destes princípios e garantias foi efetuada pelos participantes durante a aplicação dos questionários por escrito aos Enfermeiros da UCSP Góis e USF Serra da Lousã, e digitalmente aos Enfermeiros que participaram em plataforma online.

CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA IFCAE-AE

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

A realização do teste de alfa (α) de Cronbach tem o objetivo de analisar a fiabilidade, também designada por consistência interna de um instrumento, em que os resultados obtidos por cada inquirido, em cada item deverão ser consistentes entre si, ao longo de todo o questionário (Vilelas, 2017).

Este teste refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito (Vilelas, 2017). Através do alfa de Cronbach pode mostrar-se como um conjunto de itens avalia a variável latente, de modo fraco, ou estável, resultando, frequentemente, num teste homogéneo, que facilita os resultados da análise fatorial (Vilelas, 2017).

O índice α estima, quanto uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Marôco & Marques, 2006).

O coeficiente alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (Pasquali, 2013).

O coeficiente não tem um limite inferior, tendo em atenção que quanto mais próximo de 1 for alfa, maior será a consistência interna dos itens da escala (Gliem & Gliem, 2003).

Apesar de o coeficiente alfa de Cronbach ser o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto à sua interpretação. Outros autores, também acrescentam que a consistência interna dos itens deveria 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 (Streiner, 2003).

Na tradução da escala para a versão portuguesa ficou provada a fiabilidade da nova versão, pois foi perceptível que o alfa de Cronbach manteve valores satisfatórios e na prática quase inalterados de 0,82 da escala total (Oliveira P. C. et al., 2011).

No presente estudo (Tabela 3), o valor do coeficiente de α Cronbach da escala total apresenta um valor de 0,86, o que representa um valor bom de confiabilidade e medida da consistência interna da escala utilizada, ou seja, o instrumento é fidedigno.

Tabela 3-Valores do Coeficiente de α Cronbach das dimensões e da escala total IFCE-AE

	Nº Itens	Oliveira et al., (2011) α Cronbach	Presente estudo α Cronbach
Família como Parceiro Dialogante e Recurso de <i>Coping</i>	12	0,90	0,85
Família como um Recurso nos Cuidados de Enfermagem	10	0,84	0,82
Família como um Fardo	4	0,49	0,60
α Cronbach da escala total	26	0,87	0,86

PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DOS DADOS

Estando o investigador na posse dos dados recolhidos, estes necessitam de ser organizados, ordenados e processados de modo a poder retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado (Vilelas, 2017).

Como ferramenta de tratamento dos dados, recorreu ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 28.0.0.0(190), utilizando a estatística descritiva e inferencial e o aplicativo Word Microsoft®.

A estatística descritiva consiste num conjunto de técnicas e regras que resumem a informação recolhida, sem distorção/perda de informação, permitindo caracterizar os dados da amostra, e responder à questão de investigação, enquanto a estatística indutiva (ou

inferencial) ajuda a inferir até que ponto os resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2017).

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial, de acordo com as características das variáveis em estudo, tais como:

Frequências absolutas (n) e relativas (%);

Medidas de Tendência Central: Média (\bar{x}); Mediana (Md); Moda (Mo);

Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão (σ); Valor Mínimo (XMín) e Valor Máximo (XMáx);

Coefficientes: Alfa Cronbach (α) e Correlação de Pearson;

Testes: Shapiro-Wilk (como teste de normalidade); t-Student; ANOVA, para testar a diferença das médias entre as variáveis em estudo.

Na análise estatística utilizou 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;

$p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa.

No que respeita à estatística inferencial ou analítica, para verificar as hipóteses fez uso dos testes paramétricos. A utilização destes testes 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 de populações (Marôco, 2014). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o Teste de Shapiro-Wilk, enquanto para testar a homogeneidade das variâncias recorreu ao Teste de Levene, por ser um dos mais potentes de acordo com o mesmo autor.

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.

Assim, quanto à estatística paramétrica destaca-se:

O Teste t -Student de grupos independentes para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas

variâncias populacionais, segundo Vilelas (2017) é aplicado em situações que uma variável quantitativa discreta ou contínua tem uma curva de distribuição normal e em duas amostras relacionadas.

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).

Para medir a correlação ou a existência de um relacionamento entre duas variáveis e avaliar o efeito que uma produz na outra, usou o Coeficiente de Correlação de Pearson, que é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas (Pestana & Gageiro, 2014).

Apresenta-se a regra prática para interpretar o tamanho de um coeficiente de correlação (Hinkle et al., 2003):

0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00) – Correlação positiva(negativa) muito alta;

0,70 a 0,90 (-0,70 a - 0,90) – Alta correlação positiva(negativa);

0,50 a 0,70 (-0,50 a -0,70) – Correlação positiva (negativa) moderada;

0,30 a 0,50 (-0,30 a -0,50) – Baixa correlação positiva (negativa);

0,00 a 0,30 (0,00 a -0,30) – Correlação insignificante.

As correlações indicam 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 duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Na análise dos resultados, serão refletidas duas dimensões: até que ponto o que vemos na amostra é estatisticamente significativo e como tal, é o que existe na população; até que ponto os resultados implicam associações entre variáveis, ou diferenças importantes e fortes (Vilelas, 2017).

Dispostas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados obtidos, apresentados através de tabelas e de indicadores estatísticos acompanhados de uma descrição narrativa, de modo, a permitir uma ligação lógica com as questões de investigação e hipóteses em estudo.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Primeiramente realizou a análise descritiva das variáveis independentes, nomeadamente, idade, estado civil, habilitações literárias, título profissional, áreas de especialização, anos de exercício profissional, contexto de trabalho onde exerce funções e formação em enfermagem de família. De seguida, caracterizou a variável dependente importância da família nos cuidados de enfermagem-attitudes dos enfermeiros procedendo à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Serão apresentados e analisados os resultados obtidos do questionário relativo à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que participaram neste estudo.

Como se pode observar na (Tabela 4), a idade referente aos enfermeiros em CSP (n=22) variou entre os 31 anos e os 58 anos, sendo a média de idade de 46 anos e o desvio padrão de 8 anos, relativamente os enfermeiros de CSD (n=19), a idade dos enfermeiros inquiridos situou-se entre 27 e 61 anos, o desvio padrão foi de 11 anos, apresentando uma média de 47 anos. Da amostra em estudo, não se observam diferenças significativas entre a idade e o contexto de trabalho.

Tabela 4-Distribuição da amostra por idade

		n	\bar{X}	XMín	XMáx	σ	%
Idade dos enfermeiros	Cuidados de Saúde Primários	22	46	31	58	8	53,7%
	Cuidados de Saúde Diferenciados	19	47	27	61	11	46,3%
	Total	41	46,5	27	61	8,5	100%

Relativamente ao estado civil, verificou na (Tabela 5) independentemente do contexto profissional da amostra, o estado civil que apresenta maior percentagem é a união de facto/casado, exibindo valores significativos de 77,3% (n=17) no grupo de enfermeiros que exercem em CSP e 78,9% (n=15) no grupo de enfermeiros pertencente aos CSD, logo seguido dos solteiros com valores de 13,6% (n=3) e 10,5% (n=2) respetivamente. Observa-se ainda que 9,1%(n=2) dos inquiridos nos CSP é viúvo, e que enfermeiros separados/divorciados somente se encontram nos CSD, mostrando um valor de 10,5% (n=2).

Tabela 5-Distribuição da amostra por estado civil

	Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
	n	%	n	%
Solteiro(a)	3	13,6%	2	10,5%
União de facto/Casado(a)	17	77,3%	15	78,9%
Separado/a/Divorciado/a	0	0,0%	2	10,5%
Viúvo(a)	2	9,1%	0	0,0%
Total	22	100%	19	100%

Analisando as habilitações literárias dos inquiridos observa-se na (Tabela 6), que tanto no grupo de CSP, quer no grupo de CSD a maioria são licenciados, com valores de 59,1% (n=13) e 68,4% (n=13) respectivamente. Nos CSP o bacharelato apresenta valores expressivos de 31,8% (n=7), existindo ainda 2 indivíduos com doutoramento, o que representa neste grupo um valor de 9,1%. No grupo de CSD, o bacharelato encontra-se nos 5,3% (n=1), existindo ainda uma percentagem significativa de indivíduos com mestrado 26,3% (n=5).

Tabela 6-Distribuição da amostra por habilitações literárias

	Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
	n	%	n	%
Bacharelato	7	31,8%	1	5,3%
Licenciatura	13	59,1%	13	68,4%
Mestrado	0	0,0%	5	26,3%
Doutoramento	2	9,1%	0	0,0%
Total	22	100%	19	100%

Estudando os grupos por título profissional observa-se na (Tabela 7), que nos CSP 90,9% (n=20) são enfermeiros e 9,1% (n=2) são enfermeiros especialistas. Particularmente nos CSD os valores são quase semelhantes para os dois títulos, dado que, 52,6% (n=10) têm o título de especialista, e 47,4% (n=9) têm o título de enfermeiro.

Tabela 7-Distribuição da amostra por título profissional

	Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
	n	%	n	%
Enfermeiro	20	90,9%	9	47,4%
Enfermeiro Especialista	2	9,1%	10	52,6%
Total	22	100%	19	100%

Relativamente à área de especialização (Tabela 8) verifica-se que no grupo dos CSP 75,0% (n=6) desta amostra possuem especialidade de Saúde Comunitária apresentando, valores de 12,5% (n=1) para a Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, bem como, 12,5% (n=1) para a Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica. Nos CSD 50,0% (n=5) tem Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, seguida de iguais valores 20,0% (n=2) para a Especialidade de Saúde Materna/ Obstétrica e 20,0% (n=2) para a Especialidade Pessoa em Situação Crítica/Médico-Cirúrgica e ainda 10% (n=1) possui a Especialidade de Reabilitação. Ou seja, na sequência da análise da tabela anterior verifica, que apesar de 8 enfermeiros dos CSP terem uma especialidade, somente dois têm o seu título de enfermeiro especialista reconhecido, contrariamente aos enfermeiros de CSD que na sua totalidade se encontram a exercer com o título de enfermeiro especialista.

Tabela 8-Distribuição da amostra por Área de Especialização

	Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
	n	%	n	%
Saúde Materna e Obstétrica	1	12,5%	2	20,0%
Saúde Comunitária	6	75,0%	0	0,0%
Saúde Pública	0	0,0%	0	0,0%
Saúde Infantil e Pediátrica	1	12,5%	5	50,0%
Saúde Mental e Psiquiátrica	0	0,0%	0	0,0%
Reabilitação	0	0,0%	1	10,0%
Pessoa em Situação Crítica/Médico Cirúrgica	0	0,0%	2	20,0%
Total	8	100%	10	100%

Comparando os anos de exercício profissional com o contexto de trabalho verifica na (Tabela 9), que os enfermeiros de CSP apresentam valores máximos de 34 anos e mínimos de 8 anos, o desvio padrão é de 8 anos sendo a média de 24 anos. Os enfermeiros de CSD exibem valores máximos de 41 anos, mínimos de 4 anos, com desvio padrão de 10 anos, detendo uma média de 23 anos de exercício profissional.

Tabela 9-Distribuição da amostra por anos de exercício profissional

		n	\bar{x}	XMáx	XMín	σ	%
Anos de exercício profissional	Cuidados de Saúde Primários	22	24	34	8	8	53,7%
	Cuidados de Saúde Diferenciados	19	23	41	4	10	46,3%
	Total	41	23,5	41	4	9,5	100%

De acordo com a (Tabela 10), no que concerne ao local onde atualmente exercem funções assinala-se que 53,7% (n=22) encontram-se em CSP e 46,3% (n=19) em CSD.

Tabela 10-Distribuição da amostra de acordo com o contexto atual de prestação de cuidados

	n	%
Cuidados de saúde diferenciados	19	46,3%
Cuidados de saúde primários	22	53,7%
Lares	0	0,0%
Outros	0	0,0%
Total	41	100%

Analisando os grupos estudados relativamente se possuíam formação em enfermagem de família (Tabela 11), nos CSP observa-se, que maioritariamente responderam que sim 68,2% (n=15), contra 31,8% (n=7) que responderam que não. Verifica-se relação quase inversa nos CSD, dado que, 63,2% (n=12) responderam que não, e 36,8% (n=7) responderam que sim.

Tabela 11-Distribuição da amostra de acordo com Formação em Enfermagem de Família

		Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
		n	%	n	%
Formação em Enfermagem da Família?	Sim	15	68,2%	7	36,8%
	Não	7	31,8%	12	63,2%
	Total	22	100%	19	100%

Em relação aos enfermeiros que afirmaram que detinham formação em enfermagem de família, a (Tabela 12) elucida que no grupo dos CSP, adquiriram essa formação em contexto de formação contínua 58,3% (n=7), seguindo-se o contexto académico 33,3% (n=4), e em outros contextos 8,3% (n=1). O grupo dos CSD no contexto académico apresentou valores de 66,7% (n=4), formação contínua não houve referência, e em outros contextos 33,3% (n=2).

Tabela 12-Distribuição da amostra de acordo com o Contexto de Formação Familiar

		Cuidados de Saúde Primários		Cuidados de Saúde Diferenciados	
		n	%	n	%
Contexto Formação Familiar	Contexto Académico	4	33,3%	4	66,7%
	Formação contínua	7	58,3%	0	0,0%
	Outro	1	8,3%	2	33,3%
	Total	12	100%	6	100%

ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE ÀS FAMÍLIAS

Com o objetivo de testar a normalidade da variável dependente, da amostra estudada, foi utilizado o Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk, teste de eleição em situações que a amostra é inferior a 50 elementos (Vilelas, 2017).

A (Tabela 13) revelou nas três dimensões e score total da escala IFCE- AE em estudo, uma significância ($p > 0,05$) concluindo assim, que os dados relativos à variável dependente apresentam distribuição normal.

Tabela 13-Teste da Normalidade da distribuição de resultados das dimensões e Escala Total IFCE-AE

	Shapiro Wilk		
	Estatística	gl	Sig.
1-Família como parceiro	,969	41	,326
2-Família como recurso	,960	41	,160
3-Família como fardo	,972	41	,399
Escala Total	,963	41	,202

De forma a dar resposta às hipóteses levantadas procedeu primeiramente ao estudo da homogeneidade das variâncias entre os grupos, que é uma medida de dispersão de uma variável numérica, aplicando o Teste da Homogeneidade de Levene obteve um ($p > 0,05$). Deste modo, suplementando através da análise da (Tabela 14) considera-se, que as variáveis dependentes nas três dimensões seguem uma distribuição normal, e que as variâncias são homogêneas para todas as hipóteses do estudo, o que permite a aplicação de testes paramétricos, pois são cumpridos os pressupostos para a sua aplicação.

Tabela 14-Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
1-Família parceiro	Com base em média	1,399	1	39	,244
2-Família como recurso	Com base em média	,270	1	39	,606
3-Família como fardo	Com base em média	4,116	1	39	,049
Escala Total	Com base em média	,818	1	39	,371

De acordo com a (Tabela 15), apresentam-se os resultados da estatística descritiva das dimensões e dos valores da escala IFCE-AE total utilizada neste estudo, de acordo com o contexto de trabalho.

Relativamente aos inquiridos de CSP, estes apresentam para a primeira dimensão, Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, uma média de resposta de 40,27 pontos, com um desvio padrão de 3,95 pontos, uma amplitude entre 33 e 47 pontos. A segunda dimensão, Família como recurso dos cuidados de enfermagem, obteve um resultado com um valor médio de resposta de 34,36 pontos e com o desvio padrão de 3,14 pontos, com uma amplitude entre 31 e 40 pontos, na dimensão Família como um fardo, uma média de resposta de 8,23 pontos, com um desvio padrão de 1,63 pontos e uma amplitude entre 5 e 11 pontos.

No que concerne ao grupo de enfermeiros de CSD, observa-se, para a primeira dimensão, uma média de resposta de 37,16 pontos, com um desvio padrão de 4,97 pontos, uma amplitude entre 26 e 45 pontos. A segunda dimensão obteve um resultado com um valor médio de resposta de 31,42 pontos e com o desvio padrão de 3,86 pontos uma amplitude entre 24 e 40 pontos. Por fim, na terceira dimensão, a menos positiva, ou seja, na dimensão Família como um fardo, alcançou uma média de resposta de 9,16 pontos e um desvio padrão de 2,85 pontos e uma amplitude entre 4 e 15 pontos.

Da análise dos resultados das dimensões dos dois grupos, realçam-se atitudes positivas dos enfermeiros, quando questionados sobre a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Nos CSP, relativamente à escala IFCE-AE, a média total é de 82,86 pontos, para um score mínimo de 73 e um score máximo de 98, 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 6,80 pontos.

Nos CSD, relativamente às atitudes dos enfermeiros para com as famílias, a média total é de 77,74 pontos, para um score mínimo de 60 pontos e máximo de 96, apresentando também níveis positivos altos das atitudes dos enfermeiros de família, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem, observando-se um desvio-padrão de 8,68 pontos.

Estes dados indicam que os 41 enfermeiros inquiridos, veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, apresentando atitudes de suporte e envolvimento face à família.

Tabela 15-Estatística descritiva das dimensões e Escala Total IFCE-AE por áreas de atuação CSP/CSD

		XMín	XMáx	\bar{x}	Md	Mo	σ
CSP	Família como parceiro	33	47	40,27	39	38	3,95
	Família como recurso	31,00	40,00	34,36	33,00	31,00	3,14
	Família como fardo	5,00	11,00	8,23	8,00	8,00	1,63
	Escala Total	73,00	98,00	82,86	80,50	79,00	6,80
CSD	Família como parceiro	26	45	37,16	36	35	4,97
	Família como recurso	24,00	40,00	31,42	30,00	29,00	3,86
	Família como fardo	4,00	15,00	9,16	9,00	9,00	2,85
	Escala Total	60,00	96,00	77,74	76,00	73,00	8,68

Com o objetivo de determinar correlações ou a existência de um relacionamento entre as dimensões da variável dependente recorreu à medida de associação do Teste de Correlação r de Pearson. Instituiu-se um nível de correlação significativa, o valor de 0,01 ($p < 0,01$).

Na (Tabela 16) apresenta os resultados obtidos na avaliação da intensidade da relação entre as dimensões da escala IFCE-CE. 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 fraca com

as duas outras dimensões da escala IFCE-AE, admite-se então, que as duas dimensões têm crescimento oposto face à dimensão família como fardo.

Tabela 16-Correlação de Pearson

		Família parceiro	Família como recurso	Família como fardo
Família parceiro dialogante e recurso de coping	Correlação de Pearson	1	,811**	-,087
	Sig. (2 extremidades)		<,001	,588
	N	41	41	41
Família como recurso dos cuidados de Enfermagem	Correlação de Pearson	,811**	1	-,168
	Sig. (2 extremidades)	<,001		,294
	N	41	41	41
Família como fardo	Correlação de Pearson	-,087	-,168	1
	Sig. (2 extremidades)	,588	,294	
	N	41	41	41

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

TESTE DE HIPÓTESES

As hipóteses indicam o rumo a seguir ao investigador, orientam o seu trabalho designando os caminhos da investigação, ou seja, uma hipótese é uma previsão das relações entre duas ou mais variáveis. No fundo são uma combinação do problema e do objetivo a que o estudo se propõe atingir, sob a forma de uma preposição do estudo (Vilelas, 2017). Estas preposições são suscetíveis de ser submetidas à prova (testes de hipóteses) que levará à sua aceitação ou rejeição (Pocinho, 2012).

Relativamente aos testes estatísticos Vilelas, (2017), refere que o valor p representa a probabilidade, e este permite definir como iremos tratar a hipótese nula (H0) (hipótese oposta à hipótese a ser investigada (H1)):

- a) se $p < 0,05$, há uma evidência significativa contra H0, e é possível rejeitar a hipótese nula;
- b) se $p \geq 0,05$, não há uma evidência significativa contra H0, e não é possível rejeitar a hipótese nula.

Tendo por base estes pressupostos, procedeu aos testes de hipóteses, analisando os resultados obtidos nas três dimensões da escala IFCE-AE, confrontando as pontuações médias obtidas em função das variáveis sociodemográficas e profissionais: género, idade, estado civil, habilitações literárias, título profissional, anos de exercício profissional, unidade

funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família. Com o objetivo de verificar a existência e a natureza das relações e as diferenças entre as variáveis do estudo (Ribeiro, 2008).

H1-Há diferença entre a atitude do enfermeiro de cuidados de saúde primários e o enfermeiro de cuidados diferenciados, face à família?

Para determinar se existe diferença entre as médias das respostas relativas às atitudes dos enfermeiros face à família, entre os dois grupos, foi utilizado o Teste t-Student de amostras independentes, o nível global de significância foi fixado em 0,05 ($p=0,05$).

Comparando os dois grupos, verifica-se na (Tabela 17), que os enfermeiros de CSP a nível das duas primeiras dimensões apresentam valores de médias superiores (40,27 pontos e 34,36 pontos, respetivamente); e significativas ($p<0,05$), exibem atitudes positivas com valores de médias mais altos e valor de média mais baixo na última dimensão, família como fardo com 8,22 de *score*, sugerindo que mantêm atitudes mais positivas face à família, no entanto, nesta última dimensão, não se apresenta como estatisticamente significativa, dado que $p>0,05$. Nos CSD as médias patentes na primeira dimensão são de 37,16 pontos, segunda dimensão 31,42 pontos e na última dimensão 9,15 de *score* médio de resposta. Procedendo à análise comparativa dos dois grupos, a nível da escala total, a média de valor de resposta no grupo dos CSP é 82,86 pontos e no grupo de CSD 77,73 pontos, constata-se que $p<0,05$, ou seja, aceita-se a hipótese levantada.

Tabela 17-Diferença entre a atitude do enfermeiro face à família nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Escala IFCE-AE	Contexto de trabalho	n	\bar{x}	Teste t
Família parceiro dialogante e recurso de coping	CSP	22	40,27	T=1,399
	CSD	19	37,16	P=0,031
Família como Recurso dos Cuidados de Enfermagem	CSP	22	34,36	T=0,270
	CSD	19	31,42	P=0,010
Família como fardo	CSP	22	8,22	T=4,116
	CSD	19	9,15	P=0,200
Escala Total	CSP	22	82,86	T=0,818
	CSD	19	77,73	P=0,040

H2-Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

No sentido de saber se há relação entre estas variáveis nos dois contextos, realizou o Teste de Correlação de variáveis, a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson, e respetivo teste de significância. Na (Tabela18) observa-se, relativamente ao contexto de trabalho, especificamente no grupo de CSP uma correlação positiva fraca ($r=0,178$), sem valores estatisticamente significativos ($p>0,05$). Relativamente aos CSD, constata-se, de igual modo, que há correlação positiva fraca entre a idade e escala total, em que ($r=0,094$), ou seja, estas variáveis acompanham-se com o crescimento da outra, o aumento da idade aumenta o valor da escala total, mas não apresentam valores estatisticamente significativos, dado que ($p>0,05$), rejeitando-se a hipótese levantada.

Tabela18-Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Correlação de <i>Pearson</i>		Idade dos enfermeiros CSP	Idade dos enfermeiros CSD
Score total	r	0,178	0,094
	p	0,429	0,701
	n	22	19

De forma a clarificar de que modo a idade, nos dois contextos impacta nas atitudes dos enfermeiros, procedeu à comparação de resultado (Tabela 19). Esta análise leva a inferir, que nesta amostra são os enfermeiros mais velhos, os detentores nos dois contextos, de scores totais mais elevados na escala, demonstrando atitudes de mais envolvimento da família, na prestação de cuidados de enfermagem.

Tabela19-Comparação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Faixa etária	Cuidados Saúde Primários					Cuidados Saúde Diferenciados				
	%	\bar{x}	n	XMáx	XMín	%	\bar{x}	n	XMáx	XMín
27-35 anos	13,60	82,33	3	87,00	79,00	21,10	79,75	4	94,00	74,00
36-44 anos	22,70	81,60	5	98,00	73,00	10,50	72,00	2	73,00	71,00
45-53 anos	45,50	81,60	10	94,00	75,00	42,10	76,75	8	88,00	60,00
54-62 anos	18,20	88,00	4	95,00	80,00	26,30	80,00	5	96,00	70,00
Total	100,00	83,38	22	98,00	73,00	100,00	77,12	19	96,00	60,00

H3-Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Na (Tabela 20), através da aplicação do teste paramétrico Anova de um fator, observa-se que não existe diferença entre a atitude do enfermeiro, de acordo com o estado civil, nas diferentes áreas de atuação. Nos CSP, $p=0,658$ e nos CSD, $p=0,177$, como $p>0,05$ nos dois contextos, pode inferir que não existe evidência estatística significativa, rejeitando a hipótese levantada.

Tabela 20-Relação entre a atitude do enfermeiro e o estado civil nas duas áreas de atuação CSP/CSD

		Cuidados de Saúde Primários			Cuidados de Saúde Diferenciados		
Estado civil		n	(\bar{x})	ANOVA	n	(\bar{x})	ANOVA
Score total	Solteiro(a)	3	83,33	F = 0,429 P = 0,658	2	75,00	F = 1,933 P = 0,177
	União de facto/Casado(a)	17	83,29		15	76,66	
	Viúvo(a)	2	78,50		0	0	
	Separado(a)/Divorciado(a)	0	0		2	85,50	
	Total	22	82,86		19	77,73	

H4-Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações literárias nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Através do teste Anova de um fator, analisou as diferenças entre as habilitações nos grupos estudados. Verifica-se na (Tabela 21), que não existe relação entre a atitude do enfermeiro, de acordo com as habilitações literárias, nas diferentes áreas de atuação. Nos CSP, $p=0,476$ e nos CSD $p=0,088$, dado que $p>0,05$ nos dois contextos, pode concluir que não existe evidência estatística significativa, rejeitando a hipótese levantada.

Nestes dois contextos, observa-se que as atitudes de maior envolvimento da família pertencem aos enfermeiros com menos habilitações (bacharelato), com médias de respostas de 85 pontos nos CSP e 96 pontos nos CSD.

Tabela 21-Diferença entre a atitude do enfermeiro as habilitações literárias nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Score total	Habilitações literárias	Cuidados de Saúde Primários			Cuidados de Saúde Diferenciados		
		n	(\bar{x})	ANOVA	n	(\bar{x})	ANOVA
	Bacharelato	7	85,00	F = 0,773 P = 0,476	1	96,00	F = 2,841 P = 0,088
	Licenciatura	13	82,38		13	76,46	
	Doutoramento	2	78,50		0	0	
	Mestrado	0	0		5	77,40	
	Total	22	82,86		19	77,73	

H5-Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Através do Teste t- Student para amostras independentes, verificou da análise da (Tabela 22), relativamente aos dois grupos, que o título profissional não apresenta diferença com significância estatística, dado que nos CSP $p=0,227$, e nos CSD $p=0,736$, ou seja $p>0,05$ pelo que rejeita a hipótese formulada.

Tabela 22-Diferença entre a atitude do enfermeiro e o título profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Score total	Título Profissional	Cuidados de Saúde Primários			Cuidados de Saúde Diferenciados		
		n	(\bar{x})	Teste t	n	(\bar{x})	Teste t
	Enfermeiro	20	82,30	T = -1,246 P = 0,227	9	77,00	T = -0,342 P = 0,736
	Enfermeiro Especialista	2	88,50		10	78,40	
	Total	22	85,40		19	77,70	

De forma a clarificar se existem diferenças entre os dois grupos, identificou, através da (Tabela 23), no grupo de CSP, que apesar de não ser reconhecido o título de enfermeiro especialista a 6 enfermeiros, ainda assim, continua a apresentar valores mais elevados de atitudes positivas face à envolvimento das famílias no processo de cuidados, nos dois títulos profissionais, com diferenças significativas. O enfermeiro especialista nos dois contextos de trabalho, comparativamente com o enfermeiro, apresenta valores na família como fardo mais baixos, ou seja, tem atitudes mais positivas.

Tabela 23-Comparação entre a atitude do enfermeiro e o título profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD

		Cuidados de Saúde Primários				Cuidados de Saúde Diferenciados			
		\bar{x}	n	XMáx	XMín	\bar{x}	n	XMáx	XMín
Enfermeiro	Família como parceiro	40	20	47	33	37	9	44	26
	Família como recurso	34,25	20	40	31	30,56	9	37	24
	Família como fardo	8,30	20	11	5	9,78	9	15	5
	Escala Total	82,30	20	98	73	77,00	9	96	60
Enfermeiro	Família como parceiro	46	2	47	44	38	10	45	33
	Família como recurso	35,50	2	39	32	32,20	10	40	28
Especialista	Família como fardo	7,50	2	9	6	8,60	10	12	4
	Escala Total	88,50	2	92	85	78,40	10	94	70

H6-Há diferença entre a atitude do enfermeiro e a área de especialização em Enfermagem nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Observa-se na (Tabela 24), através do teste ANOVA de um fator, que relativamente à área de especialização e a atitude do enfermeiro nas diferentes áreas de atuação, não existem diferenças estatisticamente significativas, dado que nos CSP $p = 0,722$, nos CSD $p = 0,701$, ou seja, $p > 0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada.

Os enfermeiros especialistas de CSP, como já foi analisado na Tabela 22, apresentam valores mais elevados de média de escala, ou seja, sugere que têm atitudes de maior envolvimento da família. Como as especialidades são muito heterogéneas nos dois contextos, não permite aferir dados de interesse relevante, não fazendo sentido identificar quais as atitudes perante a família, destes profissionais.

Tabela 24-Diferença entre a atitude do enfermeiro e a área de especialização em Enfermagem nas duas áreas de atuação CSP/CSD

		Cuidados de Saúde Primários			Cuidados de Saúde Diferenciados		
Área de Especialização		n	(\bar{x})	ANOVA	n	(\bar{x})	ANOVA
Score total	Saúde materna e obstétrica	1	94,00	F = 5,257 P = 0,059	2	73,00	F = 3,625 P = 0,084
	Saúde Comunitária	6	81,16		0	0	
	Saúde infantil e pediátrica	1	92,00		5	79,40	
	Reabilitação	0	0		1	94,00	
	Pessoa em situação crítica/médico Cirúrgica	0	0		2	73,50	
	Total	8	84,12		10	78,40	

H7-Há relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e os anos de exercício profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Através da (Tabela 25), após aplicação do Teste de Correlação de Pearson, pode verificar analisando os dois contextos, que não há associação entre os anos de exercício profissional e a atitude dos enfermeiros para com as famílias, dado que $p > 0,05$, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada.

Tabela 25-Relação entre a atitude do enfermeiro e os anos de exercício profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Correlação de <i>Pearson</i>		Anos Exercício Profissional CSP	Anos Exercício Profissional CSD
Score total	r	0,084	0,120
	p	0,711	0,624
	n	22	19

No entanto, com base na tabela estatística (Tabela 26), comparando as médias da escala total nos dois contextos, os inquiridos com mais anos de exercício profissional, apresentam médias superiores de resposta em ambos os contextos, mas mais expressivas nos CSP com valores de resposta de 92 pontos, face aos 83 pontos nos CSD.

Tabela 26-Comparação entre a atitude do enfermeiro com os anos de exercício profissional nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Faixa Anos de Exercício Profissional		Cuidados Saúde Primários				Cuidados Saúde Diferenciados			
		\bar{x}	n	XMáx	XMín	\bar{x}	n	XMáx	XMín
4-13 anos	Escala Total	82,33	3	87,00	79,00	79,75	4	94,00	74,00
14-23 anos	Escala Total	84,00	6	98,00	74,00	72,00	2	73,00	71,00
24-33 anos	Escala Total	81,67	12	95,00	73,00	77,09	11	88,00	60,00
34-43 anos	Escala Total	92,00	1	92,00	92,00	83,00	2	96,00	70,00
	Total	85,00	22	98,00	73,00	77,96	19	96,00	60,00

H8- Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação no âmbito da enfermagem de família nas duas áreas de atuação CSP/CSD?

Na (Tabela 27) apresentam-se os resultados do cruzamento de dados entre a variável formação em enfermagem de família e a escala total para $(p=0,05)$. Através do Teste t-Student, percebe-se que não existe diferença estatisticamente significativa, entre a variável formação em enfermagem de família e a totalidade da escala nos dois contextos de trabalho, dado que $p>0,05$. Conclui-se assim, que o facto dos enfermeiros possuírem ou não experiência formativa na área de enfermagem de família, não está associado diretamente às suas atitudes para com a família, na totalidade da escala, rejeitando-se a hipótese levantada. Observa-se que não existe diferença nas médias da escala total, nos inquiridos que responderam sim na formação em enfermagem de família, nos dois contextos de trabalho. No entanto, nos inquiridos que responderam que não têm formação em Enfermagem de família, constatam-se valores de escala total superiores no grupo pertencente aos CSP (83,71 pontos), ou seja, estes revelam atitudes de maior envolvência da família no processo de cuidados relativamente ao grupo de CSD, que apresenta uma média de resposta de 75 pontos.

Tabela 27-Diferença entre a atitude do enfermeiro com formação no âmbito da enfermagem de família, nas duas áreas de atuação CSP/CSD

Formação Em Enfermagem de Família	Cuidados de Saúde Primários			Cuidados de Saúde Diferenciados		
	n	(\bar{x})	Teste t	n	(\bar{x})	Teste t
Sim	15	82,46	T = -0,393 P = 0,699	7	82,42	T = -1,932 P = 0,070
Não	7	83,71		12	75,00	
Total	22	83,08		19	78,71	

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Terminada a conclusão da análise dos dados, é necessário interpretar a informação obtida efetuando a discussão dos resultados adquiridos, através do estabelecimento de associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, onde se incluem estudos semelhantes no âmbito da importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Neste capítulo, primeiramente serão explanados os resultados gerais obtidos, relativos aos dados sociodemográficos e caracterização profissional da amostra inquirida. De seguida, tendo por base a temática trabalhada, serão contestados os resultados encontrados, tendo em conta os objetivos previamente definidos, as questões de investigação, as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros inquiridos, bem como as hipóteses levantadas, comparando-os com outros estudos.

A discussão dos resultados vai estar organizada de acordo com cada um dos objetivos, determinados inicialmente.

Relativamente à Amostra esta é constituída por 22 enfermeiros pertencentes aos CSP e 19 enfermeiros pertencentes aos CSD. Procedendo à caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros que pertencem ao grupo dos CSP: estes têm uma média de 46 anos; quanto ao seu estado civil, 77,3% (17) encontram-se em união de facto/casado(a), 13,6% (3) são solteiros e ainda existem 9,1% (2) viúvos; quanto às habilitações literárias 59,1% (13) possui licenciatura, 31,8% (7) bacharelato e 9,1% (2) detém doutoramento; relativamente ao título profissional 90,9% (20) são enfermeiros e 9,1% (2) têm o título de enfermeiro especialista; no que concerne à área de especialização verifica-se, que 8 enfermeiros possuem uma especialidade, sendo que, 75% (6) tem a especialidade de Saúde Comunitária e 12,5% (1) têm especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, bem como 12,5% (1) Saúde Infantil e Pediátrica, ou seja, como já foi referido anteriormente, 6 enfermeiros apesar de terem uma especialidade, não têm o título de especialista reconhecido; relativamente aos anos de exercício profissional estes enfermeiros apresentam valores máximos de 34 anos e mínimos de 8 anos, sendo a média de 24 anos de exercício profissional; no âmbito específico da formação sobre enfermagem de família, 68,2% (15) afirmam ter formação nesta área, 31,8% (7) disseram que não possuíam este tipo de formação.

Procedendo à caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros que pertencem ao grupo dos CSD: estes têm uma média de 47 anos, quanto ao seu estado civil, 78,9% (15) encontram-se em união de facto/casado(a), 10,5% (2) são solteiros; quanto às habilitações literárias 68,4% (13) possui licenciatura, 5,3% (1) bacharelato e 26,3% (5) possui mestrado; relativamente ao título profissional 47,4% (9) são enfermeiros e 52,6% (10) têm o título de enfermeiro especialista; no que concerne à área de especialização verifica-se 10 enfermeiros possuem uma especialidade, sendo que 50% (5) tem a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica e 20,0% (2) têm especialidade de Saúde Materna e Obstétrica igual valor de 20% (2) Médico-cirúrgica e 10% (1) tem a especialidade de Reabilitação; relativamente aos anos de exercício profissional estes enfermeiros apresentam valores máximos de 41 anos e mínimos de 4 anos, sendo a média de 23 anos de exercício profissional; no âmbito específico da formação sobre enfermagem de família 36,8% (7) afirmam ter formação nesta área, e 63,2 % (12) disseram que não.

Objetivo geral: Caracterizar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem

Através da utilização da Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa, foram identificadas as atitudes dos enfermeiros através da avaliação das dimensões que a constituem. Assim, através das dimensões: “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” (atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta, e no reconhecimento das suas competências para superar a situação), “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” (atitude positiva face à família, reconhecendo o valor da sua presença nos cuidados de enfermagem) e “Família como um fardo” (atitude negativa perante a família, considerando a sua participação como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem), foi possível caracterizar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

A escala IFCE-AE no presente estudo de investigação apresenta um valor de $\alpha = 0,86$, pelo que se considera um instrumento fidedigno e válido. Na avaliação da fidelidade da escala o α variou entre 0,85 e 0,60 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a constituem.

A literatura aponta que quanto maior o score obtido nas dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e menor na dimensão “Família como um fardo”, mais atitudes de suporte são reveladas, e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Ângelo et al., 2014; Silva et al., 2013). Os valores obtidos neste estudo estão em consonância com estes autores.

Tendo em consideração o contexto de trabalho (CSP/CSD), os valores máximos de resposta para cada dimensão nos CSP: “Família como parceiro dialogante e recurso ao coping” (valor máximo de 47, com uma média de 40 pontos), “Família como recurso nos cuidados” (valor máximo de 40, com uma média de 34 pontos) excedendo ambas as dimensões o ponto médio da subescala (30 e 25 respetivamente) e “Família como fardo” (valor máximo de 11, média de 8 pontos), ficando abaixo do ponto médio que se situa em 10, a média do score total da escala IFCE-AE para os CSP foi de 82 pontos, para um score máximo de 98 pontos, o que evidencia atitudes positivas para com a envolvimento da família na prestação de cuidados.

Nos CSD: “Família como parceiro dialogante e recurso ao coping” (valor máximo de 45, com uma média de 37 pontos), “Família como recurso nos cuidados” (valor máximo de 40, com uma média de 31 pontos), ou seja, igual valor entre os dois grupos, excedendo ambas as dimensões o ponto médio da subescala. Na dimensão “Família como fardo” (valor máximo de 15, com uma média de 9 pontos), a média do score total da escala IFCE-AE foi de 77 pontos, para um score máximo de 96 pontos o que leva a inferir que neste estudo, os enfermeiros deste grupo apresentam também uma atitude favorável à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem.

Conclui-se assim, tal como (Fernandes et al., 2015) no seu estudo que, independentemente do contexto de cuidados, os enfermeiros no geral atribuem níveis elevados à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, apesar de terem constatado na dimensão, família como um fardo, valores que ultrapassavam o ponto médio, relativamente aos CSD.

Os resultados são semelhantes a outros estudos de âmbito nacional (Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013) e internacional (Benzein et al., 2008; Ângelo et al., 2014), indo ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e da assunção pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados (OE, 2001; Wright & Leahey, 2009).

Objetivo específico: Analisar a atitude do enfermeiro na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

Na análise da escala total, os enfermeiros do estudo atual (n=41) demonstraram valorizar atitudes favoráveis face à importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Relativamente à dimensão da escala “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” os enfermeiros responderam “concordo completamente” a algumas atitudes das quais se destacam: “Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente” 60,9% (n=25); “Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que possam lidar melhor com as situações” 51,2%

(n=21);”Vejo-me como um recurso para que eles possam lidar o melhor possível com a sua situação 51,2%(n=21). Na dimensão “Família como Recurso nos cuidados de enfermagem”: “É importante saber quem são os membros da família do utente” 82,9%(n=34); “Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho”63,4% (n=26);” Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente” 51,2%(n=21);” O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil”43,9% (n=18) e “É importante dedicar tempo às famílias” 43,9%(n=18).

Quando os enfermeiros convidam os familiares a participar nos cuidados fomentam uma relação com a família, de modo a conhecer os seus membros, e consequentemente promover a saúde, prevenir as doenças e controlar situações mais complexas.

No estudo atual, tendo por base Fernandes *et al.* (2015) há respaldo na literatura para defender que 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, conseguindo inovar, prestando cuidados criativos, profissionais e cativantes aos utentes, no sentido de envolver diretamente as famílias, mesmo em contextos de cuidados mais complexos. São parceiros na gestão da promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia.

No que diz respeito à dimensão “**Família como fardo**”, a atitude menos favorável para com a família foi “Não tenho tempo para cuidar das famílias”. As restantes atitudes pertencentes a esta dimensão “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho”; “A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar” e “A presença de membros da família deixa-me em stress” evidenciam não ser uma barreira para os enfermeiros inquiridos (responderam “discordo” com respostas acima de 40%).

Considerar a família como um fardo significa não ter tempo para cuidar das famílias e considerar a sua presença uma fonte de stress e de dificuldades para a concretização do trabalho de enfermagem (Benzein et al., 2008).

Os resultados apresentados vão ao encontro de Tavares (2017), que expôs resultados de atitudes mais positivas face à família, quando observou resultados mais elevados na dimensão Família como recurso nos cuidados de enfermagem e menores na dimensão Família como um fardo. Significa que os enfermeiros consideram a família com um recurso e apoio, e não como um fardo.

Assim, no estudo atual, pela aplicação da Escala IFCE-AE, e com os achados obtidos nas diferentes subescalas e escala total, pode-se inferir que o panorama revela que estes

enfermeiros têm na sua maioria uma atitude positiva face à família, esta é tida como um fator de apoio, colaboração, ajuda e implementação na prestação de cuidados de saúde que os utentes necessitam. É valorizada a envolvimento dos elementos da família nos cuidados de enfermagem e reconhecida a importância do estabelecimento do diálogo com a mesma, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados que prestam tanto em contexto de CSP como em contexto de CSD.

Objetivo específico: Identificar os fatores sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e suas relações no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

No âmbito da análise dos fatores que pudessem influenciar a atitude dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias, estes não foram comprovados, nomeadamente: idade, estado civil, habilitações literárias, título profissional, área de especialização, formação na área de saúde da família, anos de exercício profissional. Os resultados obtidos das associações das variáveis sociodemográficas e a escala IFCE-AE, comparativamente à área de atuação (CSP/CSD) indicam, que não se observaram associações estatísticas significativas das dimensões da escala com as variáveis, tais resultados, induzem a pensar que existe uniformidade nas atitudes dos enfermeiros nos dois contextos.

Idade

No que concerne à idade, os inquiridos do grupo CSP, apresentam uma média de 46 anos, situando-se entre os 31 e os 58 anos, sendo a faixa mais representativa a situada entre os 45-53 anos (24,4%). No grupo dos CSD a média de idade é 47 anos, apresentando valores entre 27 e 61 anos, sendo também o grupo mais representativo entre os 45-53 anos (19,5%). Estes resultados contrariam os dados disponibilizados pela OE (2021), que refere valores menos elevados na idade, em que os grupos etários com maior representatividade são os dos 36-40 anos (14 803 enfermeiros) e dos 31-35 anos (11 679 enfermeiros), no total de 80 239 enfermeiros portugueses ativos.

Os resultados obtidos da análise da associação entre o grupo etário e a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar mostram que os enfermeiros entre os 54-62 anos apresentam atitude mais favorável nas dimensões positivas “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família recurso nos cuidados de enfermagem”, em contrapartida, os enfermeiros mais novos (27-35 anos) apresentam valores médios mais altos em considerar a “Família como fardo”, o que representa uma atitude mais desfavorável.

A literatura corrobora o estudo atual, nomeadamente, os estudos de Benzein et al. (2008) a 634 enfermeiros de CSP e de CSD e Silva et al. (2013) a 871 enfermeiros de CSP na ARS

do Centro, bem como estudo recente a 71 enfermeiros realizado no Brasil em 2020 (Sampaio et al.,2021), quando afirmam que são os enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte na integração de família nos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, também Frade et al. (2021) nos resultados obtidos verificaram que a idade parece estar associada à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, assim, quanto maior a idade, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Já Fernandes et al. (2015) em CSD, apresentaram resultados semelhantes ao estudo atual, não identificando diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a escala IFCE-AE.

Estado civil

Conclui-se no estudo atual, que o estado civil mais representativo nos dois contextos de trabalho, com valores superiores a 77%, é o estado civil união de facto/casado, valores semelhantes são apresentados no estudo de Tavares (2017). Este estudo, apresenta valores mais elevados de respostas, ou seja, o que evidencia atitudes de maior envolvimento da família, particularmente nos CSP.

No entanto, correlacionando as variáveis: estado civil, contexto de trabalho e escala não se observam resultados estatisticamente significativos, o que é testemunhado por Fernandes et al. (2015).

Habilitações académicas

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros independentemente do contexto (CSP/CSD), onde trabalham são maioritariamente licenciados, apresentando ainda uma percentagem significativa (31,8%) de enfermeiros com bacharelato nos CSP.

No presente estudo, a habilitação bacharelato apresenta as médias mais elevadas na escala total, dos dois contextos. Estes resultados contrariam os obtidos por outros autores que afirmam, que quanto mais diferenciado o nível de ensino, mais favoráveis são as atitudes verificadas (Silva et al. ,2013).

Relativamente à dimensão “Família como um fardo”, o valor da média mais alto foi também observado nos enfermeiros com bacharelato, ou seja, atitudes menos positivas, mas somente nos CSD. Este estudo vai ao encontro dos resultados encontrados por Pires (2016) que encontrou significado estatístico na dimensão família como fardo, que significa que para valores mais altos de titularidade profissional, correspondem atitudes mais positivas no envolvimento da família nos cuidados de Enfermagem. Já Freitas (2009), no seu estudo a 372 enfermeiros dos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, indica que os

enfermeiros licenciados são o grupo que maior importância dá ao trabalho com as famílias, tendo verificado diferenças estatisticamente significativas.

Tal como Frade et al. (2021), nesta análise, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que revelem associações das habilitações académicas nos diferentes contextos laborais sobre a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

Na amostra estudada, não conseguiu comparar as atitudes dos enfermeiros e as habilitações, pois estas são muito diferentes nos dois contextos, tal como Fernandes et al. (2015) concluiu no seu estudo.

Título profissional

Em relação ao título profissional, nos CSP 20 enfermeiros detêm o título profissional de enfermeiro, mas apesar de 6 enfermeiros possuírem uma especialidade, somente 2 enfermeiros veem o seu título reconhecido como especialista. Nos CSD temos uma relação inversa, em que maioritariamente são especialistas.

Segundo o anuário estatístico da OE (2021), revelam que cerca de 72% são enfermeiros de cuidados gerais, com apenas 27% a serem detentores de enfermeiro especialista. o que é corroborado pela OE (2021) quando apresenta um total nacional de 55 273 enfermeiros e um total de 18 682 enfermeiros especialistas a nível nacional.

Nos achados, no presente estudo, constatou-se que não existem diferenças significativas nas médias de resposta nas diferentes dimensões de acordo com o título profissional tal como defendido nos estudos de Fernandes et al. (2015) e Tavares (2017).

Sendo que, os enfermeiros especialistas, na primeira e segunda dimensão apresentam valores superiores, e valores inferiores na terceira dimensão. O que corrobora, os resultados obtidos por Sousa (2011), Rodrigues (2013) e Silva et al. (2013) que mostram que são os enfermeiros especialistas os que apresentam atitudes de maior suporte relativamente à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem, defendendo o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no seu regulamento das competências do enfermeiro especialista que salienta a importância da aquisição de conhecimentos específicos e aprofundados num domínio particular da enfermagem.

Área de especialização

A especialização em enfermagem é o título profissional de 43,9% (n=18) dos participantes, sendo 14,6% (n=6) referentes à Enfermagem de Saúde Comunitária e igual valor na Saúde Infantil e Saúde Materna 7,3% (n=3), 2,4% (n=1) relativo à especialidade de Reabilitação e

4,8% (n=2) à especialidade Médico-Cirúrgica. Contrariando a distribuição que a OE (2021) menciona no seu anuário estatístico, em que a realidade nacional face à especialização apresenta um maior número de enfermeiros com a especialidade de Reabilitação, seguido da especialidade Médico-Cirúrgica e em terceiro apresenta-se a especialidade de Saúde Comunitária.

Neste seguimento, para a variável formação especializada observou não existirem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativa. Conclui assim, que não existe relação entre a especialização e as atitudes dos enfermeiros face à família, em cada uma das dimensões da escala.

Segundo Lopes, Gomes & Lobo (2018), no estudo denominado: Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde, reforça o impacto positivo que a especialização dos cuidados de enfermagem poderá ter na valorização dos profissionais, conferindo-lhes a possibilidade de construírem uma carreira profissional, e incentivando à renovação contínua da sua formação, identificando ganhos em saúde para os utentes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ainda para os próprios profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção).

Anos exercício profissional

No que concerne aos anos de exercício profissional, os enfermeiros com tempo de exercício profissional superior a 30 anos apresentaram os valores médios mais altos nas dimensões favoráveis ao envolvimento da família: “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e valores mais baixos ao considerar a “família como um fardo”. O presente estudo pode ser explicado à luz da teoria de Benner: a progressão para a proficiência está baseada na educação de boa qualidade e na grande variedade de experiências clínicas adquiridas, defendendo que proficiência sem experiência é impossível. A experiência resulta da prática acumulada ao longo do exercício profissional, ou seja, os enfermeiros com mais anos de exercício profissional na sua maioria demonstram atitudes de mais envolvimento com a família na sua prática diária. O que foi também testemunhado no estudo de Benzein et al. (2008), os enfermeiros com mais anos de experiência são capazes de considerar mais que o doente que cuidam, incluem os membros da família como unidade de cuidados. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional possuírem menos experiência, concentrando simultaneamente os seus objetivos na execução de técnicas e tarefas específicas aos utentes, não prestando cuidados holísticos e não possuírem capacidade de comunicação e atuação perante a família (Benner, 2005; Silva et al., 2013).

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 estudo atual, não existe evidência estatística significativa entre aos anos de exercício profissional, nos diferentes contextos e a atitude do enfermeiro nas dimensões e escala IFCE-AE, apresentando somente uma correlação negativa na família como um fardo, mas sem expressão estatística, apontando que todas as correlações são insignificantes, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica alteração significativa das atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais e score total da escala IFCE-AE, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Rodrigues (2013).

No entanto, Silva et al. (2013) encontrou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala e os anos de experiência profissional.

Formação em enfermagem de família

Dos 41 profissionais que participaram neste estudo, o grupo que respondeu que sim, apresentou valores de média superiores nas duas primeiras dimensões, e a terceira família como um fardo, valores mais baixos, ou seja, atitudes de mais envolvimento da família nos cuidados. Alguns estudos têm evidenciado que os enfermeiros com formação em enfermagem de saúde familiar vêem a família mais como um parceiro, do que aqueles que não possuem formação neste âmbito (Oliveira et al., 2009).

Apesar de mais de metade dos enfermeiros possuírem esta experiência formativa na área da enfermagem de família, verificou-se que não existem diferenças significativas, relativas à atitude dos enfermeiros com e sem formação em enfermagem de família tanto nas dimensões da escala, como na globalidade da mesma. Resultados semelhantes foram testemunhados por Fernandes et al. (2015) e Tavares (2017), não obtendo também diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões da escala IFCE-AE.

Contudo, Silva et al. (2013), Ângelo et al. (2014) contrariam o estudo atual, pois constataram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ” e “Família: fardo”, em que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam valores mais representativos face à primeira dimensão, revelando assim atitudes de maior suporte para com a família.

Os resultados do atual estudo vieram evidenciar que a formação em enfermagem de família não é uma variável que se encontra associada à atitude dos enfermeiros face à família, tal como Alves (2011) em meio hospitalar não encontrou influência da formação em enfermagem

de família e a atitude do enfermeiro face à família, contrariando os resultados dos autores referidos anteriormente.

Objetivo específico: Comparar as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados.

Comparando os dois grupos no estudo atual (CSP/CSD), verifica-se que os enfermeiros de CSP a nível das duas primeiras dimensões apresentam valores de médias superiores e significativos ; exibem atitudes positivas com valores de médias mais altos, e valor de média mais baixo na última dimensão, família como fardo, sugerindo que mantêm atitudes mais positivas face à família, no entanto, nesta última dimensão, não se apresenta como estatisticamente significativa. Da análise da associação do contexto de trabalho onde os enfermeiros exercem funções e as dimensões da escala IFCE-AE foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, corroborando os estudos de Sousa (2011), que refere que os enfermeiros que têm maior contacto com a saúde familiar, nomeadamente os CSP, evidenciam atitudes mais favoráveis à inclusão da família nos cuidados.

Os resultados, aqui observados poderão ser explicados por se referirem a diferentes contextos com necessidades específicas. Para além destas fundamentações, a reforma de 2005 dos CSP requereu novas adaptações dos profissionais, e naturalmente uma preparação antecipada, como a formação em enfermagem de família, que poderá não ter ocorrido no contexto hospitalar.

Contrariando o estudo atual, Martins et al. (2010), no estudo Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família-estudo comparativo nos CSP e no Hospital, referem não existir diferenças das atitudes nos dois contextos de trabalho.

CONCLUSÃO

Um dos grandes dilemas com que a enfermagem de família se depara atualmente, é a mudança de paradigma, em que a família deixa de ser contexto, e passa a ser o foco dos cuidados, mas para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro na sua formação detenha conhecimentos de modelos de avaliação familiar (Santos,2019). Porém, no nosso país, tal como em muitos outros, tal não se verifica. Os enfermeiros que cuidam das famílias na sua maioria não tiveram 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 seu curso. 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). Com evidência, podemos concluir que nas transições do ciclo vital, as famílias, carecem da abordagem holística dos enfermeiros de família. A enfermagem de família detém essas competências para cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo uma posição de centralidade, sendo a formação essencial para dotar os enfermeiros de conhecimento, ferramentas e eficiência nessa otimização dos cuidados.

Ao longo dos semestres de ensino teórico, conjuntamente com a prática clínica foi possível compreender que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar, deve ser salvaguardado e defendido pela enfermagem de saúde familiar. A família deve ser conhecida como a unidade de cuidados, em permanente movimento de adequação, ao longo do seu ciclo vital. Justificando a utilização do modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar no processo de cuidados da família alvo de intervenção.

A realização dos estágios desenvolvidos na USF Cruz de Celas facultou as condições para a concretização dos objetivos gerais e específicos do ensino clínico, bem como, as diferentes fases do trabalho de investigação, sublinhando aqui, a relação de interajuda, apoio, partilha, estabelecida com a enfermeira orientadora.

A elaboração do relatório final, proporcionou através deste caminho formativo, com a respetiva descrição das atividades realizadas, o desenvolvimento pessoal e profissional que se traduziu na mobilização de um conjunto de conhecimentos, nos vários domínios das competências específicas do regulamento do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Saúde Familiar, critério importante para a qualidade da prática clínica em enfermagem familiar e melhores indicadores de saúde nos indivíduos e nas famílias.

A evidência do desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica foi possível através do estudo analítico, descritivo, correlacional e transversal aqui exposto, " Valor da família na participação nos cuidados de enfermagem-análise comparativa", visou a identificação das Atitudes dos Enfermeiros na importância de envolver a Família nos Cuidados de Enfermagem e a determinação de relações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais de acordo com o contexto de trabalho, segundo a PBE. Verifica-se pela discussão dos resultados, que o presente estudo, quando comparado com a revisão da literatura, evidencia atitudes positivas na integração e inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem, sendo cada vez mais urgente a sua implementação, no respeito pelas necessidades individuais dos elementos que a compõem, na promoção de interação, colaboração e interajuda, para a construção de um relacionamento de cooperação e parceria entre a família e os enfermeiros de família.

Partindo das questões de investigação: Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros, as variáveis sociodemográficas e profissionais no envolvimento e participação da família no processo de cuidados? Quais as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde diferenciados relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados ao utente? Foi possível através do trabalho desenvolvido, conhecer o valor da família, na participação nos cuidados de enfermagem, para os enfermeiros que colaboraram neste estudo e dar resposta ao objetivo geral: "Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem". Verificou-se, neste estudo que os enfermeiros possuem um grau de concordância elevado nos dois contextos, sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros inquiridos percebem em primeiro lugar a família como parceiro dialogante e como recurso de *coping* e depois como recurso nos cuidados de enfermagem. Estes resultados vão ao encontro das diretrizes do foco da prática de cuidados do enfermeiro tendo por fundamento uma interação entre enfermeiro e paciente, família, grupos e comunidade.

Do ponto de vista deontológico e ético, a família tem de ser incluída como parte integrante da humanização do cuidado de enfermagem (Shajani & Snell, 2019).

Com a finalização desta investigação, vivencia uma sensação de realização e de concretização dos objetivos propostos, contribuindo assim para obter ganhos em saúde, bem como o enaltecimento do papel dos enfermeiros no empoderamento das famílias.

Como sugestão, defende que as escolas superiores de enfermagem e saúde devem ser parceiras na consolidação do enfermeiro de família, devendo os seus planos de estudo incluir conteúdos teóricos que permitam a abordagem da família como unidade; o Ministério da

Saúde e a OE devem continuar a efetivar a cultura do enfermeiro de família em Portugal, junto dos restantes membros da equipa multidisciplinar e dos utentes, através de oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta; destaca-se a necessidade de investimentos na formação, como implementação do modelo de desenvolvimento profissional do enfermeiro de saúde familiar, na organização funcional e estrutural dos centros saúde, aumentando o rácio de enfermeiros por habitante; apostar na formação contínua e especializada na área da enfermagem familiar, aconselhada e disponibilizada a estes profissionais da saúde, de forma regular, constante, em contexto intra ou extra serviço, no sentido de se promover a qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem familiar, em prol da saúde e bem estar das famílias; será pertinente mais pesquisa na área da enfermagem de saúde familiar, no sentido de identificar e esclarecer as variáveis que influenciam as atitudes dos enfermeiros de família na promoção e intervenção diária; replicar o estudo atual, junto de um maior número de instituições e em diferentes áreas sociodemográficas do país, de forma a ter uma visão ampliada da importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, bem como das atitudes dos profissionais de saúde envolvidos nessa relação. Com o estudo realizado pretende que este tenha implicações na prática clínica, nomeadamente através do desenvolvimento de um trabalho promotor com resultados positivos nos cuidados prestados, procurando saber quais os conteúdos e metodologias a valorizar, para melhorar a assistência ao ser humano e à família na sua globalidade.

Aponta como limitações: o número reduzido de participantes da amostra do estudo que pode ter condicionado a generalização de resultados, bem como a articulação da gestão do tempo para a realização da investigação, o exercício das funções laborais e familiares, assim como a falta de experiência na utilização do aplicativo SPSS[®]. Apesar das dificuldades sentidas na elaboração deste relatório, este foi encarado como um processo vigoroso e dinâmico de crescimento a nível profissional e pessoal, sendo evidentes as aprendizagens e as experiências que irá certamente levar para a prática diária enquanto enfermeira especialista, desempenhando assim um papel ativo e dinâmico, no seio da equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos, com vista à prestação de cuidados altamente qualificados e de excelência. Considera que ultrapassou as dificuldades que se depararam enquanto enfermeira e futura Enfermeira Especialista de Saúde Familiar.

A reforma dos CSP confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de saúde familiar, devido à sua proximidade com as famílias detém uma posição e oportunidade privilegiada nos diversos contextos de prática clínica. Integrado numa

equipa multiprofissional, dando enfoque à família, maximiza o seu bem-estar enquanto cliente dinâmico e unidade base, constituinte da comunidade. Devendo conjuntamente com esta colocar em prática intervenções, criar rotinas de adaptação a uma determinada situação, conseguir atingir um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, acompanhar as pessoas nos processos de transição, facilitar processos de aprendizagem de novas habilidades, competências, em situação de saúde doença, em que os resultados obtidos, correspondam a ganhos em saúde. O enfermeiro de família, tem de perceber que a família representa para a pessoa doente uma poderosa fonte de suporte, é inerente ao processo de cuidar e encontra-se intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença. desenvolve um trabalho de parceria, no sentido de capacitar e empoderar as famílias para resolverem de forma eficaz as crises acidentais e processos de transição que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados devem ser dirigidos às necessidades da família. sendo de suma importância a preocupação e o comprometimento de que a família seja integrada nos cuidados de saúde garantindo a promoção da saúde familiar.

Defendendo os autores (Frade et al., 2021) que a pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem possibilita a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parceiras para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 327-330.
- Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M., & Relvas, A. (2007). *Novas formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Alfaro-Díaz, C., Esandi, N., Gutiérrez-Alemán, T., & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of tools assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2299–2312. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jan.14049>
- Almeida, M. (2005) Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1): 91-6.
- Alves, A. (2012) -Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família: estudo em contexto pediátrico. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Alves, M. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros Face à Família: stress e gestão do conflito* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from: <http://www.google.pt/url?url=http://sigarra.up.pt/icbas/pt/pubs>
- Ângelo, M., Cruz, C., Mekitarian, P., Santos, S., Martinho, M., Martins, S. (2014). Atitudes de Enfermeiros em Face da Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria. *Revista Esc Enferm USP*, 48 (75-81) 75-81. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf
- Apóstolo, J. (2017). SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbieri, MCF. (2011). Enfermería de Família en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 4 (2). pp. 45-48. Retrieved from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27045/enfermeria-de-familia-en-portugal-un-camino-en-desarrollo/>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Benner, P., (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, F., & Saveman, 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. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Bomar, J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3ª ed). Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Bousso S. & Angelo M. (2001). A enfermagem e o cuidado na saúde da família. *Manual de Enfermagem*, 6 (2), pp. 18-22. Retrieved from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/819/945>
- Câmara Municipal de Coimbra. perfil municipal 2021. <https://www.camara-municipal.pt/municipio-coimbra.html>
- Colière, MF. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em julho de 22, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiQLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Costa, A.; Souza, F.; Souza, D. (2015) -Investigação qualitativa. *Inovação, dilemas e desafios*. vol.1. Editora Universitária Tiradentes.
- Costa, M.; Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*. Vol. 2 abril/junho 2021.
- Cunha, A. (2007) – Modelos Rasch e Escalas Likert e Thurstone na medição de atitudes. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, para a obtenção de grau de mestre em probabilidades e estatística. Retirado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República* n.º 149/2014. Serie I. (2014). Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. *Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar*. Diário da República n.º 118/2017, Série I. Acedido a maio de 2022. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>

Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, nº 298 . (2007). *Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem, bem como a sua remuneração a elementos que integram as USF de modelo B*. Obtido em julho de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Despacho número 4131/2001 de 26 de fevereiro. Diário da República: II Série nº 48 (2001). Preconiza estratégia para reforço dos cuidados de enfermagem, sugere criação de especialidade em enfermagem de saúde familiar. Retrieved from: <https://files.dre.pt/2s/2001/02/048000000/0378003781.pdf>

Dias, M. (2000). A família numa Sociedade em Mudança. Problemas e Influências Recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, pp.81-102. Obtido em julho de 2022, de <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/8>

Direcção-Geral da Saúde DGS. (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa. Retrieved from: <https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>

Direcção-Geral da Saúde DGS (2012). -Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Clarifica a responsabilidade do Sistema de Saúde pela promoção da Cidadania em Saúde, pela Equidade e Acesso, pela Qualidade em Saúde, pelas Políticas Saudáveis, pela Obtenção de Ganhos em Saúde, pela Promoção de Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida, pelo Reforço do Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença, pelo Fortalecimento da Participação de Portugal na Saúde Global. Retrieved from: <https://pns.dgs.pt/historico/pns-2012-2016/>

Direcção-Geral da Saúde DGS (2021). -Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Três pressupostos: o valor social da saúde enquanto objetivo *major* na vida das pessoas; o papel central da Saúde, como “ponto de partida” e “ponto de chegada”, para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030; o planeamento estratégico em saúde de base populacional, enquanto instrumento metodológico com os seus diversos componentes e etapas. Retrieved from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

Elsen, I; Marcon, S.; Silva, M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem Entidade Reguladora da Saúde (ERS2021). Retrieved from <https://www.ers.pt/pt/>

Fernandes, J.; Vareta, D. (2019). *Enfermagem avançada*. 1ª Ed. Lisboa: Papa-Letras. Obtido em setembro 2022, de <https://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?2046994>

Fernandes, S., Gomes, A., Martins, M., Gomes, P., & Gonçalves, H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência vol. IV no.7 Coimbra* 21-30. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Limitada.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em maio de 2022, de <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortin, F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J., & Filion, J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidata.

Frade, M. G., Henriques, M. G., Graça, F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 7,1-8*. Retrieved from <https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Frankl, V. (2020). *O Homem em Busca de um Sentido*. 12ª Edição. Alfragide: Lua de Papel.

Freitas, A. (2009). *Enfermagem com famílias – perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde primários da Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamiliasAlexandraFreitas.pdf>

Freixo, V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3.ª ed. Lisboa: Instituto Piaget.

Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice* (4th ed). Stamford: Appleton& Lange.

Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E., (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. Upper Saddle River, USA: Prentice Hall/Pearson Education.

- Gliem, A. & Gliem, R. (2003). Calculating, Interpreting, And Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient For Likert-Type Scales. Retrieved from: <https://hdl.handle.net/1805/344>
- Gottlieb, N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- 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. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fqYXBcY9GkC7L7jnDLfcX6B/?lang=pt>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hanson, S.; Kaakinen, J. (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência.
- Hinkle, DE, Wiersma W, Jurs SG. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento*. 5ª edição. Boston. Houghton Mifflin.
- Infopédia(2022). População, amostra. Retrieved from [https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/\\$amostra-\(estatistica\)](https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$amostra-(estatistica))
- Instituto nacional de Estatística (INE) (2022). Plataforma de divulgação dos Censos 2021. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- International Council of Nursing ICN. (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *Position statement on generalist competencies for family nursing practice*. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kaakinen & Hanson, S.; (2010) -Theoretical Foundations for the nursing of families. In Kaakinen, Gedaly-Duff, Coelho, & Hanson, Family Health Care Nursing "Theory, Partice and Research". Philadelphia: Davis plus, (4ªed.), p.63-102.
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (7.ª Ed.). Lisboa: editora Lusociência.
- Lopes, M.; Gomes, S.; Lobo, B. (2018)-Cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lopes, C. Jorge, M.. (2005). Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista Escola Enferm USP*, n.39, p. 103-108.
- Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection:levelling the hierarchy. *Journal of clinical nursing*, Blackwell Publishing Ltd. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>
- Manual da articulação 2019. USF Cruz de Celas
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Marôco, J.; & Marques 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. Retrieved from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Martins, J. (2008) Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar Enfermagem*. 12 (2), p. 62- 66. 7 Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (julho-agosto de 2012). A Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem em Meio Hospitalar: um Programa Educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), pp. 685-690. Obtido em setembro de 2022, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32280/1/artigos%20afiliados-118.pdf>
- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., Carvalho, J. C. (2010). *Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital*. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010_Redes%20de%20conhecimento%20em%20enfermagem%20de%20familia20-33.pdf

- Maturana, R.H., Varela, J.F., (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston. Shambala
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Meleis, A. (2015). *Transitions Theory*. In Smith, M.; Parker, M., *Nursing Theories and Nursing. Practice* (4th Ed). Philadelphia, PA: FA Davis Co.
- Melo, P. (2020). *Dinâmicas Familiares -Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Minuchin S.& Fishman, H. (2003) *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morgado, T., Seabra, R., Ferreira, F, Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F., et al (2014). A tomada de decisão ético - deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética* (n.º 20), pp 113-128
- Mourissete, D.; Gingras, M. (1999) – *Como ensinar atitudes: planificar, intervir, valorizar*. 2.ª ed. Porto: Edições Asa.
- 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. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKgGNmNjfkSjr4wc4nc5q/?lang=pt>
- Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., Vilar, A.I., Figueiredo, M.H., Santos, M.R., & Martins, M.M. (2009). *Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da Escala IFCE-AE*. In Barberi, M. C.- Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família (pp.156). Disponível em: http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Conselho diretivo da ordem dos Enfermeiros Adota Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico em enfermagem de saúde familiar. Dezembro,2011.
- Ordem dos enfermeiros (2012)- Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011. Ordem dos Enfermeiros. Agosto 2012. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Enfermagem Comunitária: Um Projeto Partilhado com o Governo Escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE. Alteração e republicação em Decreto-lei nº 156/ 2015 de 16 de setembro*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho -Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República, 2.ª série — N.º 124 de 2015*. Diário da República: II série, nº 124. (s.d.). Obtido em julho de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *A cada família seu enfermeiro*.Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Decreto Lei nº428/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª Série, N.º135(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 setembro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- 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 (2021).*Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos enfermeiros, outubro 2021. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Estatística de Enfermeiros*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 - Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para Todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Ostergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brodsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., Nielson, D., Sorknaes, A. D., Voltelen, B., & Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1290–1301. <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>
- 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 (2010), p. 130-141.
- Pasquali, L. (2013) *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Pearson, A, Jordan, Z & Munn, Z. (2012). Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nursing Research and Practice*,
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo. doi:10.1155/2012/792519
- Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/14030>
- Plano Local de Saúde do ACES BM 2018- 2020
- Plano Municipal de Saúde de Coimbra, 2021-2025. Coimbra, julho 2021. Estratégia Municipal de Saúde <https://pt.wikipedia.org/wiki/Coimbra>
- Pocinho, M., (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa. Lidel
- Pordata (2022). Estatística sobre Portugal e a Europa. Censos de 2021. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Obtido em setembro 2022, de <https://www.pordata.pt/municipios2021>
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência.
- Ratti, A., Pereira, MTF. & Centa, MDL. (2005) *A Relevância da Cultura no Cuidado às Famílias. Família, Saúde e Desenvolvimento*. 7 (1). pp. 60-8. Retirado de <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8054>
- Rebello, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A.M., Antão, C., Rosendo, I., ... Laginha, T. (2011). *A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas*. Lisboa: Health & Pharma Publishing.
- Regulamento Interno (2018)-USF Cruz de Celas
- Regulamento n.º 743/2019. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. Acedido a 12 de junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho: da Teoria à Terapia com a Família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. (2004) - *O ciclo vital da família: Perspetiva Sistémica*. (3ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Remondes-Costa, S. (2015). O cancro no seio da família. Em A. C. Matos, C. Maia, C. P. Mota, E. Sá, G. Milheiro, H. Osswald, M. Rocha, *A Família Portuguesa no Século XXI* (pp. 231-243). Lisboa: Parsifal.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. (2005). Obtido em julho de 2022, de https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf
- Ribeiro, J., (2008). *Metodologia da investigação em psicologia da saúde* (2ª ed.). Porto. Legis Editora.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt>
- Salomé, E. (2011). *A família: atitudes do enfermeiro de reabilitação*. Tese de Mestrado. ESEP <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>
- Sampaio, A. et al (2021). As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Referência* 2021, Série v, n.º 8, Supl. e21030. Retrieved from https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=4032&id_revista=55&id_edicao=259
- Santos, S. (2021). *Relatório Final. Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7305/1/Relat%c3%b3rio%20final%20%281%29.pdf>

- Santos, E. (2019). *Da avaliação Familiar ao processo de enfermagem de família – Construção de um programa de desenvolvimento de competências* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (maio de 2022). *ACES Baixo Mondego*. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/Pages/default.aspx>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Silva, M.; Costa, M.; Silva M. (2013) A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 11 - Dez. 2013, pp.19-28. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33417/1/artigo%20afiliado-mm70.pdf>
- Sousa, E. (2011). *A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011
- Souza, V.; Alves, C.; Barra L.; Fernandes M. Salgado, O.; Viegas, F. (2017). Imagem do enfermeiro sob a ótica do académico de enfermagem. *Enfermagem em Foco*. Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem. Volume 8, nº 1, pp. 47-51.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.ª Ed.). Lisboa: Lusociência.
- Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003 Feb;80(1):99-103.
- Tavares, C. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar*. Relatório Final. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., pp. 111-126). Loures: Lusociência-edições técnicas e científicas, Lda.
- Vilelas, J. (2017) *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), editorial. doi:1590/0104-07072017002017editorial4
- Wikipédia (2022). *A enciclopédia livre*. Coimbra Retrieved from: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Coimbra>
- WONCA (2003). *Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedskift Lager. Bentzen N, editor.
- 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. Retrieved from https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- Wright, L., & Leahey, M., (2012). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Lisboa: Roca.
- Wright, M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

ANEXO 1-Parecer de comissão de ética

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade¹, Carolina Miguel Henriques² outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: ¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; ² Unidade Investigação em Ciências da Saúde: UICISA: E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

O presente pedido parte do Parecer 561/02-2019 cujo conteúdo se descreve:

"Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.

Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.

Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.

Estão descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:





Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena Bokello


ANEXO 2 -Pedido de aplicação de questionário-Diretor Executivo


Trabalho de investigação 📎 3

🕒 Reencaminhou esta mensagem a qua, 28/09/2022 19:16

 Carla Cristina Piedade Correia Reboredo
qua, 28/09/2022 18:25
Para: DE Pinhal Interior Norte

 Diretor executivo pedido de a...
14 KB

 Parecer da comissão de ética...
451 KB

 Projeto_CUIDARFAM 2022.do...
139 KB

3 anexos (605 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES PIN

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo, Enfermeira a exercer funções na USF Serra da Lousã/UCSP Góis, com o nº mecanográfico 2157, a frequentar o Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, 2º ano pretendendo realizar um estudo de investigação no âmbito do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de UCSP/USF, que está a ser desenvolvido na USF Cruz de Celas, subordinado ao tema "Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem", na USF Serra da Lousã e na UCSP Góis, tendo como investigador responsável e orientador, o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para aplicação do questionário aos enfermeiros das referidas unidades.

Em anexo, encontra-se o pedido para a aplicação de questionário, o parecer positivo de uma comissão de ética, e o projeto em questão.

Com os melhores cumprimentos,
Carla Reboredo
Enfermeira

ANEXO 3-Autorização de aplicação de questionário nas duas unidades

De: Victor Hugo Ferreira Bernardo <VHBernardo@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 29 de setembro de 2022 08:56

Para: Carla Cristina Piedade Correia Reboredo <CCReboredo@arscentro.min-saude.pt>

Cc: rhv Pinhal Interior Norte <rhv.pin@arscentro.min-saude.pt>; PCCS Pinhal Interior Norte <pccs.pin@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: RE: Trabalho de investigação

Bom dia.

Autorizado.

Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,
Victor Bernardo

Diretor Executivo

ACeS Pinhal Interior Norte

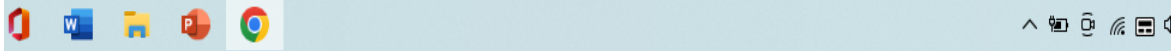
Avenida Coelho da Gama, n.º 32

3200-200 Lousã

Telm.: (+351) 914111132

Tel.: (+351) 239 077 011

Fax: (+351) 239 077 010



ANEXO 4-Pedido de aplicação de questionário na USF-Serra da Lousã



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SERRA DA LOUSÃ

DECLARAÇÃO DOS INVESTIGADORES

PARA AUTORIZAÇÃO DE ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NA USF SERRA DA LOUSÃ

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de “contrato” entre investigador/a e a USF Serra da Lousã, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro e o segundo “outorgante” guardam-no para provar que obtiveram consentimento perante eventuais auditorias.

Informação mínima que deve ser fornecida à USF, via mail para ser aprovada a realização do estudo:

1. Título do estudo:

“Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem”

2. Enquadramento:

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

3. Identificação da Investigadora:

3.1 - Investigadora principal/afiliação institucional:

Carla Reboredo/ USF Serra da Lousã (Aluna do 2º Ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária-Área de Saúde Familiar-Instituto Politécnico de Leiria)

4. Explicação do estudo:

4.1. Objetivos do estudo:

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.

4.2. Material e métodos:

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal.

-População: Enfermeiros da USF Serra da Lousã.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SERRA DA LOUSÃ

-Variáveis: idade, estado civil, nível de escolaridade, título profissional, número de anos de exercício, contexto de prestação de cuidados de Enfermagem, formação em Enfermagem de Família, (Escala IFCE-AE-Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros; Barbiéri, MC. *et al.*, 2009).

-Recolha de Dados: Aplicação de questionário

-Processamento de Dados: SPSS®.

-Estatística: descritiva e inferencial.

5. Condições e financiamento:

Para a realização deste estudo não serão necessários quaisquer recursos financeiros. A recolha e análise dos dados fica à responsabilidade da investigadora.

6. Confidencialidade e anonimato:

Os dados serão sujeitos a uma codificação – será atribuído um código a cada questionário, a fim de garantir o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. A chave de identificação estará apenas na posse da investigadora.

7. Consentimento informado:

Integrado no início do questionário.

8. O que se pede à USF Serra da Lousã:

Colaboração no estudo, permitindo aos enfermeiros o preenchimento do questionário, facultando a discussão dos resultados em reunião clínica.

9. Qual o retorno para a USF Serra da Lousã:

Produção científica e de investigação. Análise dos resultados e posterior melhoria na prestação de cuidados.

Assinatura:  (Carla Reboredo)

Data: Lousã, 18 de outubro de 2022

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A USF SERRA DA LOUSÃ E OUTRA PARA O/A INVESTIGADOR/A

ANEXO 5-Autorização de aplicação de questionário na USF-Serra da Lousã

Conselho Técnico

USF Serra da Lousã

ATA/RESUMO – reunião ordinária nº 7

- Data: 25/11/2022
- Hora: 15h00-15h15
- Local: gabinete 12
- Presentes: CN, RC e LR

1. Projeto de investigação

- a. “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem” que conta com a Enf. Carla Reboredo como investigadora principal, enfermeira na USF Serra da Lousã e aluna do 2º ano de mestrado em Enfermagem Comunitária. Este projeto tem como objetivo 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. A população do estudo é o grupo de Enfermeiros da USF Serra da Lousã, que participarão pelo preenchimento de questionário, facultando-se depois a discussão dos resultados em reunião clínica.
-

Pelo interesse na realização de investigação científica com vista à melhoria dos cuidados de saúde e pelo interesse na participação de elementos da USF Serra da Lousã em projetos de investigação, o CT dá um parecer favorável à realização do estudo.

RC, CN e LR, 25/11/2022

ANEXO 6-Questionário

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

“ IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo, a frequentar o 2º ano, do 5º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde-Politécnico de Leiria, a realizar um estudo com o título “ Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem”,vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por 2 partes distintas: a primeira parte é constituída por 8 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 associada 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.

Solicito que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradeço antecipadamente, toda atenção dispensada.

Ao responder a este questionário, está a confirmar o seguinte:

- .Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- .Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre 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, não receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;
- . Foi-lhe assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a sua privacidade e identidade;
- . Compreende que é livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

Informação sobre a Investigação

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

QUESTIONÁRIO

Ex^{mo}. Senhor(a) Enfermeiro(a).

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

Desta forma, a sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicarei a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer

momento. São garantidos o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar as investigadoras coordenadoras do projeto.

Obrigado pela sua colaboração.

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. **Qual a sua idade?** _____(anos)

2. **Qual o seu estado civil?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 - Solteiro(a)
 - União de facto/ Casado(a)
 - Separada/Divorciado(a)
 - Viúvo(a)

3. **Qual o seu nível de escolaridade?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro: _____

4. **Indique o seu título profissional.** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
 - Enfermeiro
 - Enfermeiro Especialista

5. **Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização.** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.
 - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 - Enfermagem de Saúde Comunitária

- Enfermagem de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica / Médico-Cirúrgica

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional?

Anos: _____

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

8. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
 - Contexto Académico Formação Contínua Outro: _____
- Não

Parte II – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) (Barbiéri, MC. *et al.*, 2009).

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com **X**

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

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

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

APÊNDICE 1-PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA, SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

5ª Turma de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo

Leiria, julho de 2022

5ª Turma de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

Carla Cristina da Piedade Correia Reboredo, nº 5210038

Unidade Curricular: Estágio II - Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF

Professora Responsável: Célia Jordão

Professor Supervisor: João Frade
Enfermeira Orientadora: Rita Figueira

Leiria, julho de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD - Atividade de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESP - Escala de Stress Percecionado

ICN – International Council of Nurses

FACES II - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY ...	6
1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	8
1.1.1. Estrutura Interna	8
1.1.2. Estrutura Externa	11
1.1.3. Contexto	13
1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	15
1.2.1. Etapas	16
1.2.2. Tarefas	17
1.2.3. Vínculos	18
1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL	19
1.3.1. Instrumental	19
1.3.2. Expressivo	21
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	28
CONCLUSÃO	36
BIBLIOGRAFIA	37

ANEXOS

ANEXO I - Notação Social da Família (Graffar Adaptado)

ANEXO II - Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar(FACES II)

ANEXO III - Questionário das Forças Familiares

ANEXO IV - Connor-Davidson-Escala de Resiliência (CD-RISC)

ANEXO V - Escala de Stress Percecionado (ESP)

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1-DIAGRAMA RAMIFICADO DO MCAIF	8
FIGURA 2-GENOGRAMA	10
FIGURA 3-ECOMAPA	12
FIGURA 4-ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADO.....	14
FIGURA 5-TIPO DE HABITAÇÃO	15
FIGURA 6-ETAPAS DO CICLO VITAL DE DUVALL	17
FIGURA 7-ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE	27

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1-ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	20
TABELA 2-APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN.....	23
TABELA 3-INTERPRETAÇÃO LINEAR DA FACES II.....	24
TABELA 4-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A HABITAÇÃO.....	29
TABELA 5-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A RENDIMENTOS.....	29
TABELA 6-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....	30
TABELA 7-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A PRECAUÇÃO E SEGURANÇA.....	30
TABELA 8-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A SATISFAÇÃO CONJUGAL.....	31
TABELA 9-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A CRENÇA RELIGIOSA.....	31
TABELA 10-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A PROCESSO FAMILIAR.....	32
TABELA 11-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A SUPORTE.....	33
TABELA 12-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A ANIMAL DOMÉSTICO.....	33
TABELA 13-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ.....	34
TABELA 14-PLANO DE CUIDADOS RELATIVO A EXCESSO DE PESO.....	35

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1-IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.....	9
--	---

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Estágio II – Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF – está inserida no 2º semestre do 1º ano do Plano Curricular do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, propõe a realização do processo de enfermagem a uma determinada família segundo o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

Este trabalho tem como objetivo geral: realizar o processo de enfermagem à família, aplicando o MCAIF. Relativamente aos objetivos específicos, são os seguintes: avaliar a família nas diferentes dimensões relativas ao Modelo de Calgary; elaborar o plano de intervenções sistémicas colaborativas à família.

Relativamente à metodologia utilizada, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o processo de enfermagem à família, o MCAIF, instrumentos de avaliação familiar, entre outras temáticas de forma a estruturar e fundamentar o meu trabalho. Antecipadamente preparei a entrevista semiestruturada com a pessoa/família alvo de cuidados, através de um guião (Apêndice 2). Posteriormente, com os dados que fui colhendo, organizei os mesmos segundo o MCAIF, identificando e formulando os diagnósticos de enfermagem e intervenções com a família, construindo o plano de cuidados.

Para a realização deste trabalho, optei por uma família em que pudesse intervir em processos de transição no ciclo de vida, neste caso em particular jovem casal à espera do primeiro filho, bem como trabalhar áreas problemáticas de saúde, particularmente aqui, o excesso de peso. Em relação à estrutura do presente trabalho, está dividido em dois capítulos, sendo o primeiro a avaliação da família de acordo com o Modelo de Calgary, que, por sua vez, está dividido em três subcapítulos relativos às diferentes dimensões: estrutural, envolvendo a estrutura interna, externa e contexto; desenvolvimento, incluindo a etapa do ciclo vital, tarefas e vínculos; e funcional, que inclui a instrumental e expressiva. O segundo capítulo corresponde ao plano de cuidados de enfermagem da respetiva família em estudo, elaborado através de nomenclatura específica da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através da aplicação informática SClínico. Por fim, termino com uma breve conclusão.

1. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

A Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal é uma realidade recente, encontrando-se em construção quanto ao percurso desenvolvido, mas também e fundamentalmente, quanto ao percurso que se pretende desenvolver. É após a Conferência Internacional de Enfermagem de Família que teve lugar em Calgary, Alberta, Canadá, em 1988, que os textos académicos começam a surgir noutros lugares do mundo (Santos, 2012). Desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, o Modelo de Calgary apresenta uma estrutura multidimensional, integrada.

Este modelo foi publicado pela primeira vez em 1984 por Wright & Leahey, sendo reconhecido mundialmente como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar, segundo o International Council of Nurses (ICN). Baseia-se na teoria geral dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação e na teoria da mudança (Schober & Affara, 2001).

Tendo em conta os atuais e principais problemas de saúde identificados da população do ficheiro de família, como: hipertensão sem complicações, alterações do metabolismo dos lípidos, obesidade e diabetes; e família em fase de transição, neste caso, casal a aguardar nascimento do primeiro filho (gravidez) e de forma a promover ganhos em saúde, propus abordar um utente/ família como alvo de cuidados, numa abordagem sistémica, colaborativa e assim a dar resposta a um dos objetivos definidos para este estágio. Esta família, passa a ser designada por família de T.

As boas práticas no âmbito da saúde familiar na avaliação e intervenção, desenvolvem-se em torno de modelos, teorias e instrumentos de avaliação essenciais que permitam a concessão de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. Após a avaliação o enfermeiro e a família decidem sobre a intervenção (Wright e Leahey, 2009). Neste contexto o MCAIF propõe uma perspetiva multidimensional de conhecer e avaliar famílias englobando 3 dimensões: a **estrutural**, aqui é analisada a composição, organização e características dos membros familiares, a de **desenvolvimento**, onde se analisam os estágios, tarefas e vínculos dos elementos e a dimensão **funcional** onde são analisadas as atividades de comunicação e papéis familiares. Cada uma destas dimensões integra várias categorias e subcategorias que no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica e de continuidade, sendo importante que cada enfermeiro selecione as subcategorias relevantes a explorar e avaliar junto de cada família e a cada momento no tempo (Wright & Leahey, 2009).

Compreender e estabelecer proximidade junto das famílias é uma competência do enfermeiro de família, o que lhe permite prestar cuidados direcionados e avaliar a família enquanto sistema funcional, avaliar, identificar áreas (de atenção alteradas) e estabelecer um plano de intervenção para minimização dos problemas identificados (Figueiredo, 2012).

De modo a aplicar o MDAIF, recorri à entrevista semi-estruturada por considerar ser a técnica mais pertinente para pesquisar informação no que diz respeito a atitudes, sentimentos, valores e comportamentos dos membros e família, mas primeiro, organizei os temas a abordar, preparei a entrevista, neste caso, à grávida e restantes elementos.

Segundo Sequeira (2016), o profissional de saúde deve ter em consideração algumas questões iniciais: qual o contexto, a natureza, o objetivo principal e quais os meios disponíveis para a realização da entrevista.

Wright & Leahey referem que o conhecimento da família pode ser possível através de reuniões muito breves com as mesmas, afirmando mesmo que “uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família, pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa” (2009, p.227).

O principal objetivo da entrevista em 15 minutos é fornecer ao enfermeiro um enquadramento e as ferramentas necessárias para obter informações de forma rápida, relativamente à composição, estrutura familiar, uso de redes de suporte, suas crenças, quais os seus problemas de saúde e outras informações que se inserem noutras categorias ou subcategorias que influenciam a adaptação da família aos aspectos relacionados com os fenómenos saúde/doença (Wright & Leahey, 2009).

Assim, delineei um guião de entrevista (Apêndice 2), tendo por base as competências clínicas de comunicação (Cardoso, 2019), procurando saber mais sobre a história familiar, focar os pontos essenciais a abordar nesta etapa do ciclo de vida da família em questão, dando oportunidade para expressão de sentimentos. Esta entrevista iniciou-se nas consultas de vigilância de saúde materna e acabou por ser aplicada de forma mais aprofundada e alongada numa entrevista realizada através da utilização dos meios digitais, neste caso Whatsapp®.

Dentro da aplicação do MCAIF, integrei o Modelo das Atividades de Vida Diária de Nancy Roper na avaliação da dimensão funcional e na respetiva subdimensão instrumental. Relativamente aos instrumentos de avaliação familiar, apliquei nas correspondentes dimensões os seguintes: o genograma e ecomapa (através do *Genopro*®); a escala de Graffar adaptada; estádios do ciclo vital de Duvall; e o APGAR familiar. Além destes, considerei relevante aprofundar a sua funcionalidade, de forma a avaliar a capacidade de resolução de problemas ou o stress para que a transição desenvolvimental ocorresse de forma saudável, ou seja, aplicando, por exemplo: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II; Questionário das Forças Familiares; Escala de Resiliência de Connor-Davidson; e a Escala de Stress Percecionado.

Segundo Wright e Leahey (2009), o MCAIF facilita a avaliação da família, através da sua estrutura multidimensional, composta por três categorias principais: estrutural, de

desenvolvimento e funcional e subcategorias que podem ser observadas esquematicamente no diagrama ramificado apresentado na Figura 1:

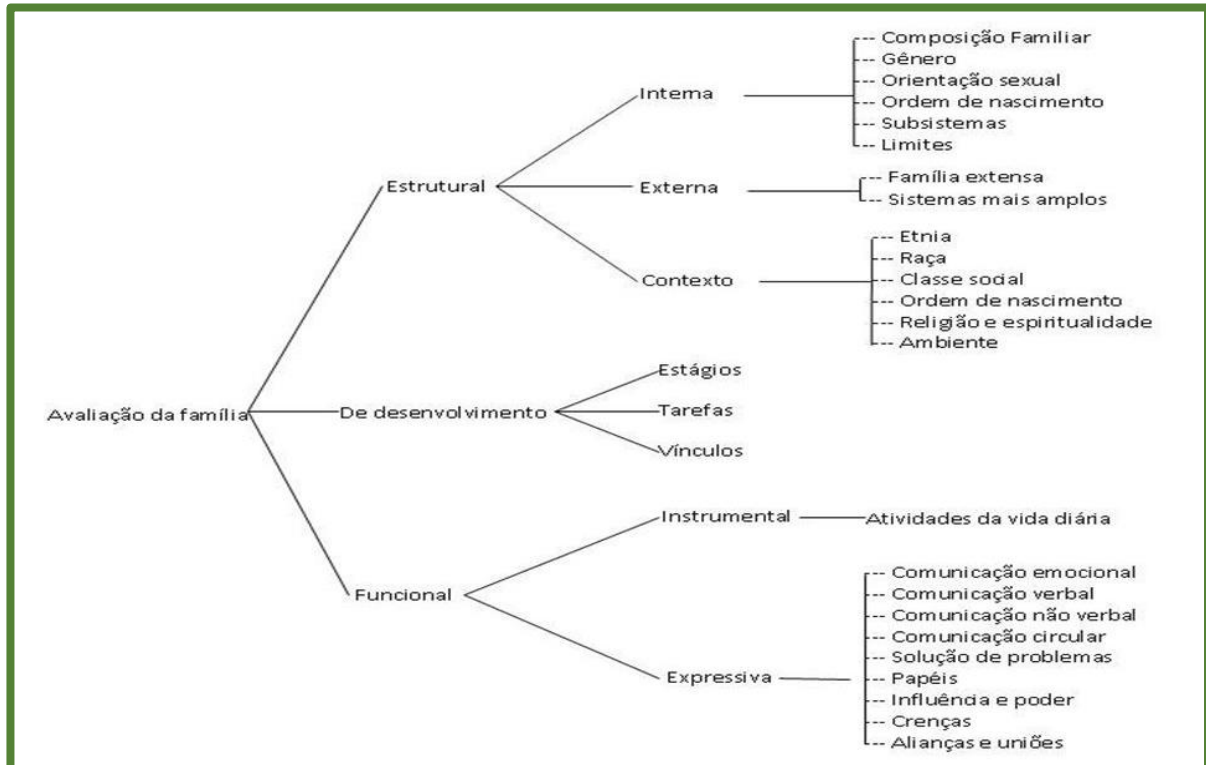


Figura 11-Diagrama Ramificado do MCAIF

Fonte: Wright & Leahey, 2009.

Irei agora apresentar os dados relativos à família de T, segundo esta abordagem:

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural da família compreende 3 subcategorias: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto.

1.1.1. Estrutura Interna

No que concerne à avaliação da estrutura interna, esta faz alusão aos seguintes parâmetros: composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas que possam existir dentro da família e limites/fronteiras familiares. A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012).

De seguida, de acordo com o Quadro 1, é apresentada a composição familiar e gênero de cada elemento por ordem de nascimento, seguido do genograma:

Quadro 7-Identificação dos membros da família

Nome	Papel Familiar	Género	Idade	Ano de Nascimento	Escolaridade	Profissão
PT	Pai	Masculino	60 anos	1952	9º ano	Eletricista de automóveis
MT	Mãe	Feminino	58 anos	1954	9º ano	Auxiliar de ação direta
T	Filha	Feminino	30 anos	1992	12º ano	Funcionária de fábrica
J	Companheiro da filha	Masculino	26 anos	1995	12ºano	Funcionário de armazém
G	Filho	Masculino	23 anos	1999	12ºano	Funcionário de fábrica

Fonte-Criado pela própria, através de Informação fornecida pela família de T

Nesta dimensão, o genograma é um instrumento que utilizei para a colheita de dados familiares, pois possibilita uma perceção da estrutura familiar e dos seus problemas (Figueiredo, 2012). Relativamente aos problemas de cada elemento da família poderá ser explorado em consultas futuras.

Nesta família em particular, os vínculos apresentados no genograma foram representados segundo as informações que o elemento (T), paciente identificado, foi transmitindo na entrevista de enfermagem realizada.

Na figura 2, é apresentado o genograma, representando não só a família nuclear, mas também os membros da família alargada. Poderia ser relevante ter mais informações e dados que me permitisse caracterizar melhor os subsistemas da família alargada.

Relativamente à família nuclear, (T) refere que, tem uma boa relação com J e durante a sua vida sempre sentiu e sente grande apoio por parte dos seus pais e irmão, relativamente à família alargada apesar de todos viverem em Viseu, ao longo do ano costumam fazer visitas uns aos outros, tendo devido à pandemia obviamente reduzido, mas falam por telefone com frequência, mantendo uma relação muito especial com a tia mais nova, falando com ela diariamente.

Para a realização do genograma, foi utilizado o programa *Genopro*®.

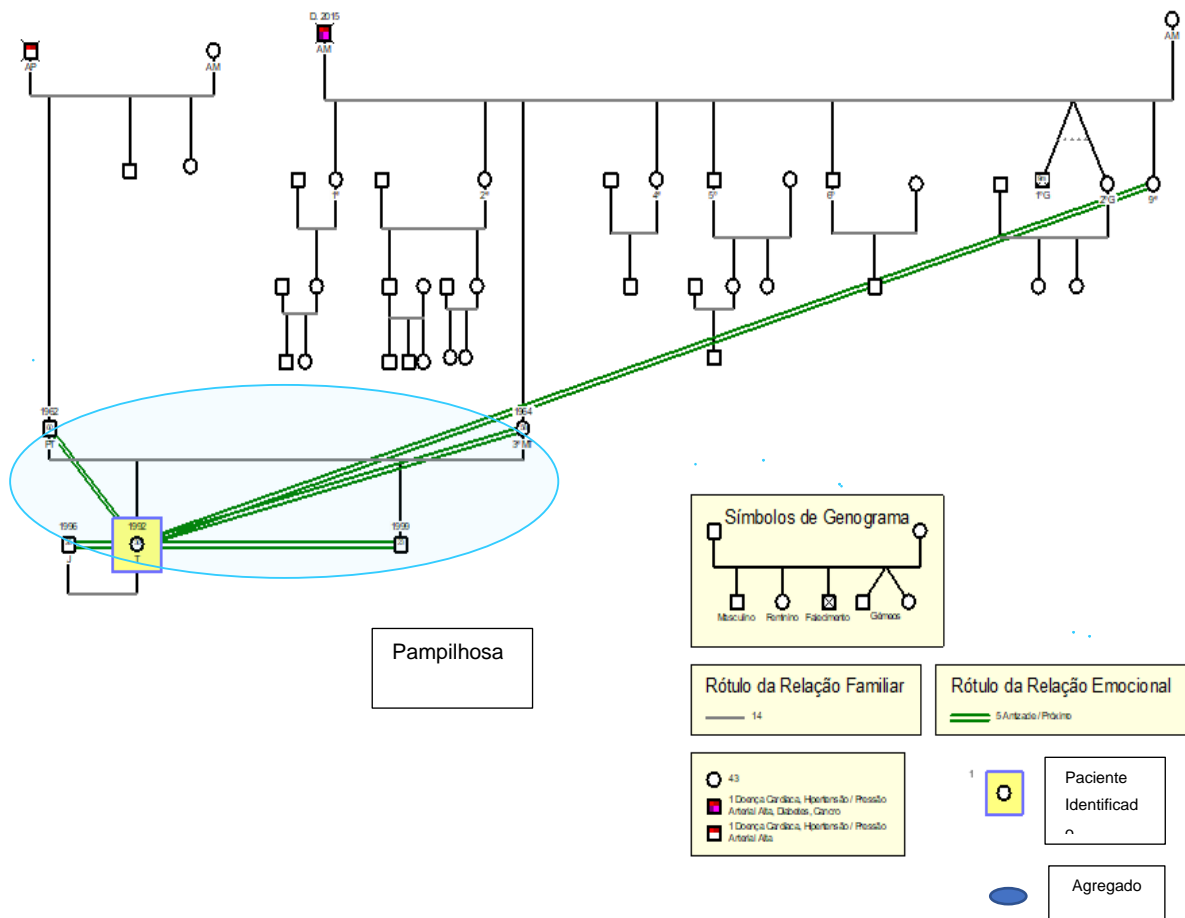


Figura 12-Genograma

Fonte: Programa informático Genopro® (informação fornecida na entrevista com T)

Na família nuclear, assinalada com contorno em azul,(PT) 60 anos de idade electricista de automóveis, assume-se como o elemento mais velho, logo seguido de (MT) 58 anos de idade, auxiliar de ação direta, num Lar, ambos sem antecedentes médicos conhecidos.(T),paciente identificada, género feminino, 30 anos de idade, funcionária setor de produção de peças numa fábrica de semi-reboques, possui o 12º de escolaridade, tem curso profissional na área de comunicação e outro na área de turismo rural, neste momento a frequentar curso de dois anos de técnica auxiliar de veterinária, encontrando-se no 1º ano, natural da cidade de Coimbra, mas vive em Pampilhosa, encontrando-se grávida de 26 semanas à data da entrevista, data da última menstruação a 5/01/2022 com data provável de parto a 12/10/2022. Encontra-se inscrita na USF desde 1999, apresenta excesso de peso desde 2018. (J) género masculino, com 26 anos de idade, tem o 12º de escolaridade, tem curso profissional na área de energia renováveis, neste momento é funcionário de um armazém de materiais de construção; sem antecedentes médicos conhecidos, natural da Pampilhosa. (G)Irmão de T tem 23 anos de idade possui o 12º ano de escolaridade é funcionário numa fábrica.

Relativamente à orientação sexual, (T) e (J) são heterossexuais, são um casal que se formou em 2020 vivendo em união de facto desde essa altura, habitando em casa dos pais de T.

Segundo Alarcão (2000), nesta família podemos encontrar quatro subsistemas: o individual; o parental, o fraternal e o conjugal. Sendo a família um sistema, no qual todos os elementos estão relacionados entre si, a fim de formar um todo organizado, é importante perceber como estes se relacionam.

O subsistema individual é composto por cada um dos elementos, cada um deles com a sua individualidade, suas próprias características e particularidades. O subsistema conjugal é constituído pela (T) e (J), uma das suas funções é o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, criando espaço para a gestão das suas necessidades psicológicas. Desta forma, constitui uma plataforma para o casal lidar com o stress intra e extrafamiliar (Alarcão, 2000). apresentando uma relação tranquila e harmoniosa; o parental, que são os pais, ou seja, a mãe de T (MT), e o pai de T (PT) possuem uma relação tranquila; e fraternal que é constituído por (T) e seu irmão (G), também referindo uma relação harmoniosa. Entre os subsistemas, identifica-se uma relação harmoniosa.

No que concerne aos **limites e fronteiras** nos diferentes subsistemas apesar de todos os membros serem muito unidos, os mesmos são claros e definidos e os subsistemas são flexíveis, também definidos e permeáveis, caracterizando-se pela definição clara dos papéis a desempenhar por cada elemento da família. T e J têm uma área da casa só para si, e com a chegada para breve do seu filho estão em vias de mudar para um apartamento que adquiriram, no sentido de terem verdadeiramente a sua autonomia e iniciarem a sua própria família.

1.1.2. Estrutura Externa

Relativamente à avaliação da estrutura externa, a mesma envolve a identificação de duas subcategorias: família alargada ou extensa; e sistemas mais amplos onde a família está inserida e com quem esta interage. Pretende identificar o tipo e a intensidade do contacto, além das funções das relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem e outros parentes, não englobados no sistema familiar (Figueiredo, 2012).

A família alargada ou extensa inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e os membros da família alargada. É importante obter essa informação para perceber a quantidade e qualidade do apoio que possa existir, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2009). Relativamente aos subsistemas mais amplos, as mesmas autoras, referem que esta subcategoria se refere a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família, neste caso, nuclear, tem um contacto mais significativo sendo considerada a rede de apoio à família.

Segundo Figueiredo (2012) o ecomapa evidencia o equilíbrio entre as necessidades sentidas pela família e os recursos que tem disponíveis, através da identificação de pessoas ou instituições que lhe servem de referência. Nele encontramos as relações entre estes e a família.

Esta família interage com vários suprassistemas, que servem de apoio e recurso. Para identificar e representar estes suprassistemas mais amplos utilizei o ecomapa, tendo recorrido à sua realização, através do programa Genopro®, encontrando-se representado na figura 3:

Ecomapa

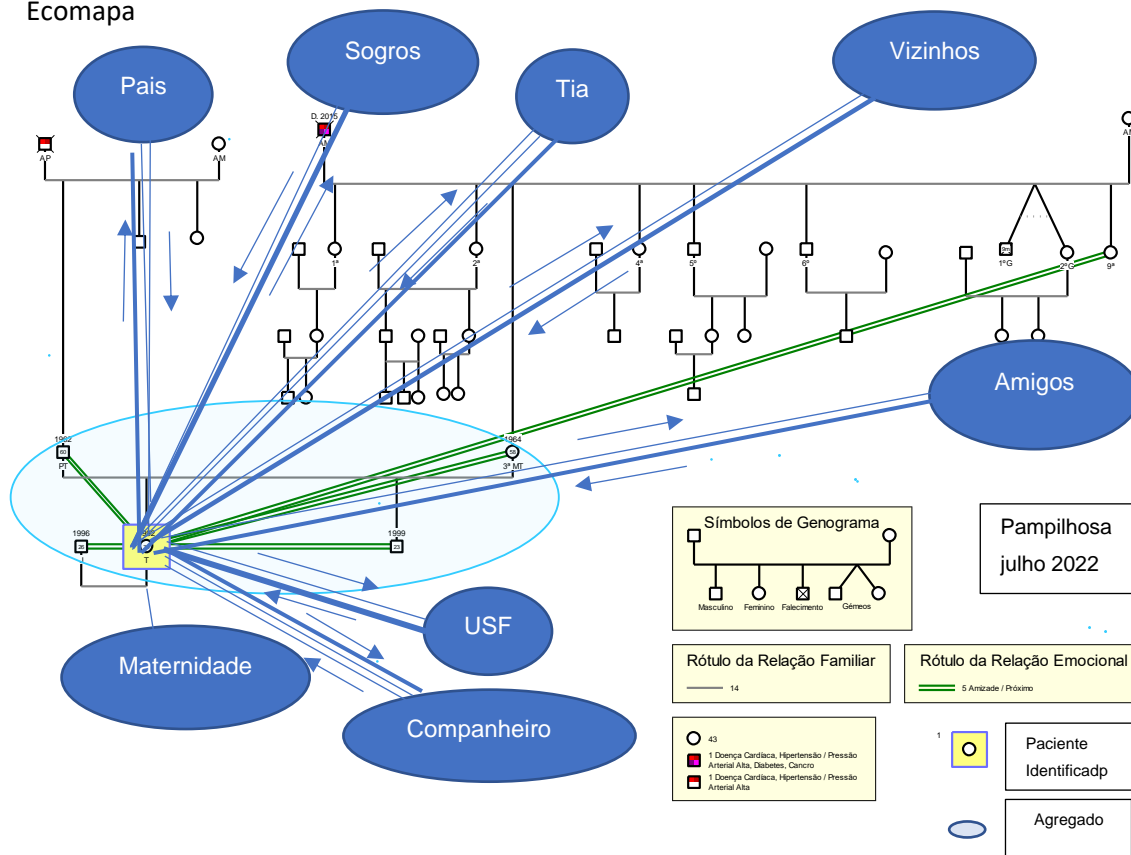


Figura 13-Ecomapa

Fonte: Informação fornecida por T, programa Genopro®

Legenda:

- Vínculo Forte
- Vínculo Moderado
- Vínculo fraco
- Vínculo Superficial
- Relação stressante
- Fluxo de energia

No que diz respeito à **família extensa** todos os elementos contactam entre si, através de telefone, dado que são de Viseu, mas tentam encontrar-se todos anualmente em agosto e ocasionalmente no Natal, mas reduziram esses contatos presenciais em altura de pandemia. T apresenta uma relação de proximidade com a sua tia mais nova, falando com esta diariamente. **Sistemas mais amplos**, inclui as interações sociais entre contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada. Situando no mesossistema as relações mais significativas que caracterizam a rede social familiar, suscetíveis de trazer à família ajudas percebidas como significativas ou diferenciadas (Figueiredo, 2012).

Neste caso, existe a referência que T, estabelece um vínculo harmonioso e forte com a equipa de saúde (Médico de família/ Enfermeira de Família) da USF, referindo que sempre sentiu um grande apoio por parte da equipa, e por esse motivo apesar da distância da residência, nunca mudou de centro de saúde. Relativamente ao elemento (J), informaticamente, este não pertence ao agregado familiar de (T) nem ao mesmo centro de saúde.

Em relação aos amigos mais próximos antes da pandemia refere que saía com estes até ao café, mas agora não o tem feito. Os vizinhos sempre foram um bom apoio, acompanharam e participaram no crescimento de T e G, mas estão a ficar com alguma dependência fruto do processo natural de envelhecimento.

Na primeira entrevista, esteve presente a grávida (T) e MT, não foi possível obter informação por parte de (J), por estar a trabalhar. Poderia também explorar a relação com os colegas de trabalho tanto de (T) como de (J).

1.1.3. Contexto

O contexto é avaliado através de cinco subcategorias: etnia e raça, espiritualidade e /ou religião, classe social e ambiente. Observam-se assim fatores ligados à religião e/ou espiritualidade, as crenças, rituais e as práticas que, evidentemente, possam influenciar, positiva ou negativamente, as famílias na forma de lidar com uma doença, ou processo de transição. Avalia-se também o ambiente ao qual a família está inserida sendo relacionada à comunidade mais ampla, a vizinhança e ao lar. Os fatores ligados aos espaços onde vivem, a privacidade familiar, os acessos a redes de apoio são também avaliados como fatores que influenciam diretamente o funcionamento familiar.

No que concerne à **etnia**, os elementos desta família são de raça caucasiana, de nacionalidade portuguesa. Relativamente à religião, referem que são todos católicos, mas não praticantes.

Relativamente à **classe social**, utilizei a Escala de Graffar Adaptado (Figura 4), sendo este um instrumento utilizado para indicar o nível que a família ocupa na estratificação social, este

método baseia-se nas características da família relativamente aos itens: a profissão; a instrução; a fonte principal de rendimento; tipo de habitação e local de residência, permite perceber quais as condições socioeconómicas da família, para intervir de forma adequada consoante os respetivos recursos.

A cada um dos critérios é atribuída pontuação de 1 a 5, o somatório final permite incluir a família numa classe indicativa do nível socioeconómico.

Classe I Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9

Classe II Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13

Classe III Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17

Classe IV Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21

Classe V Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

No anexo I, é apresentada esta escala preenchida **Notação Social da Família (Graffar Adaptado)**, que permitiu concluir que se trata de uma família com a classe social: III Classe Média, por apresentar uma pontuação de 15. O rendimento do casal provém da atividade laboral de (T) e (J), no entanto, (T) é trabalhadora e não estando a trabalhar, neste momento, o principal rendimento do casal é da atividade laboral de (J). Restantes elementos possuem rendimentos, resultantes das suas atividades laborais.

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

Classe Social
MÉDIA

Figura 14-Escala de Graffar Adaptado
Fonte: Adaptado SClinico

Quanto ao ambiente, devemos avaliar o tipo de habitação (figura 5). T e J residem num piso em uma moradia pertencente aos pais de T num bom local, com boas condições, boa luminosidade, confortável, com bom estado de higiene/arrumação, A limpeza e a organização da casa são feitas por T, por se encontrar já em casa. Possui os eletrodomésticos essenciais, O espaço é adequado às necessidades deste casal, tem seis divisões (3 quartos, uma sala estar, uma cozinha e uma casa de banho. Possuem água canalizada de rede pública e saneamento básico com rede de esgotos, gás natural e rede elétrica. Têm aquecimento elétrico e lareira. Apresenta barreiras arquitetónicas (escadas de acesso ao 1º piso), apesar neste momento não se verificar dificuldades da família na acessibilidade, de acordo com os

A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face à sua especificidade (Figueiredo, 2012).

Assim, no domínio do desenvolvimento o MCAIF, contempla 3 subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos.

1.2.1. Etapas

São vários os estádios ou etapas, vão desde a formação da família até à sua dissolução, e variam de autor para autor.

Uma das definições do ciclo vital da família, é que o percurso da mesma vai desde que nasce até que morre, sendo composto por cinco fases ou etapas: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Existem outras classificações, sendo que a primeira foi apresentada pelo sociólogo Duvall, citado por Relvas (1996), nos anos 50, onde focou tarefas de desenvolvimento familiar, considerando a presença de crianças, a idade e evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação, identificando oito estádios, desde a fase dos casais sem filhos, passando pelas fases onde são contempladas as diferentes idades dos filhos até ao envelhecimento (Relvas, 1996).

Deste modo, segundo Relvas (1996), a primeira etapa, Formação do Casal, corresponde ao nascimento da família nuclear, que implicou o aparecimento de um novo subsistema, nomeadamente o conjugal, provido de normas e padrões transacionais próprios. Para a formação da família é transformado o património individual em património comum. A partir do nascimento do primeiro filho, dá-se início a uma nova etapa, Família com Filhos Pequenos. Com o novo elemento, surge um novo subsistema, o subsistema parental. Esta mudança na vida do casal implica uma reorganização familiar, caracterizada por uma definição de papéis e tarefas parentais e filiais e também uma nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade (Relvas, 1996).

No caso deste casal, existe uma transição da etapa da formação do casal para a família com filhos pequenos, assim, a díade existente irá transformar-se em tríade. Segundo (Alarcão, 2000), o stress oriundo da transição de um para outro período do ciclo vital é inegável ainda que esperado e normativo. Neste caso, os acontecimentos, tais como o nascimento de uma criança, obrigam, naturalmente à negociação de novas regras familiares, ocorrendo, assim, uma crise natural ou normativa, sendo esta esperada e previsível, estando associadas às

diferentes etapas do seu ciclo vital. Neste momento, nesta família, existe já uma alteração na dinâmica familiar relativa ao surgimento do primeiro filho, o casal prepara mudança de residência.

Segundo Hanson (2005) cada sistema familiar apresenta características num determinado momento com o intuito de manter o equilíbrio funcional. Para melhor responder às exigências e movimentos de mudança a família não deve manter o mesmo funcionamento.

De forma a determinar a etapa do ciclo vida na qual este casal em estudo se encontra, recorreu às 8 etapas do ciclo vital familiar definidas por Duvall, sugeridas no SClinico representadas na figura 6.

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

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

Figura 16-Etapas do Ciclo Vital de Duvall
Fonte: Adaptado SClinico

No que respeita ao casal em análise, o mesmo encontra-se na etapa I – Família sem filhos (do casamento ao nascimento do primeiro filho).

1.2.2. Tarefas

A gravidez representa habitualmente um momento privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis, visto o casal encontrar-se receptivo a manter ou alterar os seus padrões de vida (Fantini, 2005), pode levar a um afastamento marital pela centralização excessiva da mulher em relação à gravidez (Gameiro, 1994). Por isso a necessidade da manutenção de um padrão de comunicação eficaz, em que os sentimentos possam ser claramente expressos pelos membros do casal. Com o nascimento do primeiro filho é fundamental ajustar a unidade familiar a este novo membro, devendo as funções dos elementos do casal diferenciarem-se, de forma a satisfazerem as necessidades da criança, implicando uma mudança nos padrões transacionais do casal. A nova configuração familiar implica a redistribuição dos papéis entre os cônjuges e o seu envolvimento nas tarefas parentais (Fernandes, 2005), possibilitando a

aquisição da identidade parental e a subsequente confiança e competência no desempenho do papel.

O subsistema conjugal, tem num movimento centrípeto, permitir aos cônjuges articular a sua individualidade e a sua totalidade o que naturalmente obriga também a uma diferenciação do mesmo relativamente aos outros sistemas nomeadamente em relação às respectivas famílias de origem. Cada um de nós constrói um modelo de vida pessoal (afetiva, profissional e social), conjugal e familiar que concretamente no desenvolvimento do subsistema conjugal, vai ter que ser confrontado e negociado com o novo parceiro. Todo o casal faz-se de 3 elementos: eu, tu e nós, cada um deles tem uma identidade e uma vida próprias e nem o casal nem os cônjuges podem esquecer-se de que autonomia, partilha e negociação são instrumentos fundamentais de articulação (Alarcão, 2000).

Relativamente às tarefas e papéis proporcionais à etapa do ciclo vital, segundo Relvas (1996), Família com filhos pequenos, caracteriza-se pelas seguintes tarefas: integrar o novo elemento da família; reconciliar as necessidades opostas dos vários membros da família; desenvolver o papel paternal; adaptar-se às mudanças no casal, mantendo a relação conjugal; aumentar as relações com as outras gerações da família (Alarcão, 2000; Hanson, 2005).

Assim, com base nas etapas do ciclo vital da família de Duvall, pretende-se um estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória: preparando para a gravidez e parentalidade e respetivas tarefas. Foi possível intervir na família na prestação de cuidados antecipatórios, de modo a facilitar esta transição, encaminhando T para curso de preparação para o parto e parentalidade. O casal já adquiriu imóvel de forma a serem eles a executar o papel de pais sem interferência de terceiros. No que se refere à adaptação e distribuição de tarefas pelos membros da família, é feita equitativamente, havendo partilha, mas atualmente, dado que (J) continua a trabalhar, (T) é a responsável pela maior parte das tarefas diárias da casa, tanto a nível doméstico como a nível executivo, por já se encontrar em casa de baixa. Refere que nesta fase da gravidez, juntamente com os seus estudos, já tem dificuldade em executar algumas tarefas domésticas.

1.2.3. Vínculos

Vínculos são relações afetivas entre os membros da família e existem mudanças de vínculos nos diferentes estádios (Alarcão, 2000). Neste subcapítulo, faço referência aos vínculos na família nuclear e alargada, tendo representado os mesmos no ecomapa figura 3.

Em relação aos vínculos entre os vários elementos da família, verificámos que no subsistema conjugal existe uma boa relação entre (T) e (J), revelando um vínculo muito forte., apresentando uma relação de união, apoio e companheirismo, no entanto (T) refere que não é possível a (J) acompanhá-la às consultas na USF. Entre o subsistema parental e o

subsistema fraternal é revelado que os pais têm um vínculo muito forte com T. Em relação à família alargada, através da informação que obtive pelo discurso de (T) posso considerar um vínculo harmonioso com os restantes elementos da família alargada. Apresentando uma relação muito próxima com a tia mais nova, como já foi mencionado.

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

De acordo com Figueiredo (2012), a avaliação funcional de uma família possibilita a avaliação dos “padrões de interação familiar”, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema.

A categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados dois aspetos: o **funcionamento instrumental**, que se refere às atividades de vida diária da família, tendo usado o Modelo de Atividades de Vida Diária de Nancy Roper; e a análise do **funcionamento expressivo**, que diz respeito aos estilos de comunicação emocional, o padrão de comunicação verbal, não verbal e circular, solução de problemas, papéis, crenças, influência e poder nas relações, alianças e uniões (Wright, & Leahey, 2009).

Utilizei os seguintes instrumentos de avaliação familiar na avaliação do funcionamento expressivo: APGAR familiar de Smilkstein; Escala FACES II; Questionário das Forças Familiares; Escala de Resiliência de Connor-Davidson; Escala de Stress Percecionado (ESP).

1.3.1. Instrumental

O Modelo de Atividades de Vida Diária de Nancy Roper, insere-se na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas, fundada por Virgínia Henderson, estando contido no Paradigma da Integração, e centrando-se na pessoa de modo a assumi-la como um todo, ou seja, um ser que permanece em constante crescimento e evolução desde a sua conceção até à morte e que usufrui de um conjunto de necessidades essenciais para a manutenção da sua saúde e bem-estar (Lima, 2014).

De acordo com as autoras que procederam à revisão do Modelo (Roper, Logan, & Tierney, 2001) este compreende doze atividades de vida diárias que estão condicionadas pelos estádios de vida, na medida em que podem existir alturas em que o indivíduo consegue ou não realizar determinada atividade. Resumindo, o Modelo de Enfermagem baseado no Modelo de Vida tem como objetivo auxiliar os enfermeiros a planear uma abordagem personalizada de intervenções, que ao serem implementadas, tenham o intuito de capacitar o utente para enfrentar os problemas que provocam dependência, procurando alcançar a independência em qualquer AVD que esteja afetada.

A dimensão instrumental tem por base avaliação das atividades de vida diária da família, representada na Tabela 1

Tabela 28-Atividades de Vida Diária

Atividade de Vida Diária	Alteração
Manter ambiente seguro	Esta necessidade não se encontra afetada
Comunicar	Esta necessidade não se encontra afetada
Respirar	Esta necessidade não se encontra afetada
Comer e beber	Alimentação e Hidratação provavelmente inadequada
Eliminar	Esta necessidade não se encontra afetada
Higiene pessoal e vestir-se	Esta necessidade não se encontra afetada
Controlar a temperatura do corpo	Esta necessidade não se encontra afetada
Movimentar-se	Esta necessidade não se encontra afetada
Trabalhar e divertir-se	Esta necessidade encontra -se parcialmente afetada
Expressão da sexualidade	Esta necessidade não se encontra afetada
Sono e repouso	Esta necessidade não se encontra afetada
Morte	Esta necessidade não se encontra afetada

Fonte: Criada pela própria, tendo por base a informação fornecida na entrevista com a família T

Manter ambiente seguro: Neste item, será importante preparar o casal para a chegada do recém-nascido, bem como ensinar sobre: a prevenção de acidentes e medidas de segurança (em casa e no automóvel); sobre as características das fezes do recém-nascido; sobre o controlo da sua temperatura corporal e sinais de alarme.

Comunicar: Existe uma comunicação ativa e assertiva no subsistema conjugal, por exemplo, na resolução de conflitos. Entre o subsistema parental, filial e conjugal, a comunicação é baseada na interação familiar. Existe uma relação dinâmica na família através da partilha de

responsabilidades, pois todos realizam atividades domésticas, podendo ser estas partilhadas por todos elementos, tendo como resultado uma maior satisfação.

Apesar do casal se apresentar como comunicativo e haver preocupação de todos elementos em relação ao nascimento da criança,(J) não tem acompanhado as consultas na USF bem como algumas ecografias durante a gravidez, devendo ser incentivada a sua presença e participação nestas consultas, disponibilizando flexibilidade de horário e mostrando a importância da sua presença nas próximas consultas bem como após o parto , de modo a proporcionar maior interação familiar, com o objetivo de explorar a comunicação familiar. É de extrema importância conseguir reunir todos elementos familiares nesta abordagem. A existência de uma comunicação eficaz entre os membros da família é tida como um importante mediador para a transmissão de regras e valores e, conseqüentemente, na capacidade de adaptação à mudança (Kreppner, 2000).

Respirar: (T) foi fumadora, mas deixou de fumar há 3 anos.

Comer e beber: A alimentação de (T), durante a gravidez, tem sido provavelmente inadequada. Neste momento, encontra-se a aumentar mais do que o esperado na gravidez e assume que não bebe a quantidade de água adequada.

T antes da gravidez já tinha excesso de peso(IMC entre 25-29,9) e de acordo com o programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco(2015) , o ganho de peso total deve situar-se entre 7-11,5 kg, e o ganho de peso médio por semana para o primeiro trimestre situa-se entre 0,5-2 kg, e entre o 2º e 3º trimestre cerca de 0,3 kg/semana, no entanto T apresenta aumentos de 4 Kg/mês.

Higiene Pessoal e Vestir-se: (T) refere sentir algumas dúvidas em relação aos cuidados de higiene ao recém-nascido porque ainda não frequenta aulas de preparação para o parto e parentalidade.

Trabalhar e divertir-se: Através da informação obtida, verifica-se que (T) deixou de trabalhar no início do segundo trimestre de gravidez e (J) continua a trabalhar. T e J desde a altura da pandemia não se encontram com os amigos com tanta frequência.

Sono: Evidencio que (T) apresenta algum cansaço, sendo importante o descanso, mas também poderia ser incentivada a realização de atividades de lazer que tragam alguma distração.

Morte: Como é possível verificar na dimensão estrutural, (T), na entrevista referiu que a morte de uma gata durante esta gravidez a deixou emocionalmente afetada.

1.3.2. Expressivo

Nesta dimensão o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação de todos os membros da família.

No que se refere à **comunicação** emocional esta família apresenta uma boa comunicação. Cada membro é capaz de expressar as suas opiniões e emoções sobre outras pessoas e situações e poder comunicar suas esperanças, medos e expectativas. Todos se expressam claramente na comunicação verbal/ não verbal e circular.

No que concerne à **solução de problemas**, ou seja, a capacidade da família para dar uma solução eficaz aos próprios problemas, os membros da família ouvem-se simultaneamente nas decisões que à família dizem respeito. O casal apresenta capacidade para resolver os problemas que vão surgindo quer a nível familiar, pessoal e social.

Relativamente à **interação de papéis familiares**, a gestão financeira, o cuidado doméstico é realizado por T (lavar loiça, passar a ferro, arrumar a casa, cuidar da roupa, cozinhar), realização de bricolage e a ida às compras é efetuada por ambos. T comparece sempre nas consultas de vigilância de saúde materna agendadas na maternidade e USF, sendo muitas vezes acompanhada pela mãe.

Relativamente às crenças esta família é católica, mas a religião não influencia em nada o seu dia-a-dia e não se verifica qualquer influência negativa sobre os cuidados de saúde. No que concerne à Comunicação Emocional (transmissão de emoções) T refere que da parte da sua família “não são de andar aos beijinhos e abraços”, ao contrário da parte do marido isso já acontece, a comunicação verbal no casal e restantes membros parece ser assertiva, a Influência e Poder nas relações, não tenho informações suficientes para as poder descrever. Relativamente às Alianças e Uniões, sabemos que o subsistema conjugal é unido e cria uma aliança quando tentam resolver problemas, concentra-se na orientação, equilíbrio e na intensidade da relação entre os membros, esta família sente-se satisfeita com a forma como esta manifesta união.

Como já referi anteriormente, pude acompanhar esta família numa transição desenvolvimental (entre etapas de ciclo vital da família), havendo assim uma crise familiar normativa, e para isso, apliquei algumas escalas ainda antes do nascimento do bebé. Nestas escalas, procurei selecionar algumas que me permitisse concluir sobre a funcionalidade da família, nomeadamente aspetos sobre a coesão, adaptabilidade, forças familiares e a capacidade de resolução de problemas.

A Escala de APGAR Familiar desenvolvido por Smilkstein avalia a perceção do indivíduo relativamente à funcionalidade da sua família, em determinado momento, avaliando a família como funcional ou disfuncional. Esta permite avaliar as relações familiares, revelando a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar e determina se a família constitui ou não um recurso para cada elemento. O APGAR é aplicado a cada um dos membros do agregado familiar, apresentando um conjunto de cinco questões, que avaliam:

Adaptação (Adaptability) – o modo como os recursos são partilhados, refletindo o grau de satisfação com a assistência recebida quando um dos membros recorre à família;

Participação (Partnership) – o modo como as decisões são partilhadas, demonstrando a satisfação do membro com a reciprocidade na comunicação e resolução de problemas;

Crescimento (Growth) – o modo como a maturidade é partilhada, manifestando a satisfação do membro pela liberdade concedida para mudança de funções, no processo de crescimento físico e emocional;

Afeto (Affection) – o modo como as experiências são partilhadas, revelando a satisfação do membro com a intimidade e interação emocional partilhada na família;

Decisão (Resolve) – o modo como o tempo é partilhado no seio familiar, refletindo a satisfação do membro com a partilha de tempo, espaço e recursos materiais com a família. O questionário equaciona três possíveis respostas, que conferem diferentes pontuações, dando a soma final, o nível funcional da família (CAEIRO, 1991).

Na escala APGAR Familiar de Smilkstein (Tabela 2) obtive um score de 10 pontos, classificando-a como uma família altamente funcional.

Tabela 29-APGAR familiar de Smilkstein

APGAR Familiar de Smilkstein (Versão Portuguesa: Agostinho e Rebelo, 1988)			
	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa	2	1	0
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	2	1	0
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	2	1	0
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	2	1	0
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	2	1	0
TOTAL:			
Pontuação de 7 a 10- Família altamente funcional	10		
Pontuação de 4 a 6 - Família com moderada disfunção			
Pontuação de 0 a 3- Família com disfunção acentuada			

Fonte: Tendo por base Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988), criada pela própria

Para Minuchin (1988) aquilo que distingue uma família funcional da disfuncional é a sua capacidade de se adaptar às diversas situações novas que vão ocorrendo, mas também

através das fronteiras que estabelece, pois para o mesmo autor uma família saudável é aquela que consegue determinar fronteiras claras (Minuchin & Lappin, 2011).

Sendo esta família funcional possui limites semi-permeáveis ou seja estes limites permitem a diferenciação dos subsistemas, através da troca de alguns aspectos, mantendo a sua integridade (Minuchin,1979).

No que respeita à avaliação da família quanto à sua adaptabilidade e coesão familiar, esta será validada pela escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) - versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes -1995. O instrumento inclui 30 itens, cotados de 1(quase nunca) a 5 (quase sempre), dos quais 16 se enquadram na dimensão coesão familiar e 14 na dimensão da adaptabilidade.

Para a coesão: somar os itens 3,9,15,19,25 e 29. Subtrair este resultado de 36. Somar os outros itens ímpares + item 30. Para adaptabilidade: somar os itens 24 e 28. Subtrair o resultado de 12. Somar os restantes itens pares (menos o 30). Os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80 e os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70. Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade variam (entre 1 e 8) e dividindo por 2, obtém-se o resultado da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.

Tabela 30-interpretação linear da FACES II

COESÃO		ADAPTABILIDADE		TIPO DE FAMÍLIA			
8	80	MUITO LIGADA	8	70	MUITO FLEXÍVEL	8	EQUILIBRADA
	74			65			
7	73	LIGADA	7	64	FLEXÍVEL	7	MODERADAMENTE EQUILIBRADA
	71			55			
6	70	SEPARADA	6	54	ESTRUTURADA	6	EXTREMA
	65			50			
5	64	DESMEMBRADA	5	49	RÍGIDA	5	
	60			46			
4	59		4	45		4	
	55			43			
3	54		3	42		3	
	51			40			
2	50		2	39		2	
	35			30			
1	34		1	29		1	
	15			15			

Fonte: Olson et al.,1992:13, in Lourenço,1996, criada pela própria.

Segundo a interpretação linear da FACES II, o resultado obtido por cada categoria para a coesão= $68=6$ e adaptabilidade= $66=8$, dividindo por dois ($6+8/2=7$), ou seja, esta família relativamente à coesão familiar é ligada, quanto à adaptabilidade é muito flexível, correspondendo a uma família equilibrada. Desta forma, Olson e Gorall (2006) fazem uma breve explicação sobre os tipos de funcionamento familiar, em cima explicitados. Uma família equilibrada revela-se bastante adaptável perante novas circunstâncias ou transições, que naturalmente desencadeiam stress. No anexo II, é apresentada esta escala preenchida por (T). Optei pela versão II desta escala por ser mais reduzida, sendo mais acessível no preenchimento pelos utentes.

De acordo com a definição de Alarcão (2000), esta família apresenta limites claros entre os subsistemas da família nuclear, bem como da família alargada.

A dimensão flexibilidade, outrora denominada de adaptabilidade (Olson & Gorall, 2006), diz respeito à capacidade de as famílias estarem dispostas a alterarem a sua liderança, as suas regras, e a forma de como se relacionam uns com os outros (Olson, 2000). Esta dimensão é igualmente importante, pois todos os casais e famílias necessitam de encontrar um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança. Assim, aquilo que distingue casais e famílias funcionais das disfuncionais é a sua aptidão para a mudança, quando as circunstâncias assim o exigem.

Flexibilidade corresponde a limites claros, delimitam espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influências entre os mesmos. Caracterizada pela definição clara de papéis. Respeita o espaço e as funções de cada um, mas possibilita a troca de influências e momentos de apoio entre os membros favorecendo o desenvolvimento dos membros (Minuchin, 1979).

Relativamente ao **Questionário das Forças Familiares** (anexo III), é um instrumento de autorrelato, construído para avaliar a perceção que as famílias têm das suas forças familiares, esta família obteve uma pontuação de 133.

Segundo Lucas (2012), citando Melo & Alarcão, (2011), o Questionário de Forças Familiares divide-se em quatro subescalas: Organização Familiar Positiva; Crenças Familiares Positivas; Gestão Positiva dos Recursos, Suporte Familiar e Resolução de Problemas; e Emoções Positivas. Este questionário, apesar de não medir diretamente a resiliência familiar, mede processos familiares associados à resiliência. A cotação é obtida pela soma das pontuações dos itens, sendo o Índice Global de Forças Familiares obtido pelo somatório das pontuações dos itens da escala total. No questionário das forças familiares o resultado total varia entre 29 e 145, sendo que o valor médio será de 91,5 obtido para a totalidade da escala. Assim, posso

concluir que (T) percebe que a sua família tem uma boa capacidade de resolver problemas, utilizando as forças familiares.

Por fim, ainda relativo a este tópico, foi avaliada também a **Escala de Resiliência de Connor-Davidson** (anexo IV). Segundo Lucas (2012), a Escala de Resiliência de Connor-Davidson, divide-se nas seguintes subescalas: Competência pessoal, padrões elevados e tenacidade; Confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress; Aceitação positiva da mudança e relações seguras; Influência espiritual; e Controlo. Obtendo uma cotação de 80, podendo ter um máximo de 100, assim, podemos evidenciar cotações elevadas, podendo concluir que a família apresenta uma boa capacidade para a resolução de problemas.

Como já referi, a transição de uma etapa para outra implica algum stress familiar e, por isso, considerei relevante avaliar a **Escala de Stress Percebido**. No anexo V, é apresentada esta escala preenchida. Nesta escala, somando a totalidade dos itens com vista a medir um valor global de stress percebido no último mês, sendo que quanto mais elevado o valor da pontuação obtida, maior o grau de stress percebido, obtive a cotação de 17 pontos, na avaliação desta escala (Cohen et al., 1983, citado por Lucas, 2012). Assim, nesta fase da gravidez, pude concluir, que T apresenta algum stress, no entanto, apresenta uma cotação inferior ao valor médio da escala (20 pontos, pois a escala varia entre 0-40).

Nesta dimensão familiar, foi também validada e analisada a **Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe** (figura 7). Esta na Avaliação Funcional-Expressiva, possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições familiares e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família, baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde (Figueiredo, 2009).

Esta escala surgiu na década de 70, criada por especialistas em stress da Universidade de Washington (Holmes e Rahe), sendo constituída por um índice de 43 fatores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua capacidade de provocar stress. Para a sua aplicação, devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de um ano. Um total de 150 atribui 50% de probabilidade de surgir um problema de saúde, sendo que um total superior a 300, aponta uma probabilidade de 90% desses problemas surgirem, indicando a importância de uma intervenção adequada (Caeiro, 1991). Se o valor total encontrado for de 150 a 200: existe uma menor probabilidade de incidência de doença; de 200 a 300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e ou psíquica; > 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática. Assim, pode constatar-

se que referente a este casal, os acontecimentos familiares no último ano, atendendo a um score total: 143 pontos, é representativo de menos de 50% de probabilidade de incidência de doenças. A estrutura familiar deverá ser capaz de se adaptar, ou seja, de aceder a padrões transacionais alternativos e ser suficientemente flexível para mobilizá-los (Minuchin, 1988).

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

Figura 17-Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
 Fonte- Holmes & Rahe (1976) in Caeiro,1991

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem de família, segundo Hanson (2005), permite ao enfermeiro desenvolver um plano de cuidados, com o objetivo de melhorar o bem-estar das famílias, sendo constituído por diversas etapas, nomeadamente: avaliação, recolha de dados à família; análise dos dados da avaliação; planeamento de cuidados à família; implementação de cuidados de saúde à família; e avaliação de resultados de cuidados de enfermagem à família. A avaliação é um processo em constante evolução, de recolha de informação, em que neste caso o enfermeiro, recorre ao passado e ao presente, sendo capaz de planear e prever o futuro (Berkley & Hanson, 1991, citado por Hanson, 2005).

Partindo do princípio que a família é o nosso alvo de cuidados, o enfermeiro de família coordena os cuidados que as famílias possam receber, colaborando com a família no planeamento destes cuidados (Hanson, 2005).

O plano de cuidados realizado, teve por base o programa informático SClinico® e as suas sugestões de diagnósticos para a família, de acordo com linguagem CIPE, não tendo levantado o papel parental e papel de prestador de cuidados que fazem sentido aquando do nascimento do novo elemento. Com base na avaliação à família, atendendo aos focos de atenção e intervenções de diagnóstico, delineei os resultados esperados, implementando as intervenções de enfermagem.

A avaliação dos resultados deverá ser sempre um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. A avaliação do processo permite tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

De seguida, é apresentado o plano de cuidados da família e de T em particular:

Tabela 31-Plano de cuidados relativo a habitação

Foco de Atenção	Habitação	
Intervenção diagnóstica	Avaliar habitação	
Diagnóstico	Edifício residencial seguro	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha uma habitação segura	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o tipo de habitação - Avaliar o conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro 	<p>Habitação adequada às necessidades da família, no entanto apresenta barreiras arquitetónicas, (escadas) no interior e exterior da moradia de acesso ao 1º piso.</p> <p>A família apresenta ter condições de habitação no rés do /chão em caso de situação de imobilidade /dependência.</p>

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 32-Plano de cuidados relativo a rendimentos

Foco de Atenção	Rendimentos	
Intervenção diagnóstica	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimento	
Diagnóstico	Rendimento familiar suficiente	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha um rendimento suficiente	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimento	Todos os elementos usufruem de ordenado

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 33-plano de cuidados relativo a abastecimento de água

Foco de Atenção	Abastecimento de água	
Intervenção diagnóstica	Avaliar abastecimento de água	
Diagnóstico	Abastecimento de água adequado	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha água segura para consumo e acesso a rede de tratamento de águas residuais	Avaliar o abastecimento de água	A habitação tem rede pública de abastecimento de água, de tratamento de águas residuais e de esgotos.

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 34-plano de cuidados relativo a precaução e segurança

Foco de Atenção	Precaução de segurança	
Intervenção diagnóstica	Avaliar conhecimento sobre precaução de segurança	
Diagnóstico	Sem precaução de segurança comprometida	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha conhecimento sobre a prevenção de acidentes	Avaliar conhecimento sobre a utilização de equipamento de gás e barreiras arquitetónicas(escadas) Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro	A habitação tem rede de abastecimento de gás natural e faz vistoria de instalação periodicamente, neste momento nenhum elemento tem mobilidade reduzida, não se apresentando as escadas como uma barreira arquitetónica

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 35-Plano de cuidados relativo a satisfação conjugal

Foco de Atenção	Satisfação conjugal	
Intervenção diagnóstica	Avaliar satisfação conjugal	
Diagnóstico	Satisfação conjugal não comprometida	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha satisfação conjugal efetiva	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar relação dinâmica -Avaliar comunicação -Avaliar interação sexual -Avaliar a função sexual 	Apresentam um padrão de comunicação satisfatório para todos e funcional, e acaba por haver partilha de tarefas entre todos.

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 36-Plano de cuidados relativo a crença religiosa

Foco de Atenção	Crença religiosa	
Intervenção diagnóstica	Avaliar crença religiosa	
Diagnóstico	Sem crença religiosa dificultada	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha uma crença religiosa que não impeça a prestação de cuidados	Avaliar a crença religiosa	Referem que são católicos e que a sua religião não tem impacto na sua saúde e não impede a prestação de cuidados por parte dos serviços de saúde

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 37-Plano de cuidados relativo a processo familiar

Foco de Atenção	Processo familiar	
Intervenção diagnóstica	Avaliar processo familiar	
Diagnóstico	Processo familiar funcional	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha um processo familiar funcional	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a comunicação -Avaliar coping -Avaliar interação de papéis -Avaliar relação dinâmica -Avaliar a coesão e adaptabilidade através da escala FACES II -Avaliar a funcionalidade da família através da escala de APGAR Familiar de Smilkstein -Avaliar a capacidade de resolução de problemas da família através do questionário das forças familiares e a escala de resiliência de Connor-Davidson -Promover o envolvimento de todos os membros da família nuclear -Estimular a comunicação expressiva de emoções na família -Promover a partilha de dúvidas e experiências -Incentivar a presença de J nas consultas de T 	Após a aplicação das escalas, verifica-se que apresentam uma boa comunicação, procuram resolver sempre os problemas em conjunto, trata-se de uma família altamente funcional, equilibrada, no entanto o pai da criança não acompanha T nas consultas de vigilância de saúde materna, mas sim a mãe de T.

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 38-Plano de cuidados relativo a suporte

Foco de Atenção	Suporte	
Intervenção diagnóstica	Avaliar suporte	
Diagnóstico	Sem suporte comprometido	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha um suporte adequado	Avaliar suporte através de ecomapa	Apresentam um bom suporte entre todos e também relativamente a rede de amigos, vizinhos e serviços de saúde

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 39-Plano de cuidados relativo a animal doméstico

Foco de Atenção	Animal doméstico	
Intervenção diagnóstica	Avaliar animal doméstico	
Diagnóstico	Animal doméstico não negligenciado	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a família tenha os animais domésticos não negligenciados	Avaliar desparasitação e vacinação dos animais domésticos	Todos os animais se encontram desparasitados e vacinados, tendo consultas sempre que necessário no veterinário.

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 40-plano de cuidados relativo a adaptação à gravidez

Foco de Atenção	Adaptação à gravidez	
Intervenção diagnóstica	Avaliar adaptação à gravidez	
Diagnóstico	Potencial para melhorar adaptação à gravidez	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a T tenha uma gravidez sem complicações	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar adaptação à gravidez -Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida -Ensinar a futura mãe sobre o papel maternal -Ensinar/ Incentivar sobre amamentação -Ensinar /incentivar sobre o comportamento de procura de saúde -Ensinar / incentivar sobre envolvimento familiar -Ensinar / incentivar sobre hábitos de saúde -Ensinar sobre a lactação -Ensinar sobre leis e regulamentos (papel parental) -Ensinar sobre recursos do serviço de saúde: amamentação -Ensinar sobre a prevenção de infeções -Ensinar sobre os recursos da comunidade -Ensinar sobre as medidas de segurança -Ensinar sobre o desenvolvimento fetal -Ensinar sobre o uso de substâncias na gravidez -Incentivar a aprendizagem de capacidades -Incentivar ligação mãe -filho -Ensinar sobre o trabalho de parto 	<p>T tem várias dúvidas relativas ao cuidar do recém-nascido e trabalho de parto, irá iniciar curso de preparação para o parto e parentalidade.</p> <p style="text-align: right;">(continua na página seguinte)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre curso de preparação para o trabalho de parto e papel parental -Envolver a mãe e pai nos cuidados -Incentivar o envolvimento do pai na gravidez -Providenciar material de leitura 	(continuação da página anterior)
--	---	----------------------------------

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

Tabela 41-Plano de cuidados relativo a excesso de peso

Foco de Atenção	Excesso de peso	
Intervenção diagnóstica	Avaliar	
Diagnóstico	Obesidade	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a T tenha hábitos alimentares saudáveis e reduza peso	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre complicações -Ensinar sobre padrão alimentar -Incentivar hábitos alimentares saudáveis -Monitorizar estado nutricional -Monitorizar (índice de massa corporal, peso corporal, tensão arterial, frequência cardíaca) -Planejar dieta -Incentivar adesão à dieta -Negociar com a T a dieta -Referir para o serviço de nutrição -Referir para o serviço médico 	T tem apresentado urina com alteração de pH e aumentado de peso mais de 4 kg mensais

Fonte: criado pela própria adaptado do SClínico

CONCLUSÃO

A avaliação desta família através do MCAIF, deu-me oportunidade de compreender melhor as necessidades sentidas por esta família. Permitiu-me participar nas intervenções sistémicas e colaborativas à família através da sua avaliação nas diferentes dimensões, procurando que a família fosse o alvo dos cuidados de enfermagem. Avaliar esta família nas diferentes dimensões, permite obter ganhos em saúde para a família em questão, através dos cuidados de antecipatórios, ajudar a família a ter uma transição desenvolvimental tranquila, ultrapassando uma crise normativa.

Através das entrevistas, que decorreram na consulta de Saúde Materna de T, com a presença de mãe MT, foram colhidos alguns dados, para a dimensão estrutural, que permitiram iniciar o genograma, ecomapa e escala de Graffar e avaliar a dimensão do desenvolvimento e em contexto domiciliário, avalei a dimensão funcional, centrando no processo familiar para uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e naturalmente a identificação de necessidades de mudança neste nível de funcionamento familiar, disponibilizando a escala FACES II de adaptabilidade e coesão familiar e validando o APGAR familiar relativo à funcionalidade da família (perceção dos membros).

Ao realizar este trabalho, foi possível concretizar os objetivos inicialmente definidos: realizar o processo de enfermagem à família, aplicando o MCAIF. Relativamente aos objetivos específicos, avalei a família nos diferentes domínios relativos ao Modelo de Calgary e elaborei o plano de intervenções sistémicas colaborativas à família, através de nomenclatura CIPE.

As dificuldades na elaboração deste trabalho foram proceder à realização das escalas através de tabelas, por as que se pesquisavam não estavam com qualidade, a interpretação da escala FACES II, mas através da pesquisa essas dificuldades foram ultrapassadas. Outra dificuldade foi a construção do plano de cuidados à família, e não ao indivíduo. Esta dificuldade foi superada através da consulta do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo,2012), que me ajudou na identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a realização do plano de cuidados à família no SClínico com a enfermeira orientadora.

Através dos momentos proporcionados para observação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família ao longo do ciclo vital, são adquiridas competências em Enfermagem de Saúde Familiar, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais, permitiu envolver a família como parte significativa do processo terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). (des)Equilíbrios Familiares (1a Edição). Quarteto.
- Caeiro, Rui (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul -Ministério da Saúde.
- Cardoso, R. M. (2019). Competências Clínicas de Comunicação. Faculdade de Medicina Da Universidade do Porto.
- Fantini, K. (2005). A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal. *Família Saúde Desenvolvimento*, 7(3), pp. 272-278
- Fernandes, F. (2005). Factores Biopsicológicos e Dinâmica Familiar na Doença Asmática. Porto: Tese Doutoramento em Medicina apresentada na Faculdade Medicina da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, Maria (2009). Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Gameiro, A. (1994). Famílias monoparentais – aspectos sociais. *Hospitalidade*, 229, pp. 62-76
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2a Edição). Lusociência.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.
- Lima, A. M. N. (2014). A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade (Master's thesis).
- Lucas, C. S. F. da S. (2012). Resiliência Familiar em contexto de Pobreza Urbana: A Perceção das Famílias sobre Forças Familiares, Resiliência Individual e Stress Percebido. Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa Para Obtenção Do Grau de Mestre Em Ciências Da Família, Especialização Em Contextos Familiares de Risco, 7(June), 1–25.
- Minuchin, S. (1979). *Famílias Y Terapia Familiar*. Barcelona/Madrid, España: Ediciones Gedisa
- Minuchin, S. (1988). *Famílias: Funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Minuchin, S., & Lappin, J. (2011). Instructor's manual for Salvador Minuchin on family therapy. Psychotherapy.net
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (3th ed.) (pp. 514-547). New York: Guilford.
- Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Direção Geral da Saúde, 2015.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *The Roper, Logan & Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone Publications.
- Santos, M. L. V. A. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido em julho de 2022 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Schober, M; Affara, F. (2001). *The Family Nurse: frameworks for practice*. International Council of Nursing
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (1a Edição)*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Wright LM, Leahey M. (2012) *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª ed. São Paulo: ROCA.
- Wright, Lorraine M.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família (4a Edição)*. ROCA.