



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

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

Relatório Final de Estágio

A importância das famílias nos cuidados de enfermagem:
atitudes dos enfermeiros em saúde familiar

Sandra Margarida Gaspar Ferreira

Leiria, maio de 2022



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

**ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE**

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

Relatório Final de Estágio

A importância das famílias nos cuidados de enfermagem:
atitudes dos enfermeiros em saúde familiar

Sandra Margarida Gaspar Ferreira

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

Professor Orientador: João Manuel Graça Frade

Leiria, maio de 2022

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que comigo colaboraram nesta caminhada e que me apoiaram na realização deste trabalho.

Ao Sr. Professor Doutor João Frade, pela sua orientação científica, disponibilidade e importantes contributos para a consolidação deste trabalho.

À Administração Regional de Saúde do Centro, respetiva Comissão de Ética pela autorização que tornou este estudo possível.

Aos Sr.(s) Coordenadores das Unidades Funcionais que autorizaram o estudo e aos meus colegas Enfermeiros que nele participaram.

Aos meus colegas de curso, pela amizade.

À Marta, companheira nesta batalha, pelo incentivo, otimismo e motivação nos momentos mais sinuosos deste percurso.

À minha Família... em especial ao meu marido e aos meus filhos... pelo amor, paciência e apoio...aos meus pais pela ajuda, disponibilidade demonstradas ...e por acreditarem que seria capaz de responder a este desafio.

A todos,

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: A prática da enfermagem de saúde familiar nos Cuidados de Saúde Primários tem vindo a ser valorizada e reconhecida como essencial. As atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família são fundamentais na promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias.

Objetivos: Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros; caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com as suas atitudes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por enfermeiros a exercerem funções em Cuidados de Saúde Primários. Aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e a escala “*Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros*” (IFCE-AE).

Resultados: Amostra constituída por 21 enfermeiros, género feminino (85,7%), média idade (45,19 anos), casados (66,7%), especialidade/mestrado/outras áreas de formação (66,6%), enfermeiros especialistas (52,4%), tempo de exercício profissional médio (22,38 anos), tempo no serviço atual médio (12,80 anos) e formação em enfermagem de família (42,9%). 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 (84,23 pontos). A dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (42,33 pontos), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (35,00 pontos) e na dimensão *Família: fardo* (6,90 pontos). Não se verificou diferenças estatísticas significativas entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante dos cuidados e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

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

ABSTRACT

Background: Family nursing in primary health care has been valued and recognised as essential. Attitudes adopted by nurses towards families are fundamental in promoting, maintaining and recovering families' health.

Objectives: Explore nurses' sociodemographic and professional characteristics; characterise nurses' attitudes in approaching family as a key part of nursing care and relate nurses' sociodemographic and professional characteristics with their attitudes, in the family's participation and involvement in nursing care.

Methodology: Quantitative, descriptive, analytical, correlational and cross-sectional study, of a nonprobability sample made of nurses in primary health care. A questionnaire was used for sociodemographic and professional characterisation and the scale "*Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*" (FINC-NA).

Results: Sample made of 21 nurses, female gender (85,7%), median age (45 years), married (66,7%), specialty training/ masters/ other qualifications (66,6%), specialised nurses (52,4%), median time as a professional (22,38 years), median time in current job (12,80 years) and qualifications in family nursing (42,9%). Nurses consistently demonstrated a supportive attitude of families as an integral part of nursing care, with median score of the total FINC-NA scale (84,23 points). The subscale Family: a conversational partner and coping mechanism (42,33 points), Family: resource in nursing care (35,00 points) and in subscale Family: burden (6,90 points). There were no significant statistical differences between nurses' attitudes in approaching family as a key part of nursing care and the sociodemographic and professional variables.

Conclusion: Nurses demonstrate supportive attitudes about families, incorporating it in nursing care, which is an important factor for quality in family nursing and overall healthier care for individuals and families.

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

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACES PIN** – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- AT** – Assistente Técnico/a
- ARSC, IP** – Administração Regional de Saúde do Centro Instituição Pública
- BI-CSP** – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CAC** – Consulta de Atendimento Complementar
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CG** – Conselho Geral
- CS** – Centro de Saúde
- CSA** – Centro de Saúde de Ansião
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DGS** – Direção Geral da Saúde
- ECL** – Equipa Coordenadora Local
- FACES** - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
- ICN** – *International Council of Nurses*
- ICPC** – *International Classification of Primary Care*
- IDG** – Índice de Desempenho Global
- FINC-NA** – *Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes*
- IFCE-AE** – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
- IFNA** – *International Family Nursing Association*
- IE** – Interlocutor de Enfermagem
- MGF** – Medicina Geral e Familiar
- MIM@UF** – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
- MCAF** – Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família
- MCIF** – Modelo de *Calgary* de Intervenção da Família
- MDAIF** – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PA** – Plano de Ação
- PNV** – Programa Nacional de Vacinação
- RCCR** – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto
- RCCU** – Rastreio do Cancro do Colo do Útero
- SiIMA** – Sistema de Informação para gestão de Programas de Rastreio Populacionais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Km – Quilómetro

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSPA – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião

UF – Unidade Funcional

UP – Unidades Ponderadas

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS	X
ÍNDICE QUADROS	XI
ÍNDICE FIGURAS	XI
INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	16
1.1. MUNICÍPIO DE ANSIÃO	16
1.1.1. Enquadramento territorial	16
1.1.2. Caracterização demográfica.....	17
1.1.3. Equipamentos	18
1.1.4. Economia.....	19
1.2. ESTRUTURA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – ACES – PINHAL INTERIOR NORTE	20
1.3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	24
1.3.1. Unidade Cuidados Saúde Personalizados de Ansião	26
1.3.2. Missão, visão e valores	27
1.3.3. Ambiente físico e funcional.....	28
1.3.3.1. Caracterização dos Utentes da UCSP de Ansião.....	31
1.3.3.2. Programas da carteira de serviços - Plano de Ação.....	34
1.3.3.3. Consulta de enfermagem no domicílio	37
1.3.3.4. Carteira adicional de serviços	38
1.4. CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	38
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	42
2.1. FAMÍLIA.....	42
2.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	43
2.2.1. Fundamentos teóricos e conceptuais para a enfermagem de família.....	46
2.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	55
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	58
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	58
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e deontológica.....	59
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	59
3.1.3. Gestão dos cuidados	61
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens.....	61
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	63

3.2.1.	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	63
3.2.2.	Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	69
4.	PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	71
4.1.	PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....	71
4.2.	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	74
4.3.	HIPÓTESES	75
4.4.	METODOLOGIA	76
4.4.1.	Tipo de estudo.....	76
4.4.2.	População e amostra	76
4.4.3.	Variáveis em estudo.....	77
4.4.4.	Instrumento de recolha de dados	79
4.4.5.	Procedimentos éticos e formais	83
4.4.6.	Procedimentos na análise dos dados.....	84
4.5.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	86
4.5.1.	Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	87
4.5.2.	Atitudes dos enfermeiros face à família	90
4.5.3.	Teste de Hipóteses	91
4.6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
4.7.	CONCLUSÃO	108
	CONCLUSÃO	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
	APÊNDICES	I
	APÊNDICE I – MODELO DE <i>CALGARY</i> DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA	I
	APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	I
	APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO/LIVRE E ESCLARECIDO.....	I
	ANEXOS.....	I
	ANEXO I – PEDIDO DO PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO	I
	ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO	I
	ANEXO III – INFORMAÇÃO DO PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO AOS CONSELHOS CLÍNICOS DOS ACES	I
	ANEXO IV – AUTORIZAÇÕES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS ONDE DECORREU O ESTUDO.....	I

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Teste da Normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala – IFCE – AE na amostra em estudo.....	85
Tabela 2 – Distribuição da amostra por género.	87
Tabela 3 – Distribuição da amostra por idade.....	87
Tabela 4 – Distribuição da amostra por estado civil.....	87
Tabela 5 – Distribuição da amostra por grau académico.	88
Tabela 6 – Distribuição da amostra por título profissional.	88
Tabela 7 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional.	88
Tabela 8 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional no serviço atual.....	89
Tabela 9 – Distribuição da amostra por unidade funcional onde exerce funções.....	89
Tabela 10 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família.....	89
Tabela 11 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família em que contexto.	90
Tabela 12 – Distribuição da amostra por dimensões e o score total da escala IFCE-AE.	91
Tabela 13 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género.....	92
Tabela 14 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade.....	92
Tabela 15 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.....	93
Tabela 16 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o grau académico.....	94
Tabela 17 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.....	95
Tabela 18 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.....	95
Tabela 19 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce funções.	96
Tabela 20 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.....	97

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – Dados das freguesias.....	17
Quadro 2 – Indicadores demográficos – 2020.....	18
Quadro 3 – Recursos humanos da UCSP de Ansião – Equipa multiprofissional.....	28
Quadro 4 – Distribuição de utentes inscritos por grupo etário – UCSP de Ansião.....	33
Quadro 5 – Prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSP de Ansião.....	34
Quadro 6 – Desempenho assistencial – indicadores de enfermagem.....	36
Quadro 7 – Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos.....	37
Quadro 8 – Utentes inscritos no ficheiro de família – área geográfica.....	39
Quadro 9 – Utentes inscritos no ficheiro de família – grupo etário.....	39
Quadro 10 – Utentes inscritos por diagnóstico ativo no ficheiro de família.....	40
Quadro 11 – Distribuição de utentes por programa de saúde.....	40
Quadro 12 – Teorias das Ciências Sociais Familiares utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar.....	48
Quadro 13 – Variáveis independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	78
Quadro 14 – Variável dependente – escala IFCE – AE.....	79
Quadro 15 – Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE.....	81
Quadro 16 – Análise da consistência interna da escala IFCE – AE – adaptação portuguesa e o presente estudo.....	83

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Enquadramento do Concelho de Ansião.....	17
Figura 2 – Delimitação Territorial do ACES PIN.....	23
Figura 3 – Organograma do ACES PIN.....	24
Figura 4 – Mapa do Concelho de Ansião.....	25
Figura 5 – Logótipo UCSPA.....	27
Figura 6 – Pirâmide etária utentes inscritos na UCSP de Ansião.....	32
Figura 7 – Fontes conceituais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias.....	46

INTRODUÇÃO

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, percecionando-se com novas estruturas familiares demarcadas da estrutura tradicional.

Com a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), consideram-se como princípios: a proximidade, a acessibilidade e o acompanhamento do indivíduo ao longo do ciclo de vida, inserido na família, aos diferentes níveis de prevenção.

Para este desenvolvimento contribuíram várias políticas internacionais das quais se destacam as Metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na SAÚDE 21, com a Declaração de Munique em 2000. Esta declaração reconheceu a família como uma unidade chave na produção de saúde e conseqüentemente na melhoria da mesma, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (*World Health Organization, WHO, 2000*).

A família assumiu um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o alicerce face ao impacto que as transformações sociais provocam (OMS, 2002). Nas políticas de “Saúde para Todos no Século XXI”, estabeleceram-se programas de enfermagem centrados na família, designando o enfermeiro de saúde familiar como o profissional de saúde responsável no acompanhamento dos indivíduos ao longo do ciclo de vida, na saúde e na doença, trabalhando no seio de uma equipa multidisciplinar (OMS, 2002).

Neste contexto, o foco da prática de enfermagem foi ajustado, passando a ser direcionado para o sistema familiar, surgindo a figura do Enfermeiro de Família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar (Ministério da saúde, 2012). A Ordem dos enfermeiros (OE) (2000) lançou um desafio: “A cada família o seu enfermeiro” (OE, 2002).

Em Portugal, desde a reforma dos CSP, iniciada em 2005 com a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde (CS) e a implementação das unidades de saúde familiar (USF) destaca-se a relevância da família nos cuidados de saúde e evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, num contexto de proximidade, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo limitado de famílias, em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade.

A família, enquanto importante unidade de estudo e de intervenção, caracteriza-se pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade (Oliveira et al., 2011).

A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde, reconhecendo que da relação enfermeiro / família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos que permitem a ocorrência de transições positivas. A formação especializada contribui para que os enfermeiros adotem eficazmente a perspetiva sistémica do cuidado, considerando o doente, a família e o ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão (Wright & Leahey, 2009).

A enfermagem de família centra-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança (Figueiredo, 2012).

Considera-se que a conceptualização dos cuidados de enfermagem face à família, tendo-a como foco de atenção, se poderá desenvolver quer ao nível dos CSP, quer em contexto hospitalar, pois é fundamental que os cuidados de enfermagem sejam centrados à família, independentemente do contexto clínico em que os mesmos se desenvolvem (Fernandes et al., 2015).

A importância da família nos cuidados de saúde levou à regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, tem sido evidenciada nas orientações nacionais e internacionais com práticas de enfermagem centradas na família (Silva et al., 2013).

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

Desta forma afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado de enfermagem e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença no seio do seu contexto familiar (Frade et al., 2021). É essencial que as atitudes dos enfermeiros de família sejam fundamentadas e assertivas na prestação de cuidados à família (Rodrigues, 2013).

A evidência científica revela que a atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de coresponsabilização entre os intervenientes (Benzein et al., 2008).

A enfermagem em saúde familiar e os CSP tem evoluído, alicerçados num processo de desenvolvimento científico, com uma investigação cada vez mais aprofundada e com acompanhamento de políticas de saúde e respostas às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem (Melo, 2021).

A relevância do enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde familiar nos CSP e a pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem, conduziu à realização do estudo intitulado “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar”, com o intuito de avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família como parte integrante no processo de cuidados.

Este estudo pretende promover uma melhoria na intervenção da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde dos indivíduos e das famílias e contribuir para o incremento científico da Enfermagem.

Para a consecução dos objetivos, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo, transversal, correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 21 enfermeiros a exercerem funções nos CSP. O instrumento de recolha de dados inclui um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e a escala “*Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros*” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011).

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular de Estágio de Natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final, e foi elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre. Este pretende reproduzir as diferentes etapas percorridas no âmbito dos ensinamentos clínicos, estando organizado em quatro capítulos:

No primeiro capítulo serão descritos os contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, nomeadamente a composição da estrutura do sistema nacional de saúde; a caracterização, organização, dinâmica e funcionamento da atual Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião (UCSPA) e a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

No segundo capítulo será apresentada a fundamentação teórica que se baseia em conceitos centrais para este estudo: família; enfermagem de saúde familiar, uma síntese sobre os referenciais teóricos da enfermagem de saúde familiar e o enfermeiro de família.

O terceiro capítulo traduz uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro especialista

em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018) preconizadas pela OE, realizados em contexto clínico.

No quarto capítulo, será desenvolvida a prática especializada baseada na evidência, tendo por base todo o processo de investigação, de forma sequencial: fase conceptual com a escolha do problema de investigação, questões de investigação, objetivos de estudo e definição de hipóteses; fase metodológica com o tipo de estudo, população e amostra, definição de variáveis, instrumento de recolha de dados; procedimentos éticos e formais; fase empírica com a recolha de dados, apresentação e análise dos resultados, discussão dos resultados e a conclusão com a reflexão sobre os objetivos definidos, os principais resultados do estudo, bem como as limitações encontradas e as implicações para o futuro na enfermagem de saúde familiar.

Na conclusão será apresentada uma breve análise sobre as principais componentes estruturais do relatório, as dificuldades sentidas na realização deste e perspetivas futuras.

O trabalho segue as normas em vigor no guia de elaboração de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria.

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

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

O estágio desenvolveu-se em (I, II e III), nos períodos entre os dias 15.05.2021 a 25.06.2021, com a duração de 108 horas, os dias 28/06/2021 a 30/07/2021 num total de 94,5 horas e de 13/09/2021 a 28/01/2021 num total de 297,5 horas (16 horas por semana) contabilizando um total de 810 horas, de natureza profissional em enfermagem de cuidados à família realizados em contexto da UCSPA do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior (ACES PIN). Este estágio teve por objetivo aprofundar e mobilizar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, bem como, servir de contexto à realização de um trabalho de investigação, numa perspetiva de conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de enfermagem e compreender a importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde juntos dos utentes, das famílias e da comunidade.

Com vista ao melhor conhecimento dos contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, será feita uma breve caracterização do município de Ansião, a descrição da estrutura do Sistema Nacional de Saúde – ACES PIN, conhecer a organização, dinâmica e funcionamento da UCSPA e a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

1.1. MUNICÍPIO DE ANSIÃO

1.1.1. Enquadramento territorial

Ansião é uma vila portuguesa, pertencente ao distrito de Leiria que integra a região de Leiria no Centro de Portugal com cerca de 2700 habitantes. É sede do município de Ansião com 176,09 Km² de área e 11632 habitantes (2021), subdividido em 6 freguesias (Alvorge, Ansião, Avelar, Chão de Couce, Pousaflores e Santiago da Guarda). O município é limitado a nordeste pelo município de Penela, a leste por Figueiró dos Vinhos, a sul por Alvaiázere, a oeste por Pombal e a Noroeste por Soure. Dista da cidade de Leiria 57 KM à sua capital de distrito, via IC8/A1, 48 Km da cidade de Coimbra via A13 e a 112 Km da cidade de Castelo Branco via IC8 (Wikipédia, 2021).



Mapa n.º 1 – Enquadramento Nacional.

Mapa n.º 2 – Enquadramento Distrital

Figura 1 – Enquadramento do Concelho de Ansião.

Fonte: Ansião M. (2021)

Mediante os dados relativos aos censos de 2021, representado no quadro 1, as freguesias de Ansião e Avelar são as que apresentam uma maior concentração de habitantes por quilómetro quadrado, criando desta forma dois importantes núcleos urbanos com dimensão de vila, na estruturação demográfica do concelho (Ansião M., 2021).

Quadro 1 – Dados das freguesias.

	Alvorge	Ansião	Avelar	Chão de Couce	Pousaflores	Santiago da Guarda
Área (km ²)	7,72	39,82	8,48	25,10	26,36	42,50
População (hab)	1050	3026	1927	1684	800	2645
Densidade Populacional (hab/km ²)	136,01	75,99	227,24	67,09	30,35	62,24

Fonte: PORDATA (outubro, 2021)

1.1.2. Caraterização demográfica

No quadro 2 estão explanados os indicadores demográficos relativos ao município de Ansião, referentes ao ano 2020. Deste quadro destaca-se o elevado índice de envelhecimento da população, bem como um elevado índice de dependência de idosos e um baixo índice de dependência de jovens. Esta situação é típica de uma população envelhecida, que se reflete numa pirâmide etária invertida. Apresenta uma taxa de natalidade ligeiramente mais baixa que a verificada para a região centro e para o território nacional. Também em termos de mortalidade, a taxa referente ao município de Ansião apresenta valores superiores à maioria das outras unidades em análise.

Quadro 2 – Indicadores demográficos – 2020.

Indicador	Continente	Centro	Município Ansião
População Residente – Nº médios indivíduos – Km2	110	78,8	68,4
Índice de envelhecimento	167,8 %	205,2 %	287,6 %
Índice de dependência de idosos	35,3 %	38,7 %	43,7 %
Índice de dependência de jovens	21,1 %	18,9 %	15,2 %
Taxa bruta de natalidade	8,2 %	7,1 %	5,3 %
Taxa bruta da mortalidade	12,1 %	13,6 %	14,1 %

Fonte: PORDATA (outubro, 2021)

No que diz respeito ao acesso ao concelho de Ansião, este é servido pelos itinerários complementares da IC3 e IC8. Na proximidade, a cerca de 20 km-Pombal, passa o IP1, IC2, A1 e a Linha Ferroviária do Norte.

A rede rodoviária principal do concelho atinge um comprimento global de cerca de 571 km, satisfazendo as necessidades primárias de cobertura dos aglomerados urbanos, inclusive os de menor importância hierárquica (lugares).

Sendo o concelho servido por uma boa rede de vias de comunicação, podemos afirmar que estamos em média a 1 hora dos equipamentos de saúde (hospitais) e escolas superiores/universidades e cerca de metade do tempo dos restantes equipamentos (Ansião M., 2021).

1.1.3. Equipamentos

Relativamente aos equipamentos de educação e ensino, a população escolar do concelho de Ansião tem cerca de 15% do total da população escolar do concelho. Encontra-se distribuída por um total de 36 equipamentos que vão desde o ensino pré-escolar até ao secundário e que procuram assegurar as necessidades educativas a estes níveis de ensino.

Ao nível dos equipamentos de ensino pelas respetivas freguesias, verifica-se uma clara predominância dos estabelecimentos públicos sobre os privados, e que, todas as freguesias possuem pelo menos um estabelecimento de ensino, onde se destacam as de Santiago da Guarda e Ansião com 10 e 7 estabelecimentos, respetivamente. Ao nível pré-escolar e 1º ciclo, praticamente todas as freguesias estão representadas.

Os 2º e 3º ciclo encontram-se nas freguesias de Ansião, Avelar e Santiago da Guarda. O secundário existe apenas em Ansião e Avelar. Não existe qualquer estabelecimento de ensino relativo aos níveis de ensino especial e recorrente (Ansião M., 2021).

No que diz respeito aos equipamentos de saúde, Ansião possui atualmente uma estrutura que abrange a totalidade do concelho, sendo que as freguesias de Ansião e Avelar, são as que maior número de equipamentos possui.

Existe no concelho, um hospital na freguesia de Avelar, pertencente à Fundação Nossa Senhora da Guia que assegura o serviço de urgência básica (24 horas), com a capacidade de 49 camas disponíveis para internamento (Ansião M., 2021).

No âmbito das unidades de CSP do Serviço Nacional de Saúde (SNS), existe um Centro de Saúde em Ansião (CSA) para dar resposta às necessidades da população, incluindo promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e desenvolvimento de atividades específicas dirigidas a situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde. É constituído por uma unidade de saúde na sede do concelho, que abrange 38,3% da população, e mais quatro unidades de saúde (extensões) localizadas nas freguesias de Alvorge, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda.

Em complementaridade surgem ainda um conjunto de farmácias que procuram assegurar as necessidades da população, juntamente com laboratórios de análises clínicas, clínicas de saúde e consultórios médicos de especialidades (Ansião M., 2021).

Os equipamentos de cariz social tais como as creches, apoio domiciliário, centros de dia e lares visam dar apoio à ação social, que consiste numa forma de proteção social destinada a prevenir situações de carência socioeconómica, procurando desta forma assegurar especial proteção a grupos mais vulneráveis como são as crianças, os jovens, os portadores de qualquer tipo de deficiência e os idosos (Ansião M., 2021).

Em termos de equipamentos desportivos, o concelho de Ansião tem registado uma considerável melhoria quer pelo número da oferta quer pela qualidade desta, contudo, existem ainda algumas limitações sobretudo nas freguesias com menores índices populacionais, relativas a uma menor diversidade da oferta (Ansião M., 2021).

1.1.4. Economia

As empresas são polos geradores de emprego que ajudam à fixação de população, minimizando eventuais processos de despovoamento que de forma persistente afetam inúmeras regiões do país.

Ao mesmo tempo funcionam como meio de modernização das infra-estruturas e de modos de vida que acabam por exigir equipamentos complementares de administração, ensino, saúde e lazer, constituem-se como um importante motor de crescimento económico de elevada importância no processo de desenvolvimento local e regional (Ansião M., 2021).

Em termos empresariais, o concelho de Ansião tem vindo a conhecer um importante crescimento, sobretudo devido a um forte investimento no desenvolvimento do parque empresarial do concelho. Esta estratégia de desenvolvimento tem permitido a criação de condições de atracção à implantação de novas empresas, de importância vital para o crescimento económico do concelho.

As principais concentrações empresariais do concelho destacam-se, a de Avelar constituída sobretudo por unidades fabris do sector da tecelagem, da indústria dos moldes de componentes de borracha, cerâmica e têxteis (Ansião M., 2021).

No contexto da diferenciação face à situação económica a população inativa em Ansião representa 58% dos indivíduos, fruto de uma estrutura etária envelhecida. A população em idade ativa, que totaliza 5762 indivíduos, apresenta uma taxa de desemprego de 4.9%, onde 23% da população desempregada procura o primeiro emprego estando este indicador fortemente associado aos jovens.

O trabalho por conta de outrem é o mais importante, seguido pelos trabalhadores por conta própria e pela população ativa. A natureza profissional em Ansião com maior relevância encontra expressão nos operários, artífices, trabalhadores não qualificados e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem com uma quota-parte de significância da população empregada (Ansião M., 2021).

Os sectores secundário e terciário de atividade têm bastante importância no tecido empresarial de Ansião. O setor primário encontra fraca expressão no conjunto das sociedades sediadas. Nesse caso predomina o tipo de exploração por conta própria, assente numa agricultura de subsistência, policultura intensiva, de regadio em função da espécie cultivada (Ansião M., 2021).

1.2. ESTRUTURA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – ACES – PINHAL INTERIOR NORTE

O direito à saúde, é um direito económico, social e cultural, plasmado no artigo 64º desde 1976 (Constituição da República Portuguesa, 2005). O estado tem como incumbência exercer inspeção, fiscalização, controlo e garantir no mais que for possível o acesso à saúde.

Em 1979, segundo o Decreto-Lei n.º 56/79 é criado o SNS, que não é mais que um conjunto de instituições e serviços oficiais que prestam cuidados de saúde. Estes serviços e instituições funcionam sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, e têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

Segundo o mesmo Decreto-Lei no artigo n.º 38, o SNS está organizado em cinco regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), estando as mesmas sob a superintendência e tutela do governo, sendo administrado a nível regional pelo conselho de administração das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estas são dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, bem como de património próprio.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (UF), que agrupam um ou mais CS, dependem funcionalmente das respetivas ARS.

O CS, componente do ACES é um conjunto de UF de CSP, individualizado, por localização e denominação determinante.

O ACES tem por missão:

- Garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados;
- Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica;
- Investigação em saúde;
- Controlo e avaliação dos resultados;
- Formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré - graduada, pós-graduada e contínua.

Em 2007 dá-se início à reforma dos CSP com a formação de novas unidades de saúde, com denominações, estrutura e funções diferentes.

Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- a) A USF é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do CS. São disciplinadas por legislação específica (n.º 1 a n.º 4 do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).
- b) A UCSP tem uma estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC), presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
- d) Unidade de saúde pública (USP), compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.
- e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, aprovados por Despacho do Ministro da Saúde e que venham a ser considerados como necessários.

Em cada CS componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Cada UF é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais UF do CS e dos ACES, segundo o Decreto-Lei nº 28/2008.

O ACES PIN está localizado na Lousã e pertence à ARS do Centro. A sua área de influência corresponde aos concelhos de Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrogão Grande, Penela, Tábua, Vila Nova de Poiares, como mostra na figura 2.



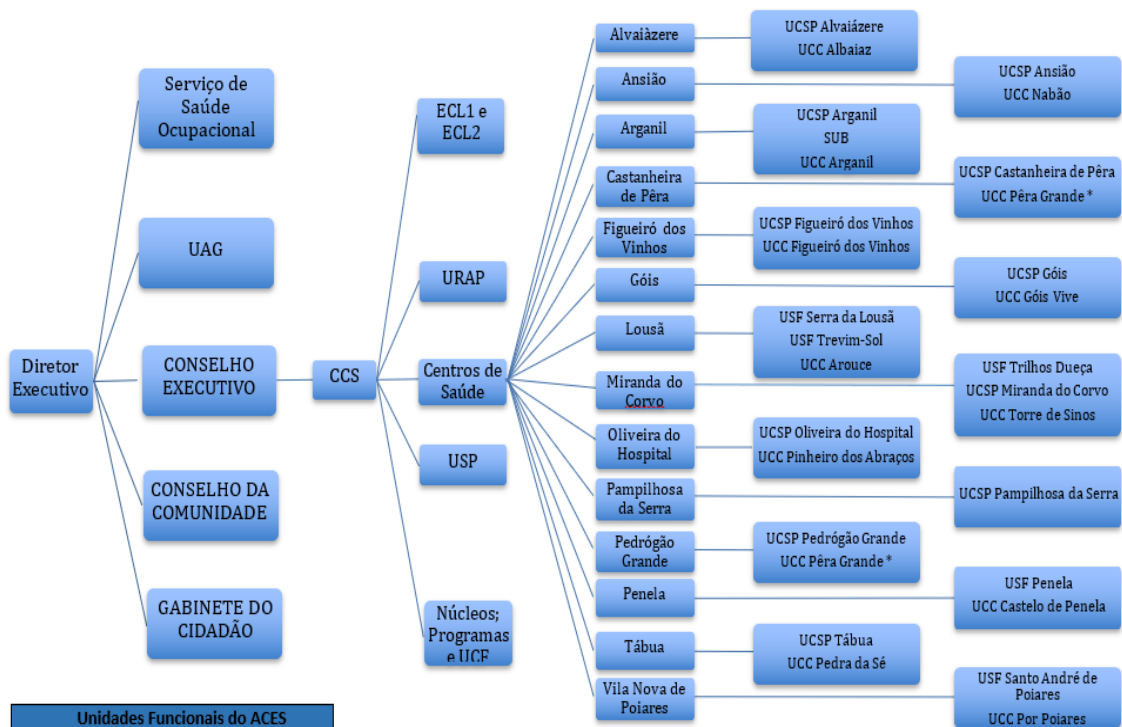
Figura 2 – Delimitação Territorial do ACES PIN.

Fonte: ARS /Centro – Perfil Local de Saúde (2018)

Segundo o Plano Local de Saúde de 2017 – 2020, o ACES PIN abrange uma população residente de 123 514 habitantes, representando 7,4% da população da região centro (1 663 772 habitantes). Este território abrange uma área de 2.617,68 Km², com uma densidade populacional de 48,0 hab/km².

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

O ACES PIN integra catorze CS sendo um deles o CSA tal como demonstra na figura 3.



Unidades Funcionais do ACES					
N.º	USF	UCSP	UCC	URAP	USP
	5	11	12	1	1

Última atualização: 30 de abril de 2019

Figura 3 – Organograma do ACES PIN

Fonte: BI – CSP – ACES - PIN (2019)

1.3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O CS é uma unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população.

O CSA encontra-se inserido no concelho de Ansião que faz parte da região Centro de Portugal Continental, distrito de Leiria, integra o ACES PIN e é dependente da Administração Regional de Saúde do Centro Instituição Pública (ARSC, IP) e tem como área geográfica de atuação o concelho de Ansião, abrangendo as freguesias de Alvorge, Ansião, Avelar, Chão de Couce, Santiago da Guarda e Pousaflores, de acordo com a figura 4.

Freguesias do Concelho de
ANSIÃO
após a reorganização administrativa de 2013

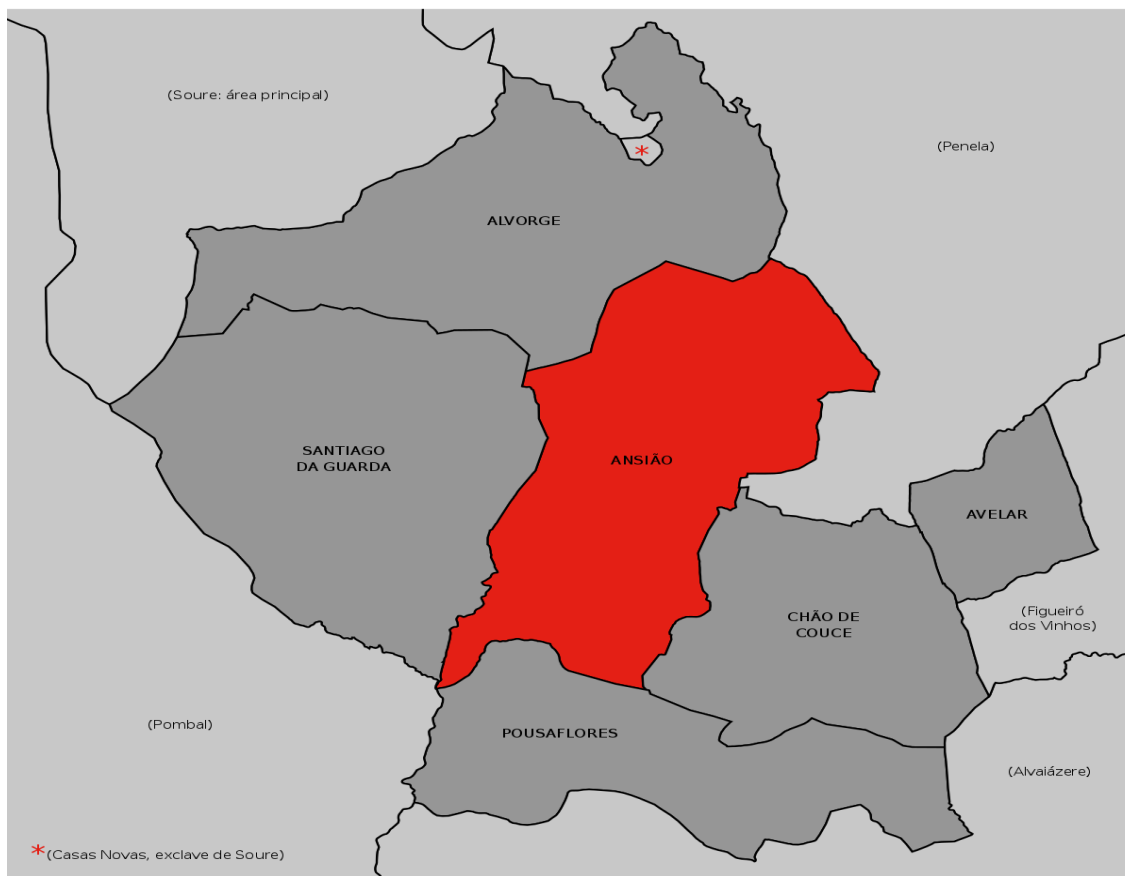


Figura 4 – Mapa do Concelho de Ansião.

Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ansi%C3%A3o_\(freguesia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ansi%C3%A3o_(freguesia))

O CSA é composto pela UCSPA, UCC Nabão, USP, URAP e UAG (Unidade de Apoio à Gestão) e localiza-se na Rua Dr. Fernando Travassos - 3240-110 Ansião.

O CSA está inserido num edifício com R-Chão e 1º piso. No Piso 0 encontra-se a UCSPA, a URAP com serviços de fisioterapia, serviço social e nutrição. Na parte de trás do edifício encontram-se os serviços de limpeza, lavandaria, esterilização, aprovisionamento, vestiários e ainda se situa a Consulta de Atendimento Complementar (CAC). Atualmente esta área é utilizada para o atendimento a utentes da área respiratória. O Piso 1, encontra-se a USP, UCC Nabão, UAG, o refeitório e a sala de reuniões/biblioteca.

Os recursos humanos do CSA relativamente à UCSPA são: 8 médicos ,8 enfermeiros ,8 assistentes técnicos; na UCC: 3 enfermeiros; na URAP: 1 fisioterapeuta, 1 técnica de serviço social, 1 nutricionista; na USP: 1 médico 1 técnica de saúde ambiental; e na UAG: 2 assistentes técnicas.

O horário de funcionamento do CSA onde se insere a UCSPA (sede) é das 08h00 às 20h00, todos os dias úteis, sendo o período de atendimento (intervalo de tempo diário durante o qual a UCSP efetua atendimento ao público) das 08h15 às 19h45.

A UCSPA encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados, podendo os utentes em caso de doença aguda recorrer ao CAC com horário de funcionamento das 10h00 às 18h00 sendo o horário de atendimento ao público das 10h15 às 17h45. Nos restantes períodos deverão recorrer aos serviços de saúde disponíveis na região.

O horário de funcionamento dos pólos assistenciais é das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00, dias úteis, sendo o horário de atendimento administrativo ao público das 09h05 às 13h00 e das 14h00 às 16h55.

1.3.1. Unidade Cuidados Saúde Personalizados de Ansião

A UCSPA é uma UF do CSA, constituída pela sede situada na freguesia de Ansião e por 4 pólos das freguesias de Alvorge, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda. Relativamente à população da freguesia de Pousaflores, residente na zona sul da freguesia é assistida pelo pólo de Chão de Couce e a da zona norte, pela UCSPA.

Os utentes inscritos na UCSPA são todos os utentes inscritos no CSA que provêm de todas as freguesias do concelho e também de franjas dos concelhos limítrofes de Ansião (Soure, Figueiró dos Vinhos, Alvaiázere e Pombal) e por maior facilidade de acesso preferem utilizar os serviços da UCSPA.

O Parecer Técnico da UCSPA foi assinado com o ACES PIN a 01/07/2014. Iniciou-se o trabalho neste modelo de organização a 01 de outubro de 2014. Contudo apenas em outubro de 2015 com a “criação informática” da UF, foi iniciado formalmente o trabalho em UCSP.

A UCSPA tem como compromisso assistencial, todos os utentes inscritos no CSA. Esta UF é representada pelo logótipo, ilustrado pela figura 5.



Figura 5 – Logótipo UCSPA

Fonte: Manual de Acolhimento aos alunos em estágio na UCSPA (Ansião, 2020)

1.3.2. Missão, visão e valores

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

Missão

Garantir a prestação de cuidados de saúde globais e personalizados à população inscrita na UCSP, com responsabilidade e competência, em tempo útil, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (Ansião, 2019).

Visão

Tornar uma UCSP de referência em CSP, com objetivos de excelência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados aos utentes, contribuindo para a satisfação dos mesmos, assim como a dos profissionais que a integram (Ansião, 2019).

Valores

O exercício da atividade assistencial assenta num modelo que privilegia o trabalho em equipa multiprofissional, com os seguintes valores:

- **Qualidade** - O atendimento aos utentes que recorrem à UCSP deve ser realizado com qualidade por todo e qualquer profissional da equipa da UF, sendo a mesma imprescindível no planeamento, execução e avaliação de toda a atividade da Unidade;
- **Acessibilidade** - Promoção de uma acessibilidade flexível e organizada à UCSP;
- **Eficiência** - Ampliação da eficiência e da efetividade dos serviços, com monitorização contínua dos indicadores chave, objetivando a melhoria da gestão clínica e organizacional;

- **Satisfação** - Individual, coletiva e dos utentes inscritos.
- **Cooperação** - Fundamentada na capacidade de intra e interajuda entre os profissionais da UCSP disponibilizando a capacidade profissional de cada um aos objetivos da UF;
- **Compromisso** - Empenho, respeito e rigor dos elementos da equipa da UCSP dando o seu melhor no sentido do cumprimento dos objetivos do grupo (Ansião, 2019).

1.3.3. Ambiente físico e funcional

De forma a centrar os cuidados no utente e nas suas necessidades, a UCSPA propõe atuar de forma multiprofissional, em equipa (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos - AT), planeando a sua atuação individual e/ou em grupo em função dos objetivos assumidos.

Constitui a estrutura interna da UCSPA, o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral (CG), o Conselho Técnico (CT), o Interlocutor de Enfermagem (IE) e o Interlocutor Administrativo, de acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017.

No que diz respeito aos recursos materiais, todos os gabinetes médicos e de enfermagem dispõem dos equipamentos essenciais para a realização das respetivas consultas. Assim como as restantes áreas de atendimento, das restantes unidades funcionais, existem quadros de afixação informativos dos diversos serviços oferecidos pela UCSP e respetivos horários de atendimento e dos profissionais, bem como das alternativas assistenciais fora do horário da UCSP.

A equipa multiprofissional da UCSPA é atualmente constituída por 8 Médicos Especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF), 8 Enfermeiros, 3 dos quais com especialidade em Enfermagem Comunitária e 8 AT, organizados em equipas nucleares de acordo com o quadro 3.

Quadro 3 – Recursos humanos da UCSP de Ansião – Equipa multiprofissional.

UCSP de Ansião			
Local	Equipa Nuclear		
	Médico	Enfermeiro	Assistente Técnico
Ansião (sede)	4	4	4
Polo Avelar	1	1	1
Polo Alvorge	1	1	1
Polo Santiago da Guarda	1	1	1
Polo Chão de Couce	1	1	1

Fonte: Relatório de Atividades de 2019 (Ansião, 2020)

O objetivo das equipas nucleares é o de melhorar a continuidade dos cuidados prestados aos utentes, uma vez que cada uma centra a sua atividade na lista do médico/enfermeiro de família que a integra.

Procurando fomentar o trabalho em equipa de família, funcionam 4 equipas constituídas por 4 médicos, 4 enfermeiros e 2 AT que assumem o compromisso de garantir cuidados de saúde personalizados e individualizados, acautelando a acessibilidade, continuidade e a intersubstituição de elementos à população inscrita (Ansião, 2019).

Todos os profissionais têm a responsabilidade de:

- Garantir uma boa acessibilidade dos utentes a todos os serviços disponibilizados pela Unidade;
- Garantir em todas as situações uma relação de respeito, cortesia e amabilidade com os cidadãos e com os outros profissionais;
- Atender e encaminhar chamadas telefónicas dos utentes de acordo com as normas definidas na Unidade;
- Garantir todo o empenho na identificação dos problemas dos utentes, assumindo com profissionalismo a sua orientação ou resolução, tendo em conta as boas práticas em cada momento;
- Cumprir as normas e orientações de serviço emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS);
- Participar nos processos de planeamento, avaliação, organização e gestão da UCSPA;
- Zelar pela conservação e manutenção do equipamento, material e património confiado à UCSPA;
- Zelar pelo bom nome e prestígio da UCSPA (Ansião, 2019).

Relativamente a acessibilidade e circuito do utente, a UCSPA disponibiliza aos seus utentes um guia de acolhimento, onde consta a carteira de serviços, o horário de funcionamento, as alternativas assistenciais, o endereço, contactos da UCSPA e o sistema de marcação de consultas.

A UCSPA assume um compromisso assistencial nuclear, denominada carteira básica de serviços da qual fazem parte os programas assistenciais definidos no Plano de Ação (PA) e aprovados em Conselho Geral (CG), onde os profissionais desempenham todas as atividades incluídas na carteira básica (Ansião, 2019).

A UCSPA tem um horário das 8h00 às 20h00 todos os dias úteis. Fora do período de funcionamento da unidade, em caso de doença aguda, o utente poderá recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (HUC, Covões, Hospital Pediátrico e Maternidades), Hospital de Pombal e Hospital do Avelar. Aos fins de semana, feriados e tolerâncias, das 10h00 às 18h00, os utentes podem recorrer ainda à CAC do CSA.

Estão publicitadas na UCSPA e em panfletos, as alternativas assistenciais no período de encerramento da UCSPA, para que os utentes saibam claramente quais as opções de cuidados à sua disposição. Em situações urgentes/emergentes os utentes deverão contactar 112, em qualquer hora e dia da semana (Ansião, 2019).

Em termos de oferta de serviços, a UCSPA disponibiliza aos seus utentes, as consultas programadas para vigilância dos grupos vulneráveis e de risco. Estas consultas têm periodicidades específicas que devem ser cumpridas tendo em conta as normas de orientação clínica da DGS. São ainda asseguradas consultas não programadas, no próprio dia, realizadas preferencialmente pelo médico de família de acordo com o seu horário. As consultas de intersubstituição destinam-se a situações de doença aguda que garantem a prestação de cuidados aos utentes, na ausência da sua equipa de saúde familiar ou quando não exista possibilidade de resposta, por parte desta, por não dispor de vagas na agenda.

A UCSPA garante ainda a acessibilidade de doentes esporádicos (utentes sem inscrição na UCSPA e com impossibilidade para se deslocar à sua unidade de origem em situações de doença aguda ou tratamentos, não emergentes).

De acordo com a Portaria n.º 1368/2007 o compromisso assistencial explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de MGF e de enfermagem, no que diz respeito ao núcleo base de serviços clínicos:

1) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:

1.1) Geral;

1.2) Saúde da mulher;

1.3) Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;

1.4) Saúde do adulto e do idoso;

2) Cuidados em situação de doença aguda;

3) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;

4) Cuidados no domicílio;

5) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

A UCSPA inclui na sua carteira básica de serviços os seguintes programas de saúde:

a) Programa de Saúde do Adulto e do Idoso;

b) Programa de Saúde Infantil e Juvenil;

- c) Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva e Planeamento Familiar;
- d) Programa de Saúde Materna;
- e) Programa de Prevenção Oncológica (Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) e Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU));
- f) Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes;
- g) Programa Nacional para as Doenças Cardio e Cerebrovasculares Risco: Hipertensão;
- h) Consulta de hipocoagulados;
- i) Visitação domiciliária;
- j) Consulta de doença aguda;
- k) Consulta de intersubstituição.

A equipa de enfermagem tem horários específicos de atendimento conforme as necessidades que os utentes apresentam, devendo ser as atividades de enfermagem preferencialmente programadas.

Além das atividades já descritas cuja participação da equipa de enfermagem, existem outras atividades da exclusiva responsabilidade de enfermagem, nomeadamente:

- a) Tratamentos, injetáveis ou outros atos com prescrição médica;
- b) Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- c) Contacto de Enfermagem Indireto/Gestão de ficheiro (Ansião, 2019).

1.3.3.1. Caracterização dos Utentes da UCSP de Ansião

O Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando e quantificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada. A UCSPA apresenta um IDG de 52% relativo a maio, 2021.

De acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP, a UCSPA contabiliza um total de 12 740 utentes inscritos em maio de 2021, sendo 6087 do sexo masculino e 6653 do sexo feminino, segundo consta na pirâmide etária da figura 6.

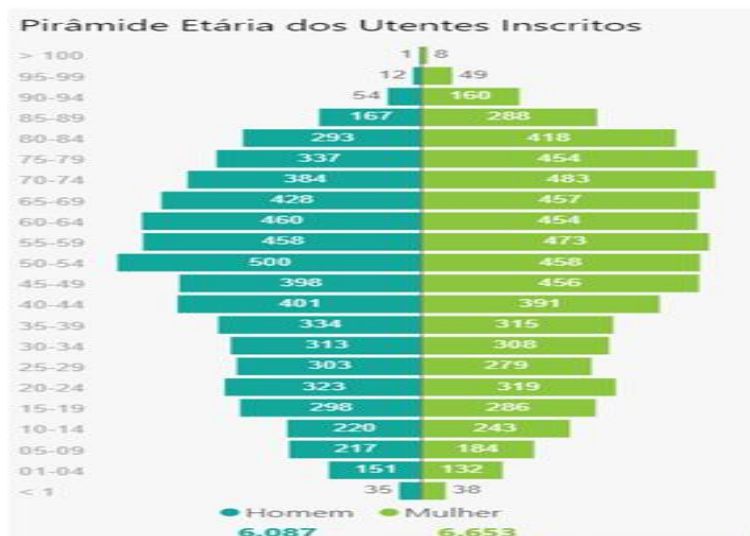


Figura 6 – Pirâmide etária utentes inscritos na UCSPA de Ansião.

Fonte: BI - CSP (maio, 2021)

Analisando a pirâmide etária verifica-se que a UCSPA presta cuidados a uma população fundamentalmente envelhecida. O número de crianças com menos de um ano é de apenas 73 e são 9 os idosos com idade superior a 100 anos, dos quais 8 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. No que respeita à população feminina 2354 mulheres estão em período fértil (15-49 anos), ou seja 18,48% do total da população inscrita na UCSPA.

Da totalidade do número de utentes inscritos 12544 utentes possuem médico e enfermeiro de família (98,46%), distribuídos por 8 equipas de família e 196 utentes (1,54%) não possuem.

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 69,26%.

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 16,21%.

O índice de dependência de idosos (≥65 anos) é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, com o valor de 53,05%.

No quadro 4, descrevem-se os utentes inscritos por grupo etário, género e respetiva correspondência em Unidades Ponderadas (UP).

Quadro 4 – Distribuição de utentes inscritos por grupo etário – UCSP de Ansião.

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 anos	267	241	508	762,00
07 – 64 anos	4144	4095	8239	8239,00
65 – 74 anos	812	940	1752	3504,00
≥ 75 anos	864	1377	2241	5602,50

Fonte: BI – CSP (maio, 2021)

O rácio de dotação de enfermeiro adequado em cada UF é um enfermeiro por cada 1550 utentes ou 1917 UP e um enfermeiro para 350 famílias, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019.

As UP estão relacionadas com a idade dos utentes, desta forma as pessoas com idades compreendidas entre os 7 e os 64 anos contam com 1 UP, as crianças até aos 6 anos como 1,5 UP, as pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos com 2 UP e as pessoas com idade igual ou superior aos 75 anos contam com 2,5 UP.

Atualmente, a média de utentes inscritos por médico de família na UCSPA é de cerca de 1568 utentes/equipa de família. Relativamente à média das UP verificamos que esta é de 2263,4 utentes/equipa de família.

A colheita de dados relativos aos indicadores e relatórios de gestão foi efetuada através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) que permite complementar a informação de produção diária, cuja atualização de dados é feita mensalmente.

Segundo as orientações estratégicas definidas pelos planos nacional, regional e local de saúde deverá existir um planeamento de base relativo à população da UCSPA e ajustado aos recursos disponíveis.

Após a análise dos documentos citados, depreendeu-se que os maiores problemas de saúde são: Saúde mental, Vigilância e controle de doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes, Hipertensão Arterial e Obesidade, Doenças do Aparelho Respiratório, Tumores Malignos/Doença Oncológica. Em relação à prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSPA, e em consonância com os problemas descritos nos planos de saúde, os resultados estão representados no quadro 5 de acordo com a *International Classification of Primary Care* (ICPC).

Quadro 5 – Prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSP de Ansião.

ICPC	Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	3.983	1
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	3.309	2
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	2.082	3
T83	EXCESSO DE PESO	1.881	4
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	1.768	5
R74	INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	1.614	6
T82	OBESIDADE	1.442	7
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	1.282	8
L87	BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE	1.167	9
A98	MEDICINA PREVENTIVA / DE ACOMPANHAMENTO GERAL	1.093	10

Fonte: MIM@UF (junho, 2021)

1.3.3.2. Programas da carteira de serviços - Plano de Ação

A UCSPA tem um modelo de gestão por objetivos definidos em PA revisto anualmente com identificação de metas e atividades a desenvolver. Todos os anos a equipa assina a carta de compromisso no âmbito da contratualização interna com ACES PIN. De acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017 será revista a contratualização sempre que se alterem as condições de exercício da equipa e seus recursos.

A equipa reúne pelo menos trimestralmente para a monitorização dos indicadores contratualizados, discussão de resultados e aspetos organizacionais, avaliação de desempenho, discussão e definição de estratégias ou medidas corretoras.

Com base na plataforma BI-CSP, o PA desta unidade apresenta-se em estado de não iniciado até 12/01/2021 e que se manteve segundo informação da enfermeira coordenadora até à data da conclusão do estágio.

O relatório de atividades de 2019 da UCSPA teve como base os resultados obtidos a partir da aplicação do MIM@UF em fevereiro de 2020, nos registos da UCSPA no programa SClinico, o Registo Nacional de Utentes e o Sistema Informático Nacional de Unidades de Saúde. Ou seja, será tido em conta o PA de 2019 por forma a perceber quais os problemas encontrados, as atividades e metas definidas.

De acordo com a carta de compromisso de 2019, a UCSPA definiu como problemas de saúde os Rastreios, englobando os RCCR e RCCU, indo ao encontro dos problemas do ACES PIN, uma vez que o número de rastreios realizados se encontrava abaixo do desejado.

Assim foram definidos dois objetivos que visam a melhoria da taxa de RCCU e do RCCR:

- Aumentar a taxa de RCCR na população entre [50-75 [anos;
- Aumentar a proporção de mulheres entre [25-60 [anos, com RCCU.

Os indicadores que permitem monitorizar este processo são:

45 – Proporção de mulheres entre [25;60 [anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado;

46 – Proporção de utentes com idade entre [50;75 [anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado.

Ao longo do ano de 2019, o desempenho da unidade foi monitorizado, com aplicação de medidas de melhoria, nomeadamente:

45 – Proporção de mulheres entre [25;60 [anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado:

- Excluir do rastreio na aplicação do SiiMA Rastreios (Sistema de Informação para gestão de Programas de Rastreio Populacionais) e no SClinico as mulheres seguidas no privado, ou com outros critérios de exclusão;
- Realizar convocatória por carta convite ou via telefone;
- Outras metodologias que as várias equipas considerem pertinentes e eficazes.

46 – Proporção de utentes com idade entre [50;75 [anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado:

- Excluir do rastreio na aplicação SiiMA Rastreios e no SClinico os utentes de acordo com os critérios de exclusão;
- Realizar convocatória por carta convite ou via telefone;
- Realizar rastreio oportunista;
- Outras metodologias que as várias equipas achem pertinentes e eficazes.

Na avaliação global a UCSPA melhorou comparativamente a setembro de 2018 passando de 27,76 para 36,27 na proporção de mulheres entre [25;60 [anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado, e de 27,65 para 39,36 na proporção de utentes com idade entre [50; 75 [anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado em 2019.

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

No que diz respeito aos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, relativos a abril de 2021, os mesmos são apresentados com os respetivos resultados e scores nas várias sub-áreas de intervenção: Acesso, Gestão da Doença, Gestão da Saúde. Esta análise foi realizada com base na plataforma BI-CSP.

Quadro 6 – Desempenho assistencial – indicadores de enfermagem.

Desempenho Assistencial								
Sub-Área	Dimensão	Designação Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	abr/21	score
Acesso	Cobertura utilização	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	100,00	100,00	77,823	2
		331 - Índice de utilização anual de consultas enfermagem	0,70	0,75	2,00	2,00	0,668	0
	Consulta próprio dia	345 - Proporção com enfermagem realizadas no dia do agendamento	15,00	20,00	50,00	60,00	48,571	2
	Personalização	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	65,00	70,00	88,00	92,00	51,676	0
Gestão da doença	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	75,00	85,00	100,00	100,00	59,24	0
	Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	23,841	0
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	295 - Propór. puérperas. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	70,00	75,00	100,00	100,00	38,983	0
	Saúde Adulto	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	86,647	1
		262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	35,00	45,00	100,00	100,00	27,019	0
	Saúde Idoso	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	40,00	50,00	100,00	100,00	51,045	2
	Saúde Infantil e Juvenil	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	94,202	0
		94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	92,682	0
		95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	97,169	2

Fonte: BI- CSP (abril, 2021)

De uma forma geral, e no que diz respeito aos indicadores de enfermagem contabilizados para o desempenho assistencial da unidade, pode verificar-se através da análise do quadro 6 que a maior parte se encontra com *score* 0, sobretudo nas sub-áreas da gestão da doença e gestão da saúde. Situação que é justificável pelo contexto pandêmico, que condicionou claramente o acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, apesar destas condicionantes, há a destacar a capacidade de resposta relativamente à consulta de enfermagem realizada no próprio dia, assim como o sucesso da vacinação contra a gripe na população idosa e na proporção de jovens com PNV cumprido ou em execução. A proporção de utentes com mais de 25 anos com a vacina do tétano apresenta também um valor francamente positivo.

1.3.3.3. Consulta de enfermagem no domicílio

As consultas de enfermagem no domicílio destinam-se aos utentes inscritos na UCSPA e cuja situação necessita de uma intervenção no domicílio. Casualmente familiares diretos esporádicos a residir temporariamente na área de influência da UCSP. Excluem-se os utentes residentes em lares, casas de repouso, Instituições particulares de Solidariedade Social ou fora do concelho. Estas podem ser 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.

A forma de marcação de consulta pode ser presencial ou por telefone.

Estas consultas são programadas, estimando-se uma duração média de 45 a 60 minutos, variável em função da situação/distância.

Apresenta-se no quadro 7 relativo à área de desempenho assistencial na sub-área da Gestão da Saúde, na dimensão Saúde do Idoso, o indicador sensível aos cuidados de enfermagem, com dados relativos a abril de 2021.

Quadro 7 – Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos.

Desempenho Assistencial								
Sub-Área	Dimensão	Designação Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	abr/21	score
Gestão da Saúde	Saúde Idoso	294 -Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos	350,00	475,00	1500,00	1500,00	318.203	0

Fonte: BI – CSP (abril, 2021)

1.3.3.4. Carteira adicional de serviços

Como serviço assistencial a UCSPA tem como carteira adicional o Programa de Cuidados de Situações Agudas com a CAC e a Consulta de Enfermagem do pé diabético.

✓ Consulta de Atendimento Complementar

A CAC destina-se aos utentes inscritos no CSA e utentes esporádicos, com o objetivo de atender todas as situações de doença aguda e todos os utentes com necessidade de tratamentos de enfermagem. Realiza-se aos sábados, domingos e feriados, com horário de funcionamento das 10h00 às 18h00 com recurso a horas extraordinárias. A CAC é assegurada por profissionais do CSA.

No contexto da pandemia, o atendimento aos utentes foi realizado nas instalações da UCSPA em ambos os módulos.

Desde março de 2020 que o módulo da CAC é uma área dedicada exclusivamente a doentes respiratórios, que apresentam os seguintes sintomas: tosse, cefaleias, dores musculares, febre, dificuldade respiratória, diminuição súbita do olfato e ou do paladar e odinofagia. Destina-se à avaliação clínica de infeção respiratória aguda e realiza-se das 17h00 às 18h00 aos fins de semana e feriados e durante a semana das 17h00 às 20h00.

✓ Consulta de Enfermagem - Pé Diabético

Esta consulta destina-se a todos os diabéticos inscritos na UCSPA com o objetivo de diminuir e/ou encaminhar antecipadamente as complicações dos pés aos utentes com diabetes.

A marcação e encaminhamento dos utentes pelas equipas de saúde é realizada por referenciação interna, após resultado da avaliação do pé da pessoa com diabetes, com deteção de hiperqueratoses ou onicogrifoses, com justificação fundamentada do motivo. É realizada pelo enfermeiro do pólo de Chão de Couce, semanalmente à terça-feira das 14h00 às 17h00.

1.4. CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Cada enfermeiro tem a seu cargo uma lista de utentes, agrupados em famílias, coincidente com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence. No sistema de informação SClinico está identificado o enfermeiro de família (Ansião, 2019).

Os profissionais de enfermagem exercem a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96), em colaboração com os restantes membros da equipa, evoluindo para a prática de enfermagem de família (Ansião, 2019).

O enfermeiro é responsável por garantir aos seus utentes a vigilância em todo o ciclo de vida, sem prejuízo de colaborar sempre que necessário nos programas de intersubstituição (Ansião, 2019).

Os registos clínicos de enfermagem são efetuados no programa informático SClínico – Perfil de Enfermagem desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMP).

Em seguida apresenta-se uma análise ao ficheiro de família estudado em termos geográficos, dimensão, áreas de patologias frequentemente mais codificadas nas listas de problemas e a distribuição de utentes pelos vários programas de saúde.

Os utentes do ficheiro estudado dividem-se, geograficamente, de acordo com o quadro 8.

Quadro 8 – Utentes inscritos no ficheiro de família – área geográfica.

Localidade	N.º de utentes	Localidade	N.º de utentes
Cernache	3	Chão de Couce	84
Cumeeira	45	Pousaflores	222
Podentes	1	Santiago da Guarda	282
Lousã	1	Ansião	807
Soure	2	Abiul	4
Almoster	8	Pombal	4
Maçãs de Dona Maria	2	Redinha	2
Avelar	66	Alvorge	6
Total	1542		

Fonte: MIN@UF (junho, 2021)

O ficheiro em estudo é composto 1542 utentes, com um total de 707 famílias. Nestes 715 (46,3%) utentes são do sexo feminino e 675 (43,7%) utentes são do sexo masculino, de acordo com os dados disponibilizados pelo MIM@UF apresentados no quadro 9.

Quadro 9 – Utentes inscritos no ficheiro de família – grupo etário.

Grupo Etário	Fator UP	Masculino	Feminino	Nº Utentes	UP
>=0 e < 7anos	1,5	41	40	81	121,5
>=7 e >65 anos	1	491	504	995	995
>=65 e > 74 anos	2	111	115	226	452
>= 75 anos	2,5	89	151	240	600
Total		675	715	1542	2168,5

Fonte: MIM@UF (junho, 2021)

Os principais problemas de saúde com maior número de registos por diagnóstico ativo de acordo com a ICPC são a hipertensão arterial (422), as alterações do metabolismo dos lípidos (379) e a obesidade, de acordo com o quadro 10. O que está em consonância com o plano local de saúde da região do ACES PIN (2017- 2020).

Quadro 10 – Utentes inscritos por diagnóstico ativo no ficheiro de família.

ICPC		Métrica	Qtd Problemas	TOP
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES		422	1
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS		379	2
T82	OBESIDADE		193	3

Fonte: MIM@UF (junho, 2021)

Relativamente à distribuição de utentes pelos vários programas de saúde no quadro 11, pode constatar-se que no ficheiro há 146 (9,2%) utentes com diabetes, 232(14%) com hipertensão arterial, 400 (25 %) utentes são idosos, destes 7 (0,44%) são dependentes e 1 foi referenciado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. São seguidas 232 mulheres em idade fértil (14%) no planeamento familiar, 8 (0,50 %) em saúde materna, 246 crianças (15%) em saúde infantil e juvenil e 107 em rastreios oncológicos.

Quadro 11 – Distribuição de utentes por programa de saúde.

Programas de Saúde	Utentes com programas associados %
Diabetes	146 (9,2%)
Hipertensão Arterial	232 (14%)
Saúde Materna	8 (0,50 %)
Planeamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva	232 (14%)
Saúde Infantil e Juvenil	246 (15%)
Cuidados continuados	1 (0,06%)
Rastreios Oncológicos	107 (6,79 %)
Saúde do idoso	400 (25%)
Dependente	7 (0,44 %)

Fonte: SClínico Enfermagem (outubro, 2021)

O papel do enfermeiro de família apresenta relevância crescente, como o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados (OE, 2018).

O enfermeiro de família desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde física e psicológica da unidade familiar, tem uma posição preponderante na organização, não só pelas suas competências ao nível dos cuidados à pessoa e família, mas também na gestão e potencialização da unidade, sendo uma mais-valia no âmbito dos cuidados prestados às famílias.

Para que o enfermeiro assuma um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo vida da família é necessário que reconheça a unidade familiar como alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2012).

Assume-se, assim, como um profissional de referência para a família, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados, avaliando globalmente as necessidades em cuidados de saúde à pessoa e família, mobilizando recursos, internos e

externos, adequando e rentabilizando os meios, evidenciando assim ganhos em saúde para as famílias, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Este ficheiro permitiu contactar com diferentes famílias e realidades, bem como formas familiares de cuidar tão distintas como a singularidade de cada ser humano.

A enfermagem de família e a saúde familiar são um bem necessário para a saúde das famílias, que maximizam e potenciam os cuidados de parceria entre os enfermeiros e as famílias (Frade et al., 2021).

Uma prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar tem como foco de cuidados a família, procurando conhecê-la em todas as suas dimensões, o que se coaduna com ganhos para a UF.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento da Enfermagem como disciplina integra duas dimensões principais: a ciência de enfermagem que promove o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem e a disseminação do conhecimento; e a profissão de enfermagem que têm uma relação recíproca com a ciência de enfermagem, atualizando a prática de enfermagem (Fawcet & Desanto – Madeya, 2005).

2.1. FAMÍLIA

“Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: 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, cada disciplina científica, cada 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” (OE, 2008).

As definições de família são vastas e tem vindo a sofrer alterações e mudanças ao longo dos tempos e culturas.

Segundo a OMS em 1994 refere que “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, porque qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”.

“A família é contexto natural para crescer. Família é complexidade. Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afetivos. Família gera amor e gera sofrimento. A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se” (Relvas, 1996).

“A família é o lugar onde “naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse percurso, possamos ir tendo mais que uma família.” (Alarcão, 2000).

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

Os contributos, acima referidos, vão evidenciando a abrangência do conceito de família, indo ao encontro da definição proposta por Wright & Leahey (2009), o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e que a família é simplesmente “(...) quem os seus membros dizem que são”.

O conceito de família abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Para Figueiredo (2012) a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto organizativa.

Importa referir que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2018, p. 63) define família:” Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”

Estas definições desvendam uma complexidade que é fundamental compreender para uma atuação baseada na evidência.

Com a evolução dos diferentes contextos, sociais, políticos, económicos, mais especificamente, o envelhecimento demográfico, a diminuição da taxa de fecundidade, e novas formas de união, numerosas transformações ocorreram no seio da família, refletindo sinais duma sociedade moderna (Fernandes, 2015).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, relativo aos censos, em Portugal a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família em 1960, para 2,6 pessoas em 2011 e para 2,5 pessoas em 2021; o casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização familiar (62% das famílias em 1960 e 59 % em 2011); assistiu-se um aumento do peso relativo: dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011); dos núcleos familiares monoparentais (de 6% em 1960, para 9% em 2011); das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011 e 24,8% em 2021) e a diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011 e 5,6% em 2021). Estes dados são reveladores da alteração nas formas de viver em família nas últimas décadas.

Se por um lado estas transformações conduziram ao sublinhar de novas particularidades da família, convém não esquecer que a família, apesar de no passado ter tido estruturas mais semelhantes sempre teve o seu carácter único (Fernandes, 2015).

2.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados se iniciou desde *Florence Nightingale* (Figueiredo, 2012).

Apenas na década de 90 é que a especialidade de Enfermagem de Saúde da Família se tem vindo a enaltecendo, tornando-se num foco específico para a prática de enfermagem, cruzando-se com várias especialidades, encontrando-se ainda numa fase muito precoce do seu desenvolvimento como especialidade distinta (Hanson, 2005).

A interação com as famílias esteve desde sempre presente na prática clínica de enfermagem, conforme referem Wright & Leahey (2009), a enfermagem surgiu nas casas dos utentes, evidenciando-se a capacidade do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global.

A prática de enfermagem à família vai depender do próprio conceito de enfermeiros sobre a família, da mudança de um pensamento linear para um pensamento sistémico (Wright & Leahey, 2009).

A progressiva e diversificada publicação sobre a enfermagem de família tem vindo a demonstrar o interesse dos enfermeiros nos estudos sobre a família e a sua inclusão como unidade de cuidados contribuindo para a transformação dos paradigmas na investigação em enfermagem de família (Figueiredo, 2012).

É emergente a alteração dos contextos de cuidados porque “a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde” (Wright & Leahey, 2009).

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 saúde familiar é um estado relativo de mudança dinâmica do bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema da família. Acrescenta que a enfermagem de família requer o uso de abordagens integradas, de forma a orientar a prática, a investigação e a educação. A mobilização dos diferentes conhecimentos, permitirá a adoção de intervenções específicas e eficazes junto das famílias com necessidades muito próprias (Hanson, 2005).

Segundo Hanson (2005) a enfermagem de saúde familiar é “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem”. Apresenta quatro abordagens possíveis: a família como contexto do desenvolvimento individual, a família como cliente, a família como sistema e a família como componente da sociedade.

A enfermagem de família é assim entendida como os cuidados de enfermagem na saúde e na doença, em que o enfermeiro identifica, prescreve, implementa e avalia as intervenções necessárias segundo as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2013).

Os cuidados de enfermagem à família devem centrar-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico neste sentido, para a compreensão da família como unidade é essencial a sua concetualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera a autenticidade da família (Figueiredo, 2012).

Friedmann (1998) aborda a família numa visão mais macroscópica e como subsistema da sociedade. Define três níveis de prática de enfermagem de saúde familiar:

No nível I, a família é vista como contexto, o indivíduo como cliente: em que o foco é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual.

No nível II, a família é percebida como a soma das suas partes: o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família.

No nível III, o subsistema familiar é compreendido como cliente e foco dos cuidados: o foco são os subsistemas familiares, trabalha-se com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoio mútuos.

No nível IV, a família é observada como cliente e foco dos cuidados: o alvo é família como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

A mesma autora, defende ainda que a enfermagem de família pode e deve ser praticada por todos os enfermeiros de cuidados gerais aos níveis I, II e III.

Contudo o nível IV, ou seja, a enfermagem de sistemas de família e a enfermagem interpessoal avançada de famílias com disfunções estão reservadas a especialidades de enfermagem avançada, possuidoras de conhecimentos e capacidades na teoria e prática de família.

Wright & Leahey (2012), defendem que a intervenção de enfermagem pode ter diferentes abordagens. Enquanto os enfermeiros generalistas tendem a considerar a conceptualização da família como contexto para a sua intervenção, os especialistas em saúde familiar trabalham com a família a um nível sistémico, concebendo-a como unidade de cuidados. A formação específica na área de enfermagem dos sistemas familiares permite-lhes o contacto com um

corpo extenso de conhecimentos, que abrange a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a pesquisa na família.

2.2.1. Fundamentos teóricos e conceptuais para a enfermagem de família

A enfermagem de família é entendida como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

Segundo Hanson & Kaakinen (2005) a enfermagem da família teve o seu desenvolvimento teórico fundamentado a partir de três disciplinas: teorias das ciências sociais da família, teorias da terapia familiar e nos modelos /teorias de enfermagem, tal como demonstra a figura 7.

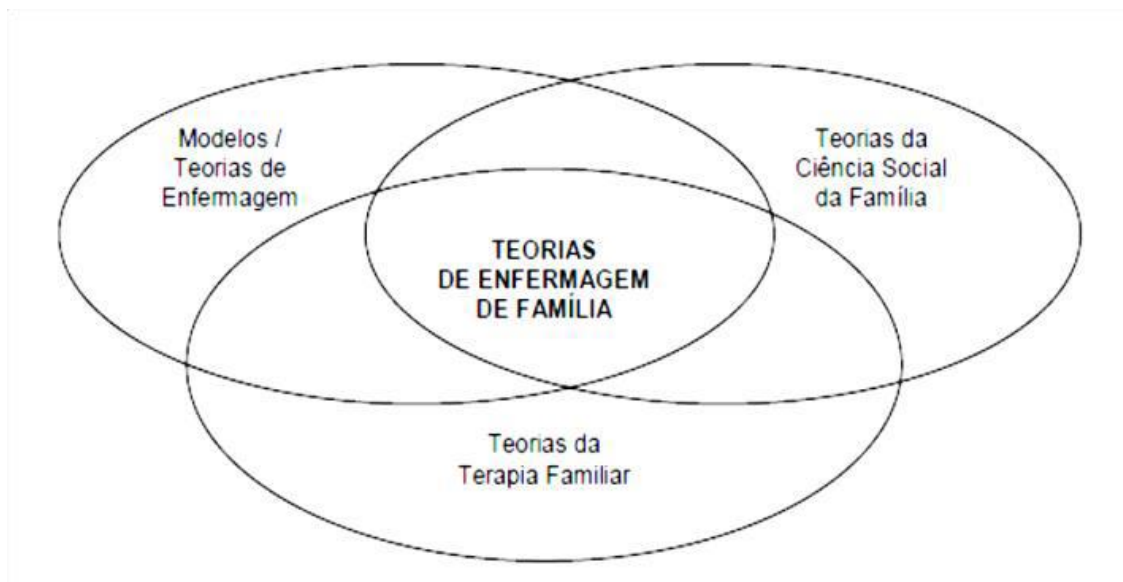


Figura 7 – Fontes conceituais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias.

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

- Teorias das Ciências Sociais da Família

A partir da primeira metade do século XX, início dos anos 50, proliferaram as teorias das ciências sociais e organizou-se o conhecimento sobre a família. As teorias sociais da família contribuíram para a construção do saber (Hanson, 2005).

As teorias das ciências sociais possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família (Figueiredo, 2012). Integram nesta categoria algumas abordagens sociais relevantes:

A teoria estrutural-funcional que reconhece a família como um sistema social, partindo do pressuposto de que “os membros da família agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizadas, que são aprendidos principalmente através da socialização” (Hanson, 2005).

A teoria geral dos sistemas foi introduzida em 1937 por Ludwing Von Bertalanffy em que o foco é a família como cliente e a família é percebida como um sistema interativo, em que o todo é mais do que a soma das partes.

Segundo esta teoria, a família é considerada como um sistema composto por um conjunto de elementos interativos e interdependentes, contribuindo para a manutenção do equilíbrio do sistema. A família é constituída por vários subsistemas (compostas por um ou mais elementos) que se influenciam mutuamente, existindo fronteiras e hierarquias entre os elementos. Nesta perspetiva, o sistema familiar também estabelece relações com o ambiente circundante, defendendo-se que uma alteração num dos elementos do sistema interno ou externo provoca alterações na família e concomitantemente gera alterações em cada um dos seus elementos (Stanhope & Lancaster, 1999; Hanson, 2005).

A teoria interativa dá ênfase à dinâmica interna da família, incluindo processos de comunicação, papéis, tomada de decisão, resolução de problemas e padrões de socialização. Contudo, há a salientar que nesta teoria não é valorizado o nível externo ou o ambiente onde a família se insere (Hanson & Kaakinen, 2005).

A teoria do desenvolvimento familiar reporta para a história processual da família com ênfase no ciclo vital. O desenvolvimento da família realiza-se ao longo das diferentes etapas, demarcadas pelas entradas e saídas de elementos na família, pela adoção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e pelo posicionamento dos filhos na família (quando existem) (Relvas, 1996; Hanson, 2005).

A teoria da mudança dá relevo à biologia da cognição desenvolvida por Maturana & Varela (1992). Segundo esta teoria, as famílias precisam de um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. A mudança no sistema familiar é gerada por estímulos internos e externos e ocorre como uma compensação pelas perturbações, com o propósito de manter a estabilidade no sistema. Esta mudança depende da perceção do problema e é determinada pela sua estrutura. A mudança depende assim do contexto, ou seja; a compreensão deste estado não leva à mudança e a mudança não ocorre necessariamente da mesma maneira em todos os elementos da família (Maturana & Varela, 1992; Wright & Leahey, 2012).

A teoria do stress descreve como diferentes fatores de stress são percebidos pelas famílias e como estas se adaptam (Hanson, 2005).

No quadro 12, estão evidenciados os aspetos gerais das teorias das ciências sociais familiares utilizados na prática de enfermagem familiar.

Quadro 12 – Teorias das Ciências Sociais Familiares utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar.

Teorias das Ciências Sociais Familiares	Resumo
Teoria Funcional Estrutural Artinian (1994) Friedman, Bowden e Jones (2003) Nye & Berardo (1981)	O foco está nas famílias como instituição e como elas funcionam para manter a família e rede social.
Teoria da Interação Simbólica Hill e Hansen (1960) Nye (1976) Rose (1962) Turner (1970)	O foco está nas interações dentro das famílias e na comunicação simbólica.
Teoria do Desenvolvimento e Teoria do Ciclo de Vida Familiar Carter e McGoldrick (2005) Duvall (1977) Duvall e Miller (1985)	O foco está no ciclo de vida das famílias e representando estágios normativos de desenvolvimento familiar.
Teoria dos Sistemas Familiares Von Bertalanffy (1950, 1968)	O foco está nas interações circulares entre os membros dos sistemas familiares, que resultam em resultados funcionais ou disfuncionais
Teoria do Stress Familiar Hill (1949, 1965) McCubbin e McCubbin (1993) McCubbin e Patterson (1983)	O foco está na análise de como as famílias experimentam e lidam com eventos/acontecimentos stressantes ao longo da vida
Teoria da Mudança Maturana (1978) Maturana e Varela (1992) Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) Wright e Leahey (2013) Wright e Watson (1988)	O foco está em como as famílias permanecem estáveis ou mudam quando há mudança dentro da estrutura familiar ou através de influências externas.
Teoria da Transição White (2005) White e Klein (2008)	O foco está na compreensão e previsão das experiências de transição das famílias ao longo do tempo, combinando a teoria do papel, a teoria do desenvolvimento familiar e a vida e a Teoria dos cursos.

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

- Teorias da Terapia Familiar

A terapia familiar surgiu na segunda metade do séc. XX, direcionada à família e indivíduos com problemas.

Segundo Hanson (2005) as teorias da terapia familiar foram as que mais contribuíram para o desenvolvimento das práticas terapêuticas, no âmbito de enfermagem familiar.

As teorias da terapia familiar são modelos práticos descritivos e prescritivos, orientados para a patologia, para a compreensão da disfunção e intervenção na mesma. Estes modelos têm por base teorias da psicologia e sociologia, nomeadamente a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e comunicação, que permitem abordagens diferentes aos fenómenos da família (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar estrutural foi desenvolvida por Minuchin (1974) é orientada para os sistemas, vê a família como um sistema sociocultural aberto que é continuamente confrontado com demandas por mudança, tanto de dentro quanto de fora da família. O foco está em todo o sistema familiar, seus subsistemas, fronteiras, bem como padrões transacionais familiares e regras secretas (Kaakinen et al., 2015).

A teoria da terapia familiar dos sistemas foi inicialmente proposta por Bowen desenvolvido na área da esquizofrenia (1978) e posteriormente por Freeman (1992). Esta abordagem concentra-se em promover a diferenciação do *self* da família e promover a diferenciação do intelecto da emoção. Os membros da família são encorajados a examinar os seus processos para obter *insight* e compreensão sobre seu passado e presente. Esta terapia requer um compromisso de longo prazo (Kaakinen et al., 2015). Deste modo as famílias são compreendidas a partir de uma perspectiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas e repetitivas, o que por vezes e nem sempre a família se encontra disponível para tal (Hanson, 2005).

A teoria da terapia familiar interativa ou teoria da comunicação, foi desenvolvido pelo Haley, Whitaker, em 1959, designado como o grupo de Palo Alto. Nesta teoria a família é considerada como um sistema de comportamentos interativos ou processamento de comunicações, consequentemente todo o comportamento tem um valor de comunicação. A comunicação pode ter a função de ligação positiva entre os indivíduos, comunicação saudável ou contribuir para afastar ou criar um écran de incompreensão entre os indivíduos e comunicação patológica. Neste sentido, os problemas emocionais são consequências da forma como as pessoas interagem dentro do contexto familiar (Hanson, 2005).

Compilado todos os conceitos teóricos de base que contribuíram para a consolidação epistemológica, teórica e terapêutica de terapia familiar foram: a teoria geral dos sistemas que emergiram os conceitos fundamentais da terapia familiar, permitindo a compreensão da família, enquanto unidade sistémica (as cited in Figueiredo, 2012). Da cibernética surgiram os conceitos que permitiram entender o funcionamento evolutivo da família, enquanto “vertente pragmática ecossistémica, vai buscar a grelha de análise para a compreensão e intervenção sobre o que se passa na família em termos de interação” (as cited in Figueiredo, 2012), possibilitando a atribuição de significado contextual à componente relacional.

Todos os modelos conceptuais descritos percecionam a família composta por sistemas interdependentes e maior que a soma das suas partes. Evidencia-se assim a importância de ver o grupo familiar como um todo, sublinhando que uma mudança numa das partes, afeta toda a família (Hanson, 2005), descrevem dinâmicas e padrões familiares que são encontrados, em certa medida, em todas as famílias.

- Modelos /Teorias 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).

Existem diversos modelos para o exercício da função do enfermeiro de família, este deverá reconhecer, desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Hanson, 2005).

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.

Mais tarde 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). Deste modo, 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 (Figueiredo, 2012).

Com o intuito de melhor compreender a enfermagem de família serão apresentadas em seguida as diferentes teorias de enfermagem que conjuntamente com as teorias sociais da família e de terapia familiar, contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente a 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).

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).

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 perspetiva de continuidade (Hanson & Kaakinen, 2005).

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 desempenham 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 sistêmica. 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 conseguiam 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*". As transições são resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Guimarães & Silva, 2016).

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, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Deste modo 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.

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 (Kaakinen & Hanson, 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, 2015). Assim sendo, é de basilar importância os enfermeiros de família recorram a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados.

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:

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário de Forças de Pressão do Sistema Familiar desenvolvido por Hanson & Berkley (1991) e Hanson & Mischke (1996), que fundiram a teoria geral dos sistemas e o modelo de sistemas de Newman (Hanson & Kaakinen, 2005).

As famílias são vistas como um sistema dinâmico, aberto, em interação com o ambiente, em que uma das funções do enfermeiro é ajudar a minimizar as ameaças ao sistema familiar (Kaakinen & Hanson, 2010).

O enfermeiro tem de ajudar a família a encontrar os agentes stressores e as forças da família, e em conjunto, planear intervenções que vão de encontro com as necessidades da família (Kaakinen & Hanson, 2010).

O Modelo de Avaliação da Família de Friedman (Friedman, 1998) alicerçado na teoria geral dos sistemas, teorias do desenvolvimento e a teoria estrutural - funcional num instrumento de avaliação oferece uma visão macroscópica das famílias (Hanson & Kaakinen, 2005). Esta abordagem é importante porque capacita para a apreciação da família como um todo e

proporciona orientações para a entrevista de modo a obter uma visão global do que está a acontecer à família (Kaakinen & Birnbaum, 2011).

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

O MCAF propõe uma estrutura de avaliação multidimensional que assenta em três principais categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2009).

Este modelo serve como guia orientador para a realização da entrevista, conseguindo-se obter uma visão global sobre uma família.

É importante que cada enfermeira decida quais as subcategorias mais relevantes e apropriadas para a exploração e avaliação junto a cada família e a cada momento no tempo (Wright & Leahey, 2009).

Na categoria estrutural permite conhecer a sua estrutura interna (composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), a estrutura externa (família alargada e os sistemas amplos) e o seu contexto (etnia, raça, classe social, espiritualidade e ambiente).

Na categoria de 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).

A categoria funcional representa a forma como os elementos se comportam uns com os outros. É o aspeto do aqui e agora na vida da família, observado e apresentado por ela (Wright & Leahey, 2009), integrando o funcionamento instrumental (atividades de vida diária) e funcionamento expressivo (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões) (Hanson & Kaakinen, 2005).

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).

Ao intervir em família, o enfermeiro é visto como um agente ativador da mudança, que utiliza as flutuações próprias dos momentos de crise para conseguir um novo nível de estabilidade. Através de conversações terapêuticas 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 dos outros” (Wright & Leahey, 2005).

Para além dos modelos referidos anteriormente, a *International Family Nursing Association (IFNA)* reconhece a existência de outros modelos, desenvolvidos por teóricos de diversos pontos do mundo, como sendo de aplicação viável para a prática da enfermagem com famílias. Nessa listagem de modelos está incluído o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo (2009) e que foi adotado pela OE como referencial teórico e operativo para a prática dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias (OE, 2011).

O MDAIF, teve como finalidade responder às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto de CSP. A sua co-construção emergiu num percurso de investigação ação desenvolvido com os enfermeiros de família (Figueiredo, 2012).

Este modelo baseou-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas foram o MCAF e o MCIF. Define os conceitos: família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2012).

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).

Uma matriz multidimensional que inclui a dimensão estrutural (rendimento familiar; edifício residencial; precaução de segurança; abastecimento de água; animal de estimação); desenvolvimento (satisfação conjugal; planeamento familiar; adaptação à gravidez; papel parental); e funcionamento do sistema familiar (papel de prestador de cuidados; processo familiar).

A conceptualização e operacionalização de um modelo de enfermagem à família são importantes para uma correta avaliação e intervenção familiar (Fernandes, 2015).

2.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O quadro conceptual da Política da Saúde para Todos da OMS, aprovado em 1998, define 21 Metas de Saúde para o Século XXI, que Portugal enquanto estado membro da União Europeia terá de cumprir. Deste documento, realça-se a Meta 15 que define “no ano 2000 as pessoas deverão ter melhor acesso aos CSP orientados para a família e comunidade” emergindo a necessidade de promover um novo conceito de enfermeiro de saúde familiar. Estes compromissos foram reforçados por ocasião da II Conferência de Munique (WHO, 2000), onde se enfatiza o papel do enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-o como um profissional com competências específicas inserido numa equipa multidisciplinar que desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial. É promovida a imagem da família saudável onde se defende que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades da família e não só às de um indivíduo em particular (OMS, 2002).

O enfermeiro de família foi considerado como o elemento-chave para a concretização das 21 Metas de Saúde estabelecidas pela OMS para o Século XXI. Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo.

Este desafio chega a todos os enfermeiros, uma vez que a própria OE assume um compromisso com este percurso, fazendo validar a mensagem “A cada família o seu enfermeiro” (OE, 2002).

A reforma dos CSP iniciada em 2005 com a estratégia da configuração dos CS, teve como ponto fundamental a criação de UF, entre elas as UCSP/USF. Esta nova forma de organização

visa a criação de equipas multiprofissionais que articuladamente prestam cuidados de saúde à pessoa e à família.

Atualmente os CSP contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integrados 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 veio consagrar a prática do enfermeiro de família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

A reestruturação 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 família é o profissional de enfermagem que integra numa equipa multiprofissional, responsável pela prestação de cuidados globais às famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2014.

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 salienta no artigo 7.º no “4) os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar”.

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 (Lopes, Gomes & Lobo, 2018).

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).

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 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. Reúne enfermeiros com o objetivo de promover a saúde para famílias de todo mundo, através do ensino, investigação no âmbito em enfermagem e incentiva também o desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde para as famílias.

A IFNA 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 aumentar a sua capacidade de tomada de decisões e priorização de cuidados (IFNA, 2015).

A nível nacional a prática especializada em enfermagem de saúde familiar já tem definidos os seus documentos legais para regular e orientar a prestação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. São eles o Regulamento n.º 367/2015 com os 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, pela OE.

Uma prática avançada em enfermagem da família requer 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).

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

O perfil de competências, comuns e específicas, visa enquadrar e regular a certificação das competências, assim como transmitir aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados, assegurando-se, por esta via, que o enfermeiro especialista possui 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 (OE, 2019).

Dias (2006) define competência, como um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamento estruturados, em função das características e âmbito de ação que o enfermeiro tem de desenvolver no “bom” exercício da sua atividade profissional.

O conjunto de competências especializadas, que se considera terem sido desenvolvidas, resultou do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizou-se em competências comuns e específicas.

Para um melhor conhecimento das competências, será feita uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento das competências comuns e específicas ao longo do estágio.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 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” (OE, 2019).

A atribuição do título enfermeiro especialista pressupõe, “além da verificação das competências em cada um dos Regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019).

As competências em comuns são “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).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) serão de seguida, enunciadas e associadas às atividades desenvolvidas tendo por base o seu desenvolvimento/aperfeiçoamento.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e deontológica

1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019).

1.1-Demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas na equipa de enfermagem onde está inserido (OE, 2019).

Construiu estratégias de resolução de problemas, em parceria com o utente e família. Participou na construção da tomada de decisão clínica em equipa. Selecionou as respostas mais apropriadas, a partir de um amplo leque de opções, no julgamento de enfermagem, baseado no conhecimento e experiência, no conhecimento do enquadramento jurídico e orientada na observância da deontologia profissional.

1.2- Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão (OE, 2019).

Aferiu nos resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. Permitiu avaliar e partilhar os resultados dos processos de tomada de decisão.

2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

2.1- Promover a proteção dos direitos humanos (OE, 2019).

Assumi a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional e assegurou o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação e a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.

Fomentou o respeito pelo direito do utente à privacidade, à escolha e à autodeterminação, no âmbito dos cuidados de saúde especializados, assim como do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Adotou uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e dignidade do utente e família.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019).

1.1 - Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (OE, 2019).

Identificou oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria. Mobilizando conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

2.- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (OE, 2019).

2.1- Avaliar a qualidade das práticas clínicas (OE, 2019).

Utilizou indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.

Avaliou e analisou a qualidade da prática, mediante a evidência científica, as normas estabelecidas pela DGS e procedimentos estabelecidos pela UF.

2.2 – Planear programas de melhoria contínua (OE, 2019).

Identificou oportunidades de melhoria, com estabelecimento de prioridades. Atendendo às restrições temporais do ensino clínico e contexto de pandemia não foi possível colaborar nos programas de melhoria contínua da qualidade, nem desempenhar um papel na área da governação clínica.

3 – Garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

3.1 - Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (OE, 2019).

Fomentou a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança dos utentes e famílias.

Envolveu a família, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.

Assegurou os princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos utentes.

Adotou medidas para a segurança de dados e de registos no SClínico.

3.2 - Participar na gestão do risco ao nível institucional e de unidades funcionais (OE, 2019).

Cooperou na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e de prevenir os riscos ambientais.

Cumpriu com as medidas de prevenção e controlo de infeções e segurança implementadas na UF.

3.1.3. Gestão dos cuidados

1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019).

1.1 - Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (OE, 2019).

Colaborou nas decisões da equipa de saúde, apoiando na melhoria da informação, para a tomada de decisão no processo de cuidar e articulou com a equipa multiprofissional sempre que necessário.

2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

2.1 - Otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (OE, 2019).

Aplicou legislação, políticas e procedimentos de gestão dos cuidados prestados.

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

Utilizou recursos, de forma eficiente, para promover a qualidade dos cuidados prestados.

2.2 - Adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (OE, 2019).

Não desenvolveu intervenções na área da liderança, mas reconheceu os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática da enfermagem familiar.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens

1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019).

1.1 - Deter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (OE, 2019).

Otimizou o autoconhecimento e facilitou a identificação de fatores que podiam interferir no relacionamento com o utente, família e ou a equipa multidisciplinar.

Geriu as suas idiossincrasias, na construção dos processos de ajuda.

Reconheceu os recursos, limites pessoais e profissionais, consciencializando a influência pessoal na relação profissional, esclarecendo todas as dúvidas que foram surgindo.

1.2 - Gerir respostas de adaptabilidade individual e organizacional (OE, 2019).

Otimizou a congruência entre auto e heteropercepção, gerindo sentimentos e emoções, no sentido de uma resposta eficiente.

Reconheceu e antecipou situações de eventual conflitualidade, utilizando técnicas adequadas na de resolução de conflitos.

2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

2.1 – Responsabilizar por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (OE, 2019).

Colaborou em todas as atividades de enfermagem, considerando como oportunidades de desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos de mobilização de conhecimentos adquiridos em contexto profissional e académico

Aplicou o processo de enfermagem a uma família, através do MCAF em APÊNDICE I.

2.2 - Suportar a prática clínica em evidência científica (OE, 2019).

Atuou como dinamizadora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos utentes e famílias.

Identificou lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

Realizou um estudo de investigação, com interpretação, organização e divulgação dos resultados provenientes da evidência, com vista ao contributo para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada em enfermagem de saúde familiar.

Aplicou um questionário aos enfermeiros da UCSPA; USF Martingil e UCC Dr. Arnaldo Sampaio, no sentido de caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem á família, como parte integrante no processo de cuidados.

Fez a discussão das implicações da investigação na prática clínica.

2.3 - Promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Demonstrou conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, que contribuem para a prática especializada, também na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Reabilitou oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.

Usou as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 pela OE no artigo 3.º, as competências específicas: são as competências 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.

A OE desenvolveu o Regulamento n.º 428/2018, onde define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, unidades de competência, a desenvolver pelo enfermeiro de família.

As competências específicas (OE, 2018) serão de seguida, enunciadas e associadas às atividades desenvolvidas tendo por base o seu desenvolvimento/aperfeiçoamento.

3.2.1. 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

Considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (OE, 2018).

1.1 – Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas (OE, 2018).

Durante o contexto de estágio, procurou conhecer as famílias. Demonstrando empatia, confiança, disponibilidade para responder às necessidades da família, estimulando a participar em todo o processo de cuidar.

Numa abordagem colaborativa e sistémica, estabeleceu um diálogo familiar de forma a facilitar e incentivar a família a falar dos seus problemas, angústias e medos definindo com ela objetivos de saúde, reforçando os seus pontos fortes e estabelecendo um plano de cuidados com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

1.2 – Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família (OE, 2018).

A identificação colaborativa das necessidades da família e a subsequente enunciação de diagnóstico constitui-se como 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-se à recolha de dados com a utilização do MCAF, que propõe uma estrutura de avaliação multidimensional da família de uma forma organizada, dinâmica,

sistematizada e articulada com o processo de enfermagem, identificando as necessidades da família alvo de cuidados, nas diferentes dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Através deste modelo, usou-se a comunicação verbal e não-verbal, foi possível identificar a estrutura familiar, a sintomatologia atual e fatores de risco ambientais da família. Permitiu conhecer a família no seu contexto, envolvendo os familiares nos cuidados e / ou perceber qual a sua dinâmica, identificando as suas necessidades e alternativas de cuidados específicas à sua condição.

Nas diferentes dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, utilizou-se os vários instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecomapa, escala de *Graffar*, FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), escala de APGAR familiar de *Smilkstein* e a escala de Readaptação de *Holmes & Rahe*. Todos eles se constroem com o recurso à entrevista, permitindo a sistematização da avaliação familiar.

Explorou as crenças e cultura familiar, agilizando processos de mudança, na resposta familiar às transições de vida.

A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, assim como as necessidades, congruentes com a sua unicidade e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo, 2012).

1.3 – Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas (OE, 2018).

Foram mobilizados conhecimentos de enfermagem, bem como de áreas como a psicologia, a sociologia e as ciências da educação que contribuiram para um processo dinâmico no desenvolvimento de competências do cuidado à família, considerando a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.

Avaliou o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente, através do uso de ferramentas de avaliação e intervenção familiar, sendo possível formular diagnósticos de acordo com a linguagem CIPE, atendendo aos focos de atenção e intervenções de diagnóstico, delineando os resultados esperados e implementando as intervenções de enfermagem.

As intervenções de enfermagem devem incluir a família como foco de atenção de cuidados, sendo essencial a aplicabilidade da teoria na prática, nos diversos contextos (Fernandes, 2015).

Implementou intervenções de enfermagem dirigidas para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais, numa parceria ativa e com ênfase no restabelecimento da autonomia da mesma.

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).

1.4 – Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica (OE, 2018).

Explorou a experiência da família em situações de saúde e doença num ambiente seguro para a discussão de temas sensíveis e 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.

Executou processos de cuidados de enfermagem, favorecendo um clima de confiança que responsabilizasse o utente, a família e a comunidade, nos cuidados de enfermagem, promovendo o ensino e o autocuidado.

Prestou cuidados de saúde, no âmbito dos diferentes programas: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico); Saúde do Adulto com especial atenção á vigilância de doenças crónicas (Hipertensão e Diabetes); Saúde do Idoso, Hipocoagulados; Tratamento de feridas e Visitação domiciliar de acordo com as normas e orientações da DGS.

Perspetivou uma visão única nos cuidados de enfermagem, para facilitar 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.

Promoveu o PNV, a vacinação da gripe e COVID-19 e aproveitou todas as oportunidades para vacinar.

Prestou cuidados de saúde no domicílio nos vários contextos familiares segundo os critérios definidos pela UF, capacitando a família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde.

1.5 – Intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas (OE, 2018).

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

Promoveu o diálogo com a família, de forma a facilitar a consecução objetivos e utilizou estratégias motivacionais na interação com a família.

Tornou possível assumir um papel relevante e assistir a pessoa no seu processo de transição, pois ao interagir com o utente e família, desenvolveu uma relação de ajuda e adotando uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

Com os atuais e principais problemas de saúde identificados no ficheiro de família, como a hipertensão sem complicações, alterações do metabolismo dos lípidos, obesidade e diabetes e de forma a promover ganhos em saúde, foi proposto pela equipa de família, abordar um utente e família na consulta da diabetes, para intervenção familiar.

Foram dadas informações e sugestões orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigidas ao utente e família nos diferentes programas de saúde para a maximização do seu potencial de saúde.

Utilizou estratégias e técnicas centradas nas forças e recursos da família, motivadoras do seu funcionamento efetivo.

A família foi vista como unidade, atendendo às relações recíprocas entre a saúde dos familiares e a saúde da unidade familiar, bem como a influência do contexto social mais amplo. Houve interação com múltiplas tipologias de família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento (Figueiredo, 2012) como por exemplo: casal; família nuclear; família alargada; família reconstruída; família monoparental e unipessoal.

Atendendo ao contexto em que a família estava inserida, promovi ambientes seguros e saudáveis, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde, desenvolvendo formas de resolução de conflitos.

1.6 – Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa (OE, 2018)

Encorajou a família a partilhar a sua história, aquando do momento da consulta de enfermagem e visitas domiciliárias. Numa abordagem colaborativa e sistémica, capacitou a família para a auto-organização ao longo do seu ciclo vital e colaborou com a mesma nos processos de mudança necessários às transições acidentais e normativas.

Com base na teoria das transições de Meleis foi possível assistir a pessoa e família nos seus processos de transição como a gravidez, o período pós-parto, situações de doença crónica.

Nesta interação, desenvolveu uma relação de ajuda e adotou uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista a promoção e a recuperação do bem-estar e qualidade de vida da pessoa e família.

Foram identificadas as etapas do ciclo vital (Figueiredo, 2012) com vista à compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. Teve-se contato com famílias em diferentes etapas do ciclo vital: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Relvas, 1996). A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, permitiu melhorar a contextualização da família e a tomada de decisão clínica sobre áreas de maior relevância, face à sua especificidade. Verificou, contudo, que as etapas não são estanques, podendo uma família estar em mais que uma etapa.

Através do diálogo com a família, identificou estratégias para melhorar a dinâmica familiar, resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos, com análise de recursos e *feedback* familiar, relativamente aos progressos realizados, utilizando técnicas de *coaching*, de comunicação e de promoção da resiliência e autoestima.

Com o envelhecimento da população e com o aumento da sobrevida é crescente o número de pessoas a vivenciar situações de doença crónica. Muitas dessas pessoas, assim como as suas famílias, necessitam ajuda em aspetos básicos da vida e na organização familiar, no sentido de se adaptarem aos desafios que surgiram com o passar do tempo. Permitiu compreender a saúde da pessoa em situação crónica e família.

Considerou que a família desempenha uma ação fundamental na gestão do processo de saúde-doença da pessoa, contribuindo para a adesão ao tratamento proposto, o desenvolvimento de cuidados de enfermagem que assegurem o envolvimento da família, não somente como recurso, mas igualmente como recetora de cuidados, destacando a pessoa em situação crónica e família em contexto domiciliário.

Avaliou o modo como as famílias se adaptam e gerem todas as transições que, inevitavelmente, são forçadas a passar e às intervenções de enfermagem.

Documentou o processo de cuidados, integrando saúde, família e ambiente.

1.7 – Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

Houve um predomínio na abordagem individual aos membros da família na prestação de cuidados de enfermagem. No entanto foi possível uma abordagem familiar, conhecendo melhor as relações entre os diferentes subsistemas presentes no sistema familiar, trazendo

uma melhoria na prestação dos cuidados e benefícios para a saúde da família e dos seus membros.

A família é um sistema dinâmico que se altera mediante a etapa do ciclo vital familiar e o funcionamento familiar exige novos e/ou diferentes papéis que se não forem assumidos e vivenciados de forma saudável, podem alterar negativamente o desenvolvimento da família, causando problemas de saúde na mesma e aos seus membros individualmente. Tendo como foco de cuidados a estrutura, as dinâmicas internas e o funcionamento da família e perspetivando globalmente a família como unidade de cuidados em relação com o meio envolvente, procurou de forma intencional, este tipo de abordagem na prática de enfermagem saúde familiar.

Utilizou diversos níveis de abordagem familiar, de acordo com o contexto dos cuidados, utilizando os modelos conceituais de enfermagem de família.

Colaborou com as colegas da UF, na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar.

Houve uma avaliação contínua da prática, a fim de melhorar o seu desempenho em enfermagem de saúde familiar, profissional e desenvolvimento pessoal. A realização dos trabalhos académicos solicitados durante os ensinamentos clínicos contribuiu para uma prática mais sustentada ao longo do estágio e de prática baseada em evidência.

1.8 – Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (OE, 2018).

A avaliação dos resultados deverá ser 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).

Nos cuidados prestados às famílias, foi feita uma avaliação de todo o processo, procedendo ao estabelecimento de novos diagnósticos, incorporando respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem e desta forma, garantiu a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde implementados e documentados no SClínico.

Foram também desenvolvidas competências especializadas baseadas na evidência científica, através de um estudo, subordinado ao tema “A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar”, com a aplicação do questionário

aos enfermeiros da UCSPA, USF Martingil onde desenvolve sua atividade profissional e na UCC Dr. Arnaldo Sampaio. Este estudo será apresentado no próximo capítulo.

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

Gere, articula e mobiliza os recursos necessários á prestação de cuidados á família (OE, 2018)

1 – Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados á família (OE, 2018).

O contexto de estágio revelou-se semelhante à prática profissional que é desenvolvida diariamente, uma vez que se exerce funções de enfermeira generalista noutra UF. Este facto trouxe aspetos facilitadores no decurso do estágio, uma vez que a organização da unidade e as dinâmicas de funcionamento são idênticas às que habitualmente estão presentes no contexto de trabalho, o que por sua vez, facilitou no desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde familiar.

Promoveu uma comunicação aberta e multiprofissional entre as diferentes equipas de saúde nomeadamente com os profissionais de saúde da UCC Nabão, a URAP e a USP, relativo a situações de maior risco ou dependência física e funcional de doença dos utentes e família

2 – Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. (OE, 2018).

Foi utilizado o sistema de informação o SClínico, com vista à documentação dos procedimentos realizados. O acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitiu atuar mais eficaz e eficientemente, traduzido em melhor desempenho na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente e família (SPMS, 2020).

Através do SClínico promoveu e deu visibilidade ao conhecimento sobre a enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção.

No programa Saúde da Família, registou dados relativos ao estado de saúde da família, tais como; habitação, escala de *Graffar*, etapas do ciclo vital de *Duvall*, tipo de família. Constatou que ainda há necessidade de adaptar os sistemas de informação que permitam avaliar diretamente os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro de família, tais como o registo do Genograma, o Ecomapa, a escala de Readaptação Social de *Holmes & Rahe*, o FACES II, a escala de APGAR familiar de *Smilkstein*, entre outros.

Seria uma mais-valia, em termos de qualidade na prestação de cuidados, ser disponibilizado no SClínico um modelo de avaliação familiar e incentivar os profissionais a efetuar o seu preenchimento.

As práticas do enfermeiro de família centram-se em ações de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, e evidenciam-se pelas suas atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento da saúde da pessoa e família.

A nível da prevenção primária, as atividades realizadas com as famílias visam 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.

Relativo aos focos de atenção como a habitação; rendimentos; precaução de segurança; satisfação conjugal e processo familiar comprometido foi ensinado, incentivado, instruído e planeado sobre o cuidado doméstico, medidas de segurança, riscos, mudança de estilos de vida, favorecendo a autonomia da pessoa e família, estimulando a uma vida mais saudável e capacitando para a tomada de decisões promotoras de saúde de forma autónoma.

A nível da prevenção secundária, inclui a vigilância, aconselhamento e educação da pessoa e família que necessitam de cuidados por um período longo e visam 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.

O estágio representou um momento privilegiado para a aquisição de conhecimento, a partilha de experiências e o desenvolvimento das competências especializadas comuns e específicas, fomentando um pensamento crítico nas diferentes práticas clínicas. Foi um processo gradual, interativo e complexo, atendendo a constrangimentos profissionais, temporais e o contexto pandémico.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Os novos conhecimentos desenvolvem-se pela investigação, que se torna indispensável à evolução de qualquer ciência (Fortin, 2009).

A investigação em enfermagem de família tem sofrido grandes avanços e desenvolvimentos nos contextos da prática.

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).

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, adotando a escala de “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros”, validada para a população portuguesa, instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação.

4.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

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

Atualmente, a família, como parte essencial para o cuidado de enfermagem, é algo inquestionável, pois como Wright e Leahey afirmam “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 (Wright & Leahey, 2009).

Como 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 família nos diversos contextos de prática clínica, integrando numa equipa multiprofissional, 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 familiar, pelo que os cuidados devem ser dirigidos às necessidades da família.

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro, quer para o cuidador (Figueiredo, 2009).

A forma como os enfermeiros conceptualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, de saúde e de doença, são fatores determinantes nos processos de tomada de decisão, do planeamento à implementação dos cuidados. Neste sentido, são exigidos aos enfermeiros novas aptidões e reajustamentos nas intervenções e atitudes adotadas (Rodrigues, 2013).

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

Na produção de cuidados à família, as atitudes dos enfermeiros constituem, na perspetiva de Wright e Leahey (2009), um dos componentes importantes que deve integrar o centro de preocupação das intervenções de enfermagem, para além da resposta da família aos cuidados. Os comportamentos dos enfermeiros e dos clientes são contextualizados no relacionamento enfermeiro-cliente, ocorrendo um fenómeno inter-relacional em que as intervenções do enfermeiro são provocadas pelas respostas do cliente e estas, por sua vez, são desencadeadas pelas respostas do enfermeiro (Benzein et al., 2008; Wright & Leahey, 2009).

Um indicador para avaliar a qualidade da relação entre profissionais de saúde e membros da família é avaliar as atitudes em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

A palavra “atitude”, oriunda do latim *aptitudine* «aptidão», pelo francês *attitude*, «atitude» significa ação, postura, disposição, maneira, modo, pose, posição, postura, procedimento (Infopédia, 2021).

A atitude é um conceito mediador entre o pensamento e a ação, decorre do conjunto de valores, sentimentos, crenças e experiências vividas, traduzindo-se em comportamentos observáveis. As atitudes podem ser favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objetos, pessoas, ou em relação a algum dos seus atributos (Coelho & Mendonça, 2017).

Não é possível falar de atitudes sem ter em conta as experiências de vida de cada indivíduo (Alves, 2011).

A CIPE define atitude como um “processo psicológico: modelos mentais e opiniões” (ICN, 2018).

No modelo conceptual defendido por Rosemberg e Hovland (1960) descrevem a atitude recorrendo a três tipos de variáveis: variáveis dependentes, variáveis intervenientes e variáveis independentes.

Nas variáveis dependentes constituem a explicação verbal dos afetos e o funcionamento do sistema nervoso simpático; a percepção e a explicação das crenças e ainda as ações abertas e as explicações do comportamento.

Nas variáveis intervenientes referem-se ao afeto, à cognição e ao comportamento.

Nas variáveis independentes e mensuráveis apresentam os estímulos – indivíduos, situações, grupos sociais e outros objetos de atitude.

A cognição, o afeto e o comportamento dos enfermeiros face às famílias tem sido alvo de análise, no sentido de compreender a interação destes com a família nos cuidados de saúde, assim como, as suas percepções, experiências, pontos de vista, atitudes e crenças (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

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

A técnica denominada de “escala das atitudes” parte do princípio de que, é possível medir as atitudes através de crenças, opiniões e avaliações do sujeito acerca de determinado objeto (Eugénio, 2009).

O interesse dos enfermeiros relativamente à importância das famílias e o contributo que estas apresentam tem sido alvo de estudo, não só de que forma estas são englobadas nos cuidados, mas também, qual a melhor abordagem de cuidados a implementar, tanto a nível internacional, como nacional (Lemos, 2019).

São vários os autores que se têm debruçado no estudo das atitudes dos enfermeiros relativamente à família, com intuito de definir e valorizar o conceito. O primeiro consiste num estudo sueco, de Benzein, Johansson, Arestedt e Saveman (2008), que valida a escala “*Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)*”, numa amostra de 634 enfermeiros selecionados aleatoriamente de CSP e de cuidados de saúde diferenciados, que permitiu através de uma escala de concordância de *Likert*, medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de cuidar famílias. Foi posteriormente traduzido e validado para Portugal

por um grupo de investigadores (Oliveira *et al.*, 2009) essa mesma escala, denominando-a: “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE). numa amostra de 136 enfermeiros da ARS do Norte, que avalia as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Esta escala é um instrumento fidedigno e capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros face às famílias (Alves, 2011).

Os resultados desta investigação, demonstraram que a atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude positiva dos enfermeiros face à família nos seus cuidados favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de coresponsabilização entre os intervenientes. Quando os enfermeiros acreditam no envolvimento da família nos cuidados e na relação que estabelecem com esta são fundamentais para a qualidade dos seus cuidados e a interação com as famílias flui (Benzein *et al.*, 2008).

Para além destes, outros estudos foram analisados, com a aplicação da escala IFCE-AE nos mais diversos contextos da prática clínica, tais como o de Silva (2011), Alves (2011), Barbieri-Figueiredo *et al.*, (2012), Rodrigues (2013), Silva *et al.*, (2013), Fernandes *et al.*, (2015), Pires (2016), Tavares (2017), Frade *et al.*, (2021).

Dado o presente quadro de desenvolvimento da temática, a importância da saúde familiar e do enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde familiar nos CSP e a pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem, pretende-se realizar um estudo intitulado “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar”. Este estudo consiste em avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família como parte integrante no processo de cuidados, de forma a contribuir para uma melhoria na intervenção de enfermagem da família e na obtenção de ganhos em saúde dos indivíduos e das famílias.

4.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

De acordo com Fortin (2009), as questões de investigação derivam diretamente, dos objetivos delineados e definem a informação a que se pretende chegar. Desta forma definiu-se as seguintes questões de investigação:

- a) Quais são as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados?
- b) Qual é a relação existente entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

Os objetivos de um estudo é descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado (Fortin, 2009). De acordo com as questões de investigação e a natureza do estudo delinearam-se os seguintes objetivos:

1. Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
2. Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
3. Identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com as suas atitudes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Os objetivos referentes à investigação foram delineados, atendendo a que a sua definição clara e precisa servisse de orientação na tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico.

4.3. HIPÓTESES

As hipóteses de investigação surgem como um enunciado, antecipando relações entre variáveis chave e a população alvo, necessitando de verificação empírica (Fortin et al., 2009). Estas devem ser enunciadas, caso se pretendam conhecer as relações de um determinado facto com outro (Vilelas, 2017).

De acordo com o problema de investigação e, com a finalidade de dar resposta ao problema a analisar, bem como para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família com as variáveis sociodemográficas e profissionais, pretende-se verificar as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género;

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

Hipótese 3 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil;

Hipótese 4 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e o grau académico;

Hipótese 5– Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional;

Hipótese 6 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional;

Hipótese 7 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce as suas funções;

Hipótese 8 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.

4.4. METODOLOGIA

Segundo Fortin, (2009) a investigação é uma estratégia ou um processo racional visando a aquisição de conhecimentos “e, por isso, a metodologia deve ser adequada à natureza do objeto em estudo”.

A metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

4.4.1. Tipo de estudo

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos foi necessário optar por uma metodologia que garantisse a credibilidade e validação do estudo.

Considerando a natureza da problemática que se pretende analisar, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma abordagem de cariz quantitativo, pois este visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos (Fortin et al., 2009), do tipo descritivo dado que fornece informação sobre características de uma população (Ribeiro, 1999) e correlacional, pois tem como objetivo examinar as relações entre variáveis. Em termos temporais classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorre num único momento para cada participante (Fortin, 2009).

4.4.2. População e amostra

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

A primeira parte do processo de amostragem consiste em identificar a população. Este define-se por um conjunto de elementos que possuem determinadas características pré-definidas. Estes partilham em comum uma ou mais características (Fortin, 2009). A população alvo corresponde ao conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente delineados e que permitem fazer generalizações (Fortin, 2009).

A amostra corresponde à fração da população sobre o qual se desenvolve o estudo, devendo ser fielmente representativa da população alvo do estudo (Fortin, 2009).

Sendo o objetivo deste estudo avaliar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados, e as possíveis associações com fatores

sociodemográficos e profissionais, optou-se por utilizar como população alvo os enfermeiros, por se considerar que constituem uma população capaz de responder ao instrumento de recolha de dados.

A técnica de amostragem selecionada foi o método não probabilística que consiste em tomar uma amostra na qual se encontram características conhecidas na população em estudo, não dando a todos os elementos a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra em estudo (Fortin, 2009).

A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, tal como Fortin et al., (2009) a define, em que esta é composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão.

Neste estudo participaram 21 enfermeiros. O tamanho da amostra, deve-se ao facto de no momento de a recolha de dados serem os que integravam a UCSPA (8 enfermeiros), a USF Martingil (6 enfermeiros) e a UCC Dr. Arnaldo Sampaio (7 enfermeiros), que se disponibilizaram para participar no estudo e que tinham funções diretas com os utentes e famílias. Excluíram-se, todos os enfermeiros que não estivessem envolvidos diretamente nas práticas de cuidados e cujas funções fossem apenas na área da gestão. Portanto, foi obtida uma amostra de 21 enfermeiros, de uma população de 21 enfermeiros.

4.4.3. Variáveis em estudo

As variáveis constituem as unidades base de um estudo, caracterizando-se por qualidades, propriedades ou características e podem classificar-se consoante o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009).

As variáveis devem ser definidas de forma operacional, com vista a permitir a sua medição. A escolha dos métodos de colheita de dados vai depender desta operacionalização (Fortin, 2009).

Esta etapa consiste em determinar a forma como as variáveis vão ser medidas, como serão operacionalizadas, e convertidas em expressões quantificáveis e mensuráveis (Fortin, 2009).

Neste estudo foram identificadas variáveis independentes e dependentes, cuja operacionalização foi descrita no quadro 13 e 14.

- Variável independente

As variáveis independentes são aquelas que afetam variáveis, mas não precisam de estar relacionadas com elas. Elas identificam-se com as características que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável (Almeida & Freire, 2008).

Temos assim o perfil sociodemográfico dos enfermeiros: o género, a idade, o estado civil, e o perfil profissional dos enfermeiros: o grau académico, o título profissional, o tempo de exercício profissional, a unidade funcional de saúde onde exerce funções e a formação em enfermagem de família. A forma de operacionalização destas variáveis apresenta-se seguidamente no quadro 13.

Quadro 13 – Variáveis independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.

Questão	Variável	Escala de medida	Opções de resposta
1	Género	Variável qualitativa nominal	Resposta dicotómica: Masculino; Feminino
2	Idade	Variável quantitativa de razão	Resposta aberta: Variável entre 0 e + ∞ anos
3	Estado Civil	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla: Solteiro; Casado; União de Facto; Divorciado/Separado; Viúvo
4	Grau Académico	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Pós-Licenciatura/Especialidade; Mestrado; Pós-Graduação; Doutoramento
5	Título Profissional	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla: Enfermeiro; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Chefe
6	Tempo de exercício profissional (em anos)	Variável quantitativa de razão	Resposta aberta: Variável entre 0 e + ∞ anos
6.1	No serviço atual (em anos)		Resposta aberta: Variável entre 0 e + ∞ anos
7	Unidade funcional onde exerce funções	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla: USF; UCSP; UCC
8	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Resposta dicotómica: Sim; Não Resposta múltipla: Assinale todas as aplicáveis, Contexto académico; Formação contínua; Na instituição; Outros contextos: Especifique

- Variável dependente

Na variável dependente, os seus valores dependem dos que assume a variável independente (Vilelas, 2017).

Neste estudo, a atitude dos enfermeiros face à família é operacionalizada pela escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011). A forma de operacionalização desta variável apresenta-se seguidamente no quadro 14.

Quadro 14 – Variável dependente – escala IFCE – AE.

Questão	Variável	Escala de medida	Opções de resposta
1 a 26 itens	Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)	Variável qualitativa	Resposta múltipla: 1 Discordo completamente; 2 Discordo; 3 Concordo; 4 Concordo completamente.
		Variável quantitativa	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, pode variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104 pontos.

Fonte: Oliveira et al., 2009; 2011

As variáveis foram avaliadas por um instrumento de recolha de dados que seguidamente se apresenta.

4.4.4. Instrumento de recolha de dados

A escolha do instrumento recolha de dados resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar. Quanto se trata de descrever as relações entre variáveis, geralmente aplicam-se escalas de medida e as observações estruturadas são os métodos de recolha indicados (Fortin, 2009).

Os questionários são instrumentos planeados para pesquisar dados de sujeitos, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos e visam, de maneira sistemática e ordenada, obter a informação acerca da população e das variáveis, objeto de estudo (Vilelas, 2017).

Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário estruturado em duas partes distintas (APÊNDICE II). Na primeira parte, consta a caracterização da amostra relativa aos dados sociodemográficos e profissionais nomeadamente: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família e na segunda parte é aplicada a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011).

Esta escala resultou da validação e adaptação cultural da *Families Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA)* desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt Inger Saveman*. O enunciado desta escala apresenta o conceito de família como sendo mais do que relações de consanguinidade, podendo incluir os amigos, os vizinhos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio de que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009). Os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (eu faço no meu trabalho...) para o enfermeiro que presta cuidados

(Oliveira et al., 2011). A escala apresenta a finalidade de medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, nos diversos contextos da prática clínica.

A escala original é composta por 26 itens, que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si, mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Oliveira et al., 2009; 2011). Cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, “Discordo completamente” (1 ponto); “Discordo” (2 pontos); “Concordo” (3 pontos); “Concordo completamente” (4 pontos) e que mede as seguintes dimensões: *família como próprio recurso nos cuidados de enfermagem* (10 itens); *família como parceiro dialogante* (8 itens); *família como fardo* (4 itens) e a *família como próprio recurso* (4 itens) (Benzein et al., 2008).

A tradução, validação e adaptação da escala para Portugal foi realizado por Oliveira, Fernandes, Figueiredo, Ferreira, Martinho, Figueiredo, Andrade, Carvalho e Martins em 2009, na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família. Esta versão é designada “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE). Neste processo realizaram-se alterações no que diz respeito às dimensões da versão original. A versão portuguesa contempla apenas para três dimensões: *família como parceiro dialogante e recurso de coping* (12 itens, com as questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25); *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (10 itens, com as questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20) e *família como um fardo* (4 itens, com as questões 2, 8, 23, 26) (Oliveira et al., 2009; 2011).

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

A escala IFCE-AE é de autoquestionário com um tempo médio de preenchimento de 15 minutos. As dimensões da escala, os itens correspondentes e os indicadores da escala IFCE-AE reproduzem-se no quadro 15.

Quadro 15 – Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE.

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

Fonte: Oliveira et al., 2009; 2011

A atitude do enfermeiro face à família indica a perceção que este profissional possui sobre a importância de envolver a família nos cuidados e indicia o seu comportamento.

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

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

A família é um recurso para os cuidados de enfermagem se o enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica (Wright & Leahey, 2012). No seu oposto, visualizar a família como um fardo, implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar das famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis (Alves, 2012).

- Fiabilidade do instrumento

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 consistência interna refere-se à proporção da variabilidade nas respostas, que resulta de diferenças nos inquiridos, ou seja, as respostas diferem, não porque o questionário seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm opiniões diversas (Pestana & Gageiro, 2014).

A validade de critério avalia a capacidade de um teste para prever um comportamento numa determinada situação, comparando-se o resultado do instrumento que se quer validar com outro considerado válido e confiável, através da correlação entre os resultados de ambos (coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 e o instrumento apresenta validade de critério se apresentar um valor $\geq 0,70$) (Vilelas, 2017).

Para analisar a fiabilidade, também denominada por consistência interna do instrumento e os resultados obtidos em cada item, por um respondente, que devem ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário, poderá ser realizado o teste de alfa (α) de *Cronbach* (Vilelas, 2017).

Através do α de *Cronbach* pode mostrar-se como um conjunto de itens que avalia a variável latente, de modo fraco, ou estável, resultando, frequentemente, num teste homogéneo, que facilita os resultados da análise fatorial (Vilelas, 2017).

O valor do α deve ser positivo e variar numa escala entre 0 e 1, sendo $\alpha > 0,9$, a consistência é muito boa, entre 0,8 e 0,9 é boa, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,6 e 0,7 fraca e $< 0,6$ inadmissível (Vilelas, 2017).

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

No quadro 16, pode verificar-se o cálculo de fidelidade das várias dimensões e do *score* total por Oliveira et al., (2009) na validação da escala IFCE-AE e o presente estudo.

Pela análise do quadro 16 o valor do α de Cronbach para o presente estudo, na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* apresenta o valor de 0,84, na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* apresenta o valor de 0,80 e na dimensão *família como um fardo* apresenta o valor de 0,56, com o α de Cronbach da escala total de 0,81, corresponde a um grau de consistência interna de boa.

Quadro 16 – Análise da consistência interna da escala IFCE – AE – adaptação portuguesa e o presente estudo.

Dimensões da escala IFCE-AE	Estudo de validação Oliveira et al., (2009) α Cronbach	Presente estudo α Cronbach
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	0,90	0,84
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,80
Família como um fardo	0,49	0,56
α Cronbach da escala total	0,87	0,81

4.4.5. Procedimentos éticos e formais

Em qualquer percurso de investigação, algumas questões morais e éticas são colocadas ao investigador.

De acordo com Nunes (2020), alguns dos princípios éticos devem guiar a investigação, com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo: o princípio da não maleficência; o direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo; o direito da autodeterminação; o direito à intimidade e o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Previamente à aplicação do instrumento de recolha de dados efetuou-se um conjunto sequencial de procedimentos éticos e formais, que se apresentam seguidamente.

O pedido de autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética da ARS do Centro (ANEXO I) cujo parecer foi favorável com N/Ref ^a.106/2021 (ANEXO II). Tendo sido dado conhecimento aos Conselhos Clínicos e de Saúde dos respetivos ACES (ANEXO III).

O pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados aos coordenadores das unidades funcionais selecionadas: UCSPA, USF Martingil e UCC Dr. Arnaldo, o qual foi autorizado (ANEXO IV).

Da investigação consta o parecer favorável com N.º P808-10-202 (ANEXO V) pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Por fim, foi pedido a todos os participantes de forma voluntária o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido (APÊNDICE III), de acordo com a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial e da Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98). No consentimento informado, livre e esclarecido, foi apresentado um resumo dos elementos para a compreensão do estudo: a sua contextualização; os objetivos; o processo de recolha de dados; os pressupostos éticos que assegurassem o respeito pela individualidade da pessoa; pelo anonimato e confidencialidade da informação recolhida e foi também evidenciada a importância da participação para o desenvolvimento do estudo. Após o conhecimento de toda a informação relevante sobre o estudo, os participantes deram permissão para a obtenção e apresentação dados.

A recolha de dados decorreu entre 15 e 31 janeiro de 2022.

4.4.6. Procedimentos na análise dos dados

No decurso de um estudo concretizado, através de técnicas que sintetizarão os planos teórico e empírico, obtém-se a ferramenta real que proporciona a informação de que necessitamos e estando o investigador na posse dos dados recolhidos, estes necessitam de ser organizados e ordenados, processados, de modo a poder retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado (Vilelas, 2017).

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

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 ($x_{\text{Mín}}$) e Valor Máximo ($x_{\text{Máx}}$);
- Coeficientes: alfa *Cronbach* (α) e correlação de *Pearson* (r);
- Testes: *Shapiro-Wilk* (como teste de normalidade); *t-Student*; *Anova*.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

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

No que respeita à estatística inferencial, para verificar as hipóteses é necessário escolher os testes estatísticos apropriados, paramétricos e não paramétricos, para verificar se os resultados ocorreram devido a flutuações aleatórias causadas por variáveis desconhecidas (Vilelas, 2017).

Para a utilização de testes paramétricos é exigida a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda é que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Marôco, 2014).

Com o objetivo de testar a normalidade da amostra, foi utilizado o teste *Shapiro-Wilk*, ($p > 0,05$) teste de eleição em situações que a amostra é inferior a 50 elementos (Vilelas, 2017), o que revelou uma distribuição normal na variável dependente em estudo, nomeadamente nas três dimensões da escala IFCE- AE, de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 – Teste da Normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala – IFCE – AE na amostra em estudo.

Dimensões da escala IFCE-AE	Shapiro-Wilk		
	Estatística	n	p
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,931	21	0,142
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,957	21	0,186
Família como um fardo	0,936	21	0,457

Relativamente à verificação das variâncias homogêneas, aplicou-se o teste da homogeneidade de *Levene*, obtendo-se um $p > 0,05$.

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

Os testes paramétricos utilizados foram *t-Student* para duas amostras independentes, que 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. E aplicada a análise de variância *ANOVA de um fator*, que permite calcular a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “Atitude dos Enfermeiros”, pelos respetivos enfermeiros (Pestana & Gageiro, 2014).

Para medir a correlação ou a existência de um relacionamento entre duas variáveis e avaliar o efeito que uma produz na outra, será usado o coeficiente de correlação de *Pearson (r)* (Pestana & Gageiro, 2014). Apresenta-se a regra prática para interpretar o tamanho de um coeficiente de correlação (Hinkle et al., 2003):

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

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).

Após o tratamento dos dados, estes serão organizados de modo prático e racional, para melhor entendimento do fenómeno em estudo e, desta forma, transformados “dados” em “informação” (Vilelas, 2017). Optou-se pela apresentação dos dados sob a forma de tabelas de modo a possibilitar uma melhor análise, tornando-a mais clara, simples e acessível.

4.5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi feita a análise descritiva das principais variáveis independentes: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exerce funções e formação em enfermagem de família. De seguida é caracterizada a variável dependente “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos

enfermeiros”. Procedendo-se à análise inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

4.5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Serão apresentados e analisados os resultados obtidos do questionário relativo à **caracterização sociodemográfica e profissional** da amostra.

Neste estudo constata-se que 85,7% (n=18) dos enfermeiros são do género feminino e 14,3% (n=3) dos enfermeiros são do género masculino, como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por género.

Género	n	%
Masculino	3	14,3
Feminino	18	85,7
Total	21	100

No que concerne à distribuição da idade (anos) dos enfermeiros, esta apresenta um valor mínimo (X_{\min}) de 35 anos e um valor máximo (X_{\max}) de 62 anos, sendo que a média de idade dos enfermeiros que participaram é de 45,19 anos e o desvio padrão de 9,2 anos, segundo a análise da tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por idade.

	n	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo (X_{\min})	Valor Máximo (X_{\max})
Idade em anos	21	45,19	9,2	35	62

Relativamente ao estado civil, verificamos que 66,7% (n=14) dos enfermeiros, são casados, 4,8% (n=1) vivem em união de facto, 14,3% (n=3) são divorciados e 14,3 % (n=3) são solteiros, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por estado civil.

Estado civil	n	%
Solteiro	3	14,3
Casado	14	66,7
União de facto	1	4,8
Divorciado/Separado	3	14,3
Total	21	100

Relativamente ao grau académico, através da análise da tabela 5, constata-se 4,8% (n=1) enfermeiros têm o bacharelato, 23,8% (n=5) dos enfermeiros têm licenciatura, 19% (n=4) dos enfermeiros têm especialidade/mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, 47,6% (n=10) dos enfermeiros tem outras especialidades/áreas de formação e 4,8% (n=1) dos enfermeiros têm doutoramento.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por grau académico.

Grau Académico	n	%
Bacharelato	1	4,8
Licenciatura	5	23,8
Especialidade/Mestrado (Enfermagem Saúde Comunitária)	4	19,0
Outras especialidades /Áreas de formação	10	47,6
Doutoramento	1	4,8
Total	21	100

Em relação ao título profissional, verificamos que 47,6 % (n=10) são enfermeiros e 52,4% (n=11) são enfermeiros especialistas, de acordo com a tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da amostra por título profissional.

Título Profissional	n	%
Enfermeiro	10	47,6
Enfermeiro Especialista	11	52,4
Total	21	100

Quando nos debruçamos sobre o tempo de exercício profissional (anos) dos enfermeiros que participaram na investigação, verifica-se um valor mínimo (X_{\min}) de 13 anos e um valor máximo (X_{\max}) de 38 anos, sendo que a média de tempo de exercido profissional é de 22,38 anos e o desvio padrão de 8,57 anos, como se pode observar na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional.

	n	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo (X_{\min})	Valor Máximo (X_{\max})
Tempo exercício de profissional (anos)	21	22,38	8,57	13	38

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional no serviço atual (anos) dos enfermeiros, apresenta um valor mínimo (X_{\min}) de 1 ano e um valor máximo (X_{\max}) de 36 anos, sendo que a média de tempo de exercício profissional no serviço atual de 12,80 anos e o desvio padrão de 11,62 anos, segundo consta na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional no serviço atual.

Tempo de exercício profissional	n	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo (X_{\min})	Valor Máximo (X_{\max})
No serviço atual (anos)	21	12,80	11,62	1	36

De acordo com a tabela 9, no que concerne ao local onde os enfermeiros exercem funções, regista-se 38,1% (n=8) de enfermeiros a trabalhar na UCSP, com 28,6% (n=6) de enfermeiros a trabalhar na USF e 33,3% (n=7) enfermeiros a trabalhar na UCC.

Tabela 9 – Distribuição da amostra por unidade funcional onde exerce funções.

Unidade funcional onde exerce funções	n	%
UCSP	8	38,1
USF	6	28,6
UCC	7	33,3
Total	21	100

No âmbito específico da formação em enfermagem de família cerca de 57,1% (n=12) dos enfermeiros, afirmou não ter qualquer formação nesta área, contra 42,3% (n=9) enfermeiros que responderam que tinham formação em enfermagem de família, de acordo com a tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família.

Formação em Enfermagem de Família?	n	%
Sim	9	42,9
Não	12	57,1
Total	21	100

Em relação aos enfermeiros que afirmaram que tinham formação em enfermagem de família, adquiriram essa formação em contexto académico 19% (n=4), seguindo-se a formação contínua 4,8% (n=1), no contexto académico e formação contínua 14,3% (n=3) e em outros contextos 4,8% (n=1) em tema de mestrado, de acordo com a tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família em que contexto.

Formação em Enfermagem de Família.		
Em que contexto?	n	%
Contexto académico	4	19,0
Formação contínua	1	4,8
Contexto académico e Formação contínua	3	14,3
Outros contextos	1	4,8
Total	9	42,9

4.5.2. Atitudes dos enfermeiros face à família

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família, aplicou-se a escala “**Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros**” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011), obtendo-se resultados nas diferentes dimensões da escala IFCE-AE e o *score* total, apresentados na tabela 12. A pontuação total da escala varia entre um *score* mínimo de 26 pontos e um *score* máximo de 104 pontos, considerando-se que quanto maior o *score* obtido, melhores são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família. A amplitude das dimensões: *família como parceiro e recurso coping* varia entre 12 e 48 pontos; *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* varia entre 10 e 48 pontos; *família como um fardo* varia entre 4 e 16 pontos.

Da análise da tabela 12, os dados revelam que na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso coping*, obteve uma média de 42,33 pontos, com um desvio padrão de 3,95 pontos, e com um valor mínimo (X_{\min}) de 36 pontos e um valor máximo (X_{\max}) de 48 pontos.

Na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*, obteve uma média de 35,00 pontos, com um desvio padrão de 3,46 pontos e com um valor mínimo (X_{\min}) de 28 pontos e um valor máximo (X_{\max}) de 40 pontos.

Por último, na dimensão *família como um fardo*, obteve uma média de 6,90 pontos, com um desvio padrão de 2,02 pontos e com valor mínimo (X_{\min}) de 4 pontos e um valor máximo (X_{\max}) de 12 pontos.

Relativamente às atitudes dos enfermeiros para com as famílias, e pela análise da tabela 12, constatou-se um *score* médio total de 84,23 pontos, com um desvio padrão de 5,92 pontos, sendo um *score* total mínimo (X_{\min}) de 72 pontos e um *score* total máximo (X_{\max}) de 94 pontos. Estes dados indicam que os 21 enfermeiros inquiridos, veem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família.

Tabela 12 – Distribuição da amostra por dimensões e o score total da escala IFCE-AE.

Dimensões da escala IFCE - AE	Nº de itens	n	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo (x_{\min})	Valor Máximo (x_{\max})
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	12	21	42,33	43,00	40,00	3,95	36	48
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	21	35,00	35,00	37,00	3,46	28	40
Família como um fardo	4	21	6,90	7,00	6,00	2,02	4	12
Score total	26	21	84,23	84,00	84,00	5,92	72	94

4.5.3. Teste de Hipóteses

As hipóteses indicam o rumo a seguir ao investigador, orientam o seu trabalho designando os caminhos da investigação, dito de outra forma podemos dizer que 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 (H_0) (hipótese oposta à hipótese a ser investigada (H_1)):

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

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

Hipótese 1 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género.

Na tabela 13, aplica-se o teste paramétrico – Teste *t-Student* para as amostras independentes, observa-se que entre o género masculino e o género feminino, relativamente à dimensão *família como parceiro dialogante e recurso coping* ($p=0,294$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,583$) e na dimensão *família como um*

fardo ($p=0,123$), respeitando o nível global de significância para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre o género e as dimensões da escala IFCE-AE.

Verifica-se que os profissionais do género feminino apresentam uma média superior, nas dimensões, *família como parceiro dialogante e recurso coping* (42,66 pontos), *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (35,11 pontos) e uma média inferior na dimensão *família como um fardo* (6,66 pontos), relativamente aos profissionais do género masculino.

Tabela 13 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o género.

Dimensões da escala IFCE-AE	Género	n	Média (\bar{X})	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Masculino	3	40,33	t= - 0,944
	Feminino	18	42,66	p=0,294
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Masculino	3	34,33	t= -0,352
	Feminino	18	35,11	p=0,583
Família como um fardo	Masculino	3	8,33	t=1,378
	Feminino	18	6,66	p=0,123

Conclui-se que o género não apresenta relação com as atitudes dos enfermeiros face à família, em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

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

Na tabela 14, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e do respetivo teste de significância, observa-se que entre a idade e a dimensão *família parceiro dialogante e recursos de coping* ($r=0,43$, $p=0,852$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($r=0,50$, $p=0,859$) e na dimensão *família como um fardo* ($r=-0,45$, $p=0,848$), verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre a idade e as dimensões da escala IFCE-AE, no entanto mostra-se que todas as correlações são baixas entre a idade e as dimensões da escala IFCE-AE.

Tabela 14 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a idade.

Dimensões da escala IFCE-AE	Correlação de <i>Pearson</i> (r)	Idade (anos)
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	R	0,43
	p	0,852
	n	21
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	R	0,50
	p	0,859
	n	21
Família como um fardo	R	-0,45
	p	0,848
	n	21

Conclui-se que a idade apresenta uma baixa correlação sobre as atitudes dos enfermeiros face à família, em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 3 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.

Conforme a tabela 15, foi aplicado o teste paramétrico – *Anova de um fator*, observa-se que entre o estado civil e a dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* ($p=0,516$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,157$) e na dimensão *família como um fardo* ($p=0,251$), verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre o estado civil e as dimensões da escala IFCE-AE.

Verifica-se que os enfermeiros solteiros apresentam uma média inferior, nas dimensões, *família como parceiro dialogante e recurso de coping* (41,00 pontos); *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (33,66 pontos) e uma média superior na dimensão *família como um fardo* (9,00 pontos), relativamente aos enfermeiros casados, em união de facto e divorciados.

Tabela 15 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o estado civil.

Dimensões da escala IFCE-AE	Estado Civil	n	Média (\bar{X})	ANOVA
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Solteiro	3	41,00	F=0,791 P=0,516
	Casado	14	42,14	
	União de facto	1	48,00	
	Divorciado/ Separado	3	42,00	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Solteiro	3	33,66	F=1,970 P=0,157
	Casado	14	35,57	
	União de facto	1	40,00	
	Divorciado/ Separado	3	32,00	
Família como um fardo	Solteiro	3	9,00	F=1,481 P=0,251
	Casado	14	6,71	
	União de facto	1	6,00	
	Divorciado/Separado	3	6,00	

Conclui-se que para o estado civil, não existe relação com as atitudes dos enfermeiros face à família, em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 4 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros e o grau académico.

Conforme a tabela 16, foi aplicado o teste paramétrico - *Anova de um fator*, observa-se que entre o grau académico e a dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* ($p=0,315$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,527$) e

na dimensão *família como um fardo* ($p=0,123$), verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre o grau académico e as dimensões da escala IFCE-AE.

Tabela 16 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o grau académico.

Dimensões da escala IFCE-AE	Grau Académico	n	Média (\bar{x})	ANOVA
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Bacharelato	1	48,00	F=1,292 P=0,315
	Licenciatura	5	43,00	
	Especialidade/Mestrado Enfermagem	4	40,25	
	Comunitária			
	Outras especialidades/Áreas formação	10	41,80	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Doutoramento	1	47,00	F=2,140 P=0,527
	Bacharelato	1	40,00	
	Licenciatura	5	35,40	
	Especialidade/Mestrado Enfermagem	4	33,75	
	Comunitária			
Família como um fardo	Outras especialidades/Áreas formação	10	35,10	F=0,828 P=0,123
	Doutoramento	1	32,00	
	Bacharelato	1	6,00	
	Licenciatura	5	6,40	
	Especialidade/Mestrado Enfermagem	4	9,00	
	Comunitária			
	Outras especialidades/Áreas formação	10	6,70	
	Doutoramento	1	4,00	

Conclui-se que não existe relação entre o grau académico e as atitudes dos enfermeiros face à família em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 5 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.

Na tabela 17, aplica-se o teste paramétrico – Teste t-Student para as amostras independentes, observa-se que entre o título profissional e a dimensão *família como parceiro dialogante e recurso coping* ($p=0,890$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,095$) e na dimensão *família como um fardo* ($p=0,341$). Verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre o título profissional e as dimensões da escala IFCE-AE.

Constata-se que os enfermeiros e enfermeiros especialistas apresentam uma média idêntica nas dimensões da *família como parceiro dialogante e recurso de coping*; *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e *família como um fardo*.

Tabela 17 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o título profissional.

Dimensões da escala IFCE-AE	Título Profissional	n	Média (\bar{X})	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Enfermeiro	10	42,30	t= - 0,036
	Enfermeiro Especialista	11	42,36	p=0,890
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	10	35,60	t= 0,748
	Enfermeiro Especialista	11	34,45	p=0,095
Família como um fardo	Enfermeiro	10	6,90	t= - 0,010
	Enfermeiro Especialista	11	6,90	p=0,341

Conclui-se que não existe relação entre o título profissional e as atitudes dos enfermeiros face à família em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 6 - Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.

Na tabela 18, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e do respetivo teste de significância, observa-se que entre o tempo exercício profissional e a dimensão *família parceiro dialogante e recurso de coping* ($r=0,091$, $p=0,696$); na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($r=0,089$, $p=0,700$) e na dimensão *família como um fardo* ($r=-0,061$, $p=0,792$). Verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre o tempo de exercício profissional e as dimensões da escala IFCE-AE e mostra que todas as correlações são insignificantes entre o tempo de exercício profissional e as três dimensões.

Tabela 18 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional.

Dimensões da escala IFCE-AE	Correlação de <i>Pearson</i> (r)	Tempo exercício profissional
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	R	0,091
	p	0,696
	n	21
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	R	0,089
	p	0,700
	n	21
Família como um fardo	R	-0,061
	p	0,792
	n	21

Conclui-se que existe uma correlação insignificante entre o tempo de exercício profissional e as atitudes dos enfermeiros face à família em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 7 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce as suas funções.

Conforme a tabela 19, foi aplicado o teste paramétrico - *Anova* de um fator, observa-se que entre a unidade funcional onde o profissional exerce funções e a dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* ($p=0,973$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,287$) e na dimensão *família como um fardo* ($p=0,257$). Verifica-se que para $p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre a unidade funcional onde o profissional exerce funções e as dimensões da escala IFCE-AE.

Realça-se que os enfermeiros que exercem funções na UCSP, apresentam uma média ligeiramente superior nas dimensões da *família como parceiro dialogante e recurso de coping* (42,50 pontos) e *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (37,50 pontos); enquanto os enfermeiros que exercem funções na UCC, apresentam uma média inferior, na dimensão *família como um fardo* (6,00 pontos).

Tabela 19 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a unidade funcional onde exerce funções.

Dimensões da escala IFCE-AE	Unidade Funcional Onde exerce funções	n	Média (\bar{x})	ANOVA
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	UCSP	8	42,50	F=0,027 P=0,973
	USF	6	42,00	
	UCC	7	42,42	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	UCSP	8	37,75	F=1,338 P=0,287
	USF	6	36,00	
	UCC	7	33,28	
Família como um fardo	UCSP	8	7,75	F=1,338 P=0,257
	USF	6	6,83	
	UCC	7	6,00	

Conclui-se que não existe relação entre a unidade funcional onde o profissional exerce funções e as atitudes dos enfermeiros face à família em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Hipótese 8 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.

Na tabela 20, aplica-se o teste paramétrico – Teste t-*Student* para as amostras independentes, permitiu relacionar as atitudes dos enfermeiros em função de possuírem ou não formação em enfermagem de família, na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso coping* ($p=0,755$), na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* ($p=0,703$) e na dimensão *família como um fardo* ($p=0,211$), verifica-se que para

$p \geq 0,05$, não existe evidência estatística significativa entre os enfermeiros que possuem ou não formação em enfermagem de família e as dimensões da escala IFCE-AE.

Observa-se que os enfermeiros que realizaram formação em enfermagem de família, apresentam uma média ligeiramente superior na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (35,77 pontos).

Tabela 20 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.

Dimensões da escala IFCE-AE	Formação em Enfermagem da Família	n	Média (\bar{X})	Teste t
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Sim	9	41,88	t= - 0,437
	Não	12	42,66	p=0,755
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	9	35,77	t= 0,886
	Não	12	34,41	p=0,703
Família como um fardo	Sim	9	7,11	t= 0,396
	Não	12	6,75	p=0,211

Conclui-se que não existe relação entre os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros face à família em cada uma das dimensões da escala IFCE-AE.

Neste estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas e profissionais e os resultados obtidos nas três dimensões da escala IFCE-AE.

Em síntese, após a análise preliminar da amostra, constatou-se que as atitudes dos enfermeiros que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem não são influenciadas pelas suas características pessoais (género, idade, estado civil), nem pelas características profissionais (grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família).

4.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Após a análise e tratamento dos dados apresentados anteriormente, surge o momento para uma reflexão acerca dos mesmos. Será feita a discussão dos resultados obtidos, em função

dos objetivos definidos e das questões de investigação previamente enunciadas, confrontando com a literatura consultada no âmbito da temática em estudo.

Na pesquisa da literatura, encontram-se vários estudos acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros, nos mais diversos contextos de cuidados de saúde. Verificou-se uma predominância de estudos nos cuidados de saúde diferenciados, tendo sido mais utilizados os resultados e inferências de estudos que envolvessem os enfermeiros em contexto dos CSP.

Quanto às **caraterísticas sociodemográficas e profissionais** dos 21 enfermeiros em estudo, verificou-se que o **género** predominante é o feminino (85,7%), o que vai de encontro da literatura estudada, que afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente do mundo feminino. Tal se verificou nos estudos realizados por Oliveira et al., (2011) com 88,20% do sexo feminino, Silva et al., (2013) em que fração feminina representava 88,50 %, bem como Pires (2016), em que o sexo feminino representava 95,70%, Tavares (2017) com 91,50% com domínio do género feminino. Dados também confirmados por Benner (2001), quando refere que a profissão de enfermagem é sobretudo composta por mulheres e no documento referente à estatística da OE (2021), evidencia esta representatividade, em que n=80,239; 82,30% são do género feminino da população total de profissionais de enfermagem, em Portugal.

No que concerne à **idade**, evidenciaram uma amostra com uma média de idade, de 45,19 anos, em contrapartida, Oliveira et al., (2011) apresentou uma média 35,68 anos e Silva et al., (2013) obteve uma média de 40,59 anos, Pires (2016) obteve uma média de 41,53 anos, verificando-se que a amostra estudada apresenta uma média de idade ligeiramente superior. Segundo o anuário estatístico da OE (2021), onde o grupo etário com maior representatividade pertence ao grupo etário dos 36 aos 40 anos.

No que respeita ao **estado civil**, verifica-se que 66,7 % dos enfermeiros são casados, 4,8% vivem em união de facto, 14,3% são divorciados e 14,3% são solteiros, resultados semelhantes a Tavares (2017) que também a maioria dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto com 78,9%, enquanto os solteiros divorciados/separados e viúvos representam 21,1%. Na literatura consultada não se encontraram outros resultados com esta variável.

Em relação ao **grau académico**, constatou-se que 4,8% dos enfermeiros tem o bacharelato, 23,8% são licenciados, 19% dos enfermeiros têm especialidade/mestrado em enfermagem em saúde comunitária, 47,6% dos enfermeiros tem outras especialidades/áreas de formação e 4,8% dos enfermeiros têm doutoramento. Oliveira et al., (2011) refere que 83,8% possuía

licenciatura, 8,2 % com bacharelato e 2,2% com mestrado, já Silva et al., (2013) verificou 90,9% dos enfermeiros eram licenciados, 27,8% dos enfermeiros com curso de pós-licenciatura ou especialidade, também Pires (2016) verificou que 66,7% são licenciados e 33,3% tem pós-graduação e especialidade, no entanto, Tavares (2017) afirmou que 46,5 % dos enfermeiros tem especialidade e 12,7% possuem mestrado ou doutoramento. Segundo o anuário estatístico da OE (2021) relativo à distribuição dos enfermeiros por grau académico, 77,3% dos enfermeiros são licenciados, 9,7 % dos enfermeiros tem o bacharelato, 5,7% dos enfermeiros tem mestrado e 0,1% dos enfermeiros tem doutoramento. No presente estudo verifica-se que os enfermeiros têm uma elevada formação académica e mais formação especializada, relativo à média nacional.

No caso do **título profissional**, apresenta-se 47,6 % com a categoria de enfermeiro e 52,4% com a categoria de enfermeiro especialista de acordo com as áreas de especialidade reconhecidas pela OE (4 enfermeiros são especialistas em enfermagem comunitária e 7 enfermeiros noutras áreas da especialidade). Para Oliveira et al., (2011), 88,2% dos enfermeiros têm a categoria de enfermeiro, seguindo-se os enfermeiros especialistas com 7,9% e enfermeiro chefe com 3,6%, já Pires (2016), 67,8% refere possuir o título de enfermeiro e 32,2% referem o título de enfermeiro especialista; para Tavares (2017), 28,2% possuem a categoria de enfermeiro, 52,1% são da categoria de enfermeiro graduado e 21,5% são enfermeiros especialistas ou chefe. Verificou-se que a amostra tem mais enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista.

Em 2019 houve uma atualização da categoria de especialista de acordo com Decreto-Lei n.º 71/2019, com a estruturação da carreira de enfermagem nas seguintes categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

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. As especialidades com mais representação são a enfermagem de reabilitação com 21% e enfermagem médico cirúrgica com 21% e só depois a enfermagem comunitária com 14,8%.

Em termos de **tempo de exercício profissional** (anos) médio dos enfermeiros, foi de 22,38 anos, consideravelmente superior ao verificado por Oliveira et al., (2011), em que este valor, é apenas de 12,9 anos, e também superior à média obtida por, Silva et al., (2013) de 16,37 anos, e de (Pires 2016) com 17,52 anos.

No que diz respeito ao **tempo de exercício profissional no serviço atual** (anos) dos enfermeiros em CSP, a amostra estudada apresenta uma média de 12,80 anos, sendo

semelhante ao verificado por Silva et al., (2013) de 12,16 anos, no entanto Pires (2016) apresenta 14,87 anos, sendo superior a Oliveira et al., (2011) com 8,3 anos.

Em relação ao **local onde exercem funções**, são 38,1% dos enfermeiros a trabalhar na UCSP, 28,6% enfermeiros a trabalhar na USF e 33,3% enfermeiros a trabalhar na UCC, pertencente a dois ACES da região do centro. Segundo o anuário estatístico da OE (2021), relativo à distribuição por setor de atividade, a maioria dos enfermeiros exerce funções em hospital, ou em setor desconhecido, com apenas 10,9% dos enfermeiros a exercer no ACES/CS/UCSP/USF/UCC.

No âmbito específico da **formação em enfermagem de família**, 57,1% dos enfermeiros, referiu não ter qualquer formação nesta área, 42,3% dos enfermeiros mencionaram que tinham formação em enfermagem de família, 19% em contexto académico, 4,8% em formação contínua, seguindo-se 14,3% em contexto académico e formação contínua e 4,8% noutros contextos, em tema de mestrado. Estes resultados corroboram com Silva et al., (2013) a maioria não possuía (69,6%) formação em enfermagem de família, tal como, para Pires (2016) 81,1% referiram não possuir formação em enfermagem de família. No entanto para Oliveira et al., (2011), 59,6 % frequentaram formação em enfermagem de família, dos quais 23,5% em contexto académico e 29,4% em formação contínua e 6,6% noutros contextos.

Das várias especialidades existentes, o anuário estatístico da OE (2021) revela que 0,7% dos enfermeiros especialistas possuem a especialidade em enfermagem de saúde comunitária, na área de enfermagem em saúde familiar.

Para caracterizar as **atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados**, foi utilizada a escala - *“Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”* (IFCE - AE), na versão adaptada para a população portuguesa por (Oliveira et al., 2009; 2011), que visa avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

No que se refere à consistência interna da escala IFCE-AE do presente estudo, obteve-se um valor de α de Cronbach total de 0,81, com uma variação entre 0,56 e 0,84 para as três dimensões da IFCE-AE, com boa confiabilidade e homogeneidade dos itens que a compõem, pelo que se considera um instrumento fidedigno e válido. Estes resultados corroboram com os estudos de Oliveira et al., (2011) que apresentou um α de Cronbach de 0,87 da escala total, o mesmo acontece com Silva et al., (2013) com um $\alpha=0,87$, Tavares (2016) com um $\alpha=0,83$; Frade et al., (2020) com $\alpha=0,89$. No entanto Barbieri-Figueiredo et al., (2012) apresentou um $\alpha=0,97$ e Pires (2016) um $\alpha=0,90$, com muito boa confiabilidade.

A aplicação da escala IFCE-AE nos diversos contextos, permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e, desta forma, potencializará a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar (Oliveira et al., 2011).

De acordo com os autores dos instrumentos, o original e a versão portuguesa (Benzein, 2008; Oliveira, 2009), quanto maior o *score* total da escala, mais as atitudes dos enfermeiros para com as famílias são de suporte.

Relativamente às atitudes dos enfermeiros face à família, o grau de concordância dos enfermeiros, apresentaram um *score* total médio de respostas de 84,23 pontos. Esta inferência permite afirmar que os enfermeiros que participaram neste estudo possuem atitudes de suporte face à família promovendo a sua inclusão nos cuidados de enfermagem.

Para uma atitude de suporte, o pré-requisito fundamental é convidar e envolver as famílias nos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes. Quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes e necessários para uma melhor prestação de cuidados e com mais qualidade, então são profissionais mais bem capacitados para estabelecer interações significativas com as famílias. A atitude favorável perante a família envolve a valorização dos seus saberes, das suas crenças e da sua tomada de decisão durante o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência (Benzein et al., 2008).

Estes resultados vão ao encontro das orientações nacionais e internacionais para a inclusão da família nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2009).

Foi possível verificar, utilizando o mesmo instrumento de medida e aplicado a outros enfermeiros que trabalham em CSP, que também revelam uma idêntica atitude de suporte em relação às famílias, indo ao encontro dos estudos desenvolvidos por Oliveira et al., (2011), Silva et al., (2013), Pires (2016), Tavares (2017), em que os enfermeiros apresentaram uma elevada concordância face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, também Barbieri-Figueiredo et al., (2012), num estudo denominado por atitudes, conceções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em CSP, havia concluído, que os enfermeiros demonstravam uma atitude favorável à inclusão e participação da família nos cuidados de enfermagem, para Santos (2019) vê e reconhece a família nos cuidados de enfermagem.

Outros estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, por Alves (2011), Sousa (2011), Rodrigues (2013), Fernandes e al., (2015), em que os enfermeiros revelam atitudes positivas face à importância da família da integração da família nos cuidados de enfermagem.

Estes resultados são corroborados com as pesquisas realizadas em diferentes países, como de Benzein et al., (2008) e Ângelo et al., (2014) consideram que a importância de envolver a família nos cuidados e enfermagem, é passo importante para convidar, envolver e interagir com a família ao longo de todo o processo de cuidados.

Quando avaliamos a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala – IFCE-AE, verificou-se que na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, apresentou uma média de respostas de 42,33 pontos. Atitudes que levam a afirmar que a família é importante fonte de informação, interlocutor com quem se se pode estabelecer um diálogo terapêutico e é valorizado o seu envolvimento nos cuidados ao doente (Rodrigues, 2013). Foca-se nesta dimensão a importância do cuidado partilhado, do diálogo e da negociação dos cuidados, sendo fundamental a capacidade de discutir com os membros da família sobre o planeamento destes. As interações entre família e os enfermeiros é sustentada pela informação que é recebida, onde a comunicação é uma componente essencial para que esta se estabeleça (Benzein et al., 2008).

Na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*, apresentou uma média de repostas de 35,00 pontos. As atitudes que levam a considerar a família como recurso dos cuidados de enfermagem, é o facto de considerarem a família como suporte para os cuidados de enfermagem, detentora de forças e recursos que lhe permitem colaborar na tomada de decisão, contribui para o desenvolvimento de interações baseadas numa abordagem colaborativa, perspetivando-a com parceria e assumindo-a como alvo e unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011). Os enfermeiros que consideram a família como recurso nos cuidados, valorizam a sua presença e as suas capacidades, tornando-os parceiros (Lemos, 2019). Esta relação consiste numa relação de colaboração, parceria e de reciprocidade não hierárquica (Benzein et al., 2008).

Na dimensão *família como um fardo*, através dos resultados obtidos em que quanto menor a pontuação melhor é atitude dos enfermeiros face à participação nos cuidados de enfermagem, apresentou uma média de respostas de 6,90 pontos. As atitudes que levam a considerar a família como um fardo, são sobreponíveis às crenças mencionadas como obstáculo ao reconhecimento da família como unidade competente e coerente (Oliveira et al., 2011). Ao visualizar a família como um fardo significa não ter tempo para cuidar da família, assim como, vê-las como indesejáveis (Benzein et al., 2008).

Uma das barreiras no estabelecimento de uma relação colaborativa positiva entre enfermeiros e famílias pode estar relacionado com o facto do enfermeiro considerar a família como um fardo, pondo em causa a qualidade dos cuidados. Esta conceção pode ter relação efetiva com

as barreiras pessoais, organizacionais e ambientais (Benzein et al., 2008; Ângelo et al., 2014; Fernandes et al., 2015).

No presente estudo, verifica-se que as atitudes com scores médios mais elevados são representadas pela dimensão da *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, seguido da dimensão da *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e por fim, na *dimensão família como um fardo*, que é a dimensão em que os participantes possuem scores médios mais baixos. Estes resultados corroboram com estudos em contextos de CSP, de Pires 2016 e de Tavares 2017.

Face aos resultados obtidos nas diferentes dimensões e na globalidade, podemos concluir que os elementos, constituintes da amostra, possuem atitudes de suporte na integração e inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem, daí se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades das famílias como interações mais satisfatórias decorrentes deste processo (Oliveira et al., 2011).

A pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem permite a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias (Frade et al., 2021).

Quanto à análise da **relação entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as características sociodemográficas e profissionais** dos mesmos, os resultados indicam que não existem evidências estatísticas significativas entre os cruzamentos das três dimensões da escala IFCE-AE com as variáveis: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família. Tais resultados, induzem-nos a pensar que existe uniformidade nas atitudes dos enfermeiros que exercem funções nos CSP.

Assim quanto ao género, os dados indicam que não existe evidência estatística significativa, entre o género masculino e o género feminino e as três dimensões da escala IFCE-AE, no entanto, são os profissionais do género feminino que apresentam valores médios superiores, nas dimensões, *família como parceiro dialogante e recurso coping*, *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e uma média inferior na dimensão *família como um fardo*, relativamente aos profissionais do género masculino. Estes resultados estão em linha com os obtidos por, Oliveira et al., (2011), Alves (2011), Silva et al., (2013), Rodrigues (2013), que, ao analisar as atitudes dos enfermeiros face à família, não encontraram diferenças relativas ao género. No estudo de Benzein et al., (2008), deduz o oposto, afirma que ser enfermeiro do género masculino pressupõe uma atitude global menos favorável para com as *famílias como recurso nos cuidados de enfermagem e parceiros no diálogo*.

Relativamente à idade, os dados indicam que não existe evidência estatística significativa entre a idade e as dimensões da escala IFCE-AE. Estes resultados corroboram com a investigação de Alves (2011), Rodrigues (2013), Pires (2016) e Tavares (2017). Pelo contrário, nos estudos de Sousa (2011), Silva et al., (2013), os resultados apontam para a existência de relação entre a idade e as dimensões da escala IFCE-AE, referindo que os enfermeiros mais velhos apresentam atitudes de maior suporte na integração da família nos cuidados de enfermagem. Também Frade et al., (2021) nos resultados obtidos verificou 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.

No que se refere ao estado civil, os dados revelam que não existe evidência estatística significativa entre o estado civil e as três dimensões da escala IFCE-AE, no entanto, é possível afirmar que os enfermeiros solteiros apresentam valores médios ligeiramente inferiores, nas dimensões *família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e valores médios superiores na dimensão *família como um fardo*, relativamente aos enfermeiros casados, em união de facto e divorciados. Os dados encontrados corroboram com a investigação de Tavares (2017), neste estudo os enfermeiros solteiros, divorciados ou viúvos apresentam atitude mais favorável na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* enquanto os enfermeiros casados ou a viver em união de facto apresentam valores médios mais elevados nas restantes dimensões. Na literatura consultada não se encontraram mais resultados que demonstrem a relação entre a atitude dos enfermeiros e o seu estado civil.

No respeitante ao grau académico, os resultados indicam que não existe evidência estatística significativa entre o grau académico e as dimensões da escala IFCE-AE, no entanto observa-se que os enfermeiros que possuem especialidade/mestrado em enfermagem comunitária e outras especialidades/áreas formação apresentam valores médios ligeiramente inferiores, nas dimensões *família como parceiro dialogante e recurso coping*, *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e uma média superior na dimensão *família como um fardo*, quando comparados com os enfermeiros que possuem bacharelato, licenciatura ou doutoramento. Estes resultados corroboram com os estudos de Tavares (2017), Frade et al., (2021) cujos resultados apontam não existir associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis. No entanto, Sousa (2011) encontrou significado estatístico na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*, indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família e Silva et al., (2013), verifica evidência estatística significativa na dimensão *família como um fardo*, revelando que os enfermeiros que possuem grau de mestre atribuem maior importância à família nos cuidados nesta dimensão.

Também Rodrigues (2013) apresenta diferenças entre a atitude e a formação pós-graduada/mestrado dos enfermeiros é estatisticamente significativa para a dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 pela OE, a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui 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.

No que concerne ao título profissional, os dados apresentam que não existe evidência estatística significativa entre o título profissional e as dimensões da escala IFCE-AE, no entanto os enfermeiros e enfermeiros especialistas apresentam uma média no valor das respostas idêntica para as três dimensões da escala IFCE-AE. Estes dados corroboram com os estudos de Alves (2011), Fernandes et al., (2015), Tavares (2017). Estes resultados são contraditórios aos obtidos por Rodrigues (2013), que encontrou significado estatístico, afirmando que são os enfermeiros especialistas quem apresentam uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar, também Pires (2016), encontrou significado estatístico na dimensão *família como um fardo*, que significa que para valores mais altos de titularidade profissional, correspondem atitudes mais positivas no envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e vice-versa.

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 construir 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).

Relativamente ao tempo de exercício profissional na totalidade de anos, os dados obtidos revelam que não existe evidência estatística significativa entre o tempo de exercício profissional e as dimensões da escala IFCE-AE. Estes dados corroboram com estudos de Rodrigues (2013), Pires (2016) e Tavares (2017). Ao contrário dos estudos realizados por Benzein et al., (2008), no processo de construção da FINC-NA, encontrou evidências de que os enfermeiros formados recentemente não apresentam atitude de suporte em relação à família, também Sousa (2011), refere que o tempo de exercício profissional produz diferenças significativas na atitude face à família, para Silva et al., (2013), Frade et al., (2021) mostram

quanto maior o número de anos de exercício profissional e de experiência profissional, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Contudo, comparando com os estudos de Ângelo et al., (2014), considera que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional tinham menores *scores* na escala IFCE-AE, ou seja, que apresentavam atitudes de menor suporte para com as famílias.

Na teoria de desenvolvimento de competências de Benner (2001), baseada no modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus, estabelece que na aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis de proficiência, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Assim os enfermeiros nos primeiros anos da sua atividade profissional, têm os seus objetivos orientados para a concretização de técnicas e tarefas específicas. Quando atingem o nível de perito, estes profissionais desenvolvem capacidade de se descentralizar do cuidado técnico e prestar um cuidado holístico, com desenvolvimento de capacidade de comunicação e atuação perante a família.

Relativamente à unidade funcional onde exercem funções, os dados obtidos, verifica-se que não existe evidência estatística significativa entre a unidade funcional onde o profissional exerce funções e as dimensões da escala IFCE-AE. Observa-se que os enfermeiros que exercem funções na UCSP, apresentam valores médios ligeiramente superiores, nas dimensões, *família como parceiro dialogante e recurso de coping e família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e os enfermeiros que exercem funções na UCC apresentam valores médios inferiores na dimensão *família como um fardo*. Os dados corroboram com os estudos de Oliveira et al., (2011) e Rodrigues (2013). Pelo contrário nos estudos de Tavares (2017), verificou-se que os enfermeiros que exercem funções nas USP são quem apresentam atitudes mais favoráveis nas dimensões *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, também Silva et al., (2013) referiu que os enfermeiros que exercem funções em UCSP/USF evidenciavam atitudes de um menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

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

Quanto à formação em enfermagem de família, os dados obtidos revelam que, não existe evidência estatística significativa entre os enfermeiros que possuem ou não formação em enfermagem de família e as dimensões da escala IFCE-AE. Estes dados corroboram com

Alves (2011), Fernandes et al., (2015), cujos resultados evidenciam uma população maioritariamente sem formação em enfermagem de família, Pires (2016) e Tavares (2017).

No presente estudo, os enfermeiros que possuem ou não formação em enfermagem de família, apresentam valores médios de resposta muito idênticos nas três dimensões, no entanto os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam valores médios ligeiramente superiores na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*. Os resultados obtidos não corroboram com os estudos de Oliveira et al., (2011), que verificou que os enfermeiros que têm formação em enfermagem de família apresentam uma média superior na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, esta evidência estatística, corrobora com Barbieri- Figueiredo (2012) e também Silva et al., (2013) verificou que quanto maior a formação da enfermagem de família, maior a importância atribuída à família nas dimensões *família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *família como um fardo*. Sousa (2011) refere que os enfermeiros que têm um maior contacto com a saúde familiar, nomeadamente ao nível dos CSP, mostram uma atitude mais favorável à inclusão da família nos cuidados, ao contrário dos enfermeiros que não contactam profissionalmente nesta área, apresentando médias superiores na dimensão *família como um fardo*.

Muitos dos enfermeiros que atualmente trabalham com famílias nos CSP não tiveram, na sua formação de base, contacto com instrumentos de avaliação familiar, por outro lado, atendendo ao modelo de aquisição de competências de Benner, a competência dos enfermeiros evolui e transforma-se ao longo do tempo (Benner, 2001).

A associação entre a formação e as atitudes é importante já que todos os profissionais de saúde deveriam possuir conhecimentos das dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e intervenção familiar desde a formação de base, conseguindo por consequência, aperfeiçoar as suas competências durante a atividade profissional (Wright & Leahey, 2013).

O estudo realizado por Fernandes et al., (2015) conclui que os enfermeiros devem ter conhecimentos e competências para avaliar e intervir na família.

A formação avançada dos enfermeiros é uma mais-valia para identificar áreas de atenção na família, com pertinência para a prática de enfermagem, assim como na sua intervenção nos períodos de transição saúde/doença, que podem despoletar desorganização do todo familiar (Rodrigues, 2013).

Para orientação dos profissionais de enfermagem a IFNA desenvolveu duas declarações para orientar o desenvolvimento de competências práticas para o enfermeiro, tanto a nível generalista, como a nível avançado em enfermagem de família (IFNA, 2015; 2017).

Para Santos (2019) num estudo denominado da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família, construção de um programa de desenvolvimento de competências, conclui que um dos grandes dilemas com que a enfermagem de família se depara é a mudança de paradigma em que a família deixa de ser contexto e passa a ser o foco dos cuidados, para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro na sua formação detenha conhecimentos de modelos de avaliação e intervenção familiar.

4.7. CONCLUSÃO

A prática de enfermagem de família nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida como essencial para a promoção, manutenção e reabilitação da saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

O presente estudo procurou dar resposta ao interesse profissional na área da enfermagem de saúde familiar. Partindo das questões de investigação: **Quais são as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados? e qual é a relação existente entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?** E assim respondendo aos objetivos formulados foram retiradas conclusões que se apresentam.

No que se refere às características sociodemográficas e profissionais dos 21 enfermeiros dos CSP, a maioria são do género feminino (85,7%), com uma média de idade de 45,19 anos, 66,7% são casados, 66,6% tem especialidade/mestrado/outras áreas de formação, 52,4% são enfermeiros especialistas, a média de tempo de exercício profissional de 22,38 anos e no serviço atual UCSP/USF/UCC de 12,80 anos e 42,9% dos enfermeiros tem formação em enfermagem de família.

No que diz respeito às atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados, optou-se pela escolha da escala IFCE-AE, na versão adaptada para a população portuguesa e fez-se a análise das repostas aos itens que a compõem relativo às três dimensões: *família como parceiro dialogante e recurso de coping; família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um fardo.*

A avaliação da fiabilidade da escala IFCE-AE variou entre $\alpha=0,56$ e $\alpha=0,84$ para as três dimensões, com α de Cronbach total de 0,81, conclui-se de boa confiabilidade, resultado muito semelhante ao de Oliveira et al., (2009; 2011) que validaram a escala, apresentando boa confiabilidade $\alpha=0,87$.

Os enfermeiros que participaram neste estudo, possuem atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com um score médio total da escala

IFCE-AE de 84,23 pontos. Na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* (42,33 pontos), com resultados indicadores de inclusão da família no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem e de diálogo essencial com a família; na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (35,00 pontos), com resultados indicadores de que a família é valorizada e corresponsável nos processos de saúde-doença no seio familiar, conhece-se a família e a necessidade de promover uma relação de colaboração e parceria na prática dos cuidados; na dimensão *família como um fardo* (6,90 pontos), com resultados indicadores de não concordância com o facto de a família poder ser considerada como um fardo, mas sim como um fator de apoio, colaboração, ajuda e participação na implementação dos cuidados de saúde.

Os resultados permitem evidenciar que os enfermeiros que integraram a amostra, apresentam atitudes de suporte na abordagem à família relativamente ao envolvimento, participação, interajuda e parceria da família nos cuidados de enfermagem.

Quando testadas as hipóteses de investigação, conclui-se que não existe evidências estatísticas significativas entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos.

À semelhança de qualquer pesquisa, neste estudo, foram encontradas algumas limitações, a escolha do instrumento de recolha de dados ser em formato de papel e o facto de o tamanho da amostra ser reduzido, não permitiu a generalização dos resultados apresentados, seria importante um estudo mais abrangente que permitisse estudar a problemática com recurso à amostragem probabilística e pudesse fortalecer os dados e os resultados. Sendo a amostra limitativa, o presente estudo, não tem validade externa, no entanto tem validade para cada umas das unidades funcionais em causa. No entanto considera-se que tem validade interna porque foi aplicado um método de análise estatística rigorosa e foi utilizada uma escala cientificamente validada com uma consistência interna bastante elevada o que permite a comparação com outros estudos que utilizaram a mesma escala.

Este estudo pretende não só contribuir para o incremento científico da Enfermagem na área de saúde familiar, como também evidenciar a necessidade de formação nesta área específica dirigida aos enfermeiros nos seus contextos de trabalho e reforçar a importância dos enfermeiros para práticas colaborativas e promotoras de saúde familiar.

É fundamental que as instituições de saúde proporcionem formação aos enfermeiros de família, no sentido de adquirirem conhecimentos e desenvolverem competências essenciais para a prática clínica com famílias, capacitando os enfermeiros a cuidar das famílias.

No intuito de promover a replicação do estudo, pretende-se proceder à sua divulgação, junto dos profissionais que nele participaram e respetivas estruturas hierárquicas. Esta divulgação poderá constituir um estímulo à reflexão individual e um incentivo ao planeamento e consecução de estratégias destinadas a otimizar a interação positiva e a humanização dos cuidados enfermagem junto dos utentes e famílias.

CONCLUSÃO

A reforma dos CSP teve início em 2005, incluindo como medidas principais, a organização dos cuidados de saúde, em unidades funcionais, com autonomia funcional e técnica que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência, qualidade e garantem aos indivíduos e famílias inscritos uma carteira básica de serviços.

A família é uma unidade pilar na produção de saúde e conseqüentemente na melhoria desta, temos a família como unidade básica da sociedade que tem nas suas mãos a possibilidade de contribuir para mais e melhor saúde, apoiando-se nos princípios dos CSP.

Nesta perspetiva a enfermagem de família e a saúde familiar são essenciais para a saúde das famílias, no acompanhamento das respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais, na sua capacitação e empoderamento face aos processos de transição.

As boas práticas no âmbito da saúde familiar desenvolvem-se em torno de modelos, teorias e instrumentos de avaliação essenciais à enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando uma relação interpessoal significativa e terapêutica, sendo essencial aplicabilidade da teoria na prática, nos mais diversos contextos clínicos.

O enfermeiro de família trabalha com as dinâmicas internas da família, nas suas relações, na estrutura da família, no seu funcionamento e assim como no relacionamento dos diferentes subsistemas da família e no ambiente envolvente, ajudando o indivíduo e a família a realizar as transições para novas etapas ao longo da sua vida, visando a promoção da saúde e gestão da doença.

A relação entre enfermeiros e famílias é central, para isso é necessário que o enfermeiro capacite a família, envolvendo-a no processo de cuidar, de forma a obter uma maior qualidade nos cuidados de enfermagem prestados.

O desenvolvimento da Enfermagem como ciência e da profissão de enfermagem, cada vez mais reconhecem a família como foco dos cuidados de enfermagem. As políticas em Portugal integram e salientam a importância dos cuidados de saúde centrados na família ao longo do ciclo de vida, regulamentado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, pela OE.

No âmbito dos ensinamentos clínicos realizados na UCSPA, permitiu desenvolver competências especializadas comuns e específicas na área da enfermagem de saúde familiar. A componente teórica agregada à prática clínica exigiu uma prática reflexiva, ao longo deste percurso, bastante enriquecedor na construção do saber.

A evolução da investigação tem fortalecido a identidade da Enfermagem enquanto disciplina, tornando-se fundamental nas novas configurações da prática profissional.

Na tomada de conhecimento da relevância do enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde familiar nos CSP e na pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem, foi realizado o estudo “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar”.

São vários os estudos realizados que procuram avaliar a “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros”, nos mais diversos contextos de prática clínica.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, numa amostra de 21 enfermeiros dos CSP, com os objetivos de conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros; caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados; identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Assim, verificou-se que a amostra em estudo era composta maioritariamente pelo género feminino, com uma média de idade de 45 anos, casados, detentores da especialidade/mestrado/outras áreas de formação, enfermeiros especialistas, com 22,38 anos de exercício profissional, exercem funções em UCSP/USF/UCC há 12,80 anos e 42,9% tem formação em enfermagem de família.

A escala IFCE-AE utilizada possui uma boa consistência interna, tendo os valores de α de *Cronbach* obtidos coincidentes com os alcançados nos instrumentos originais.

Conclui-se que os enfermeiros, apresentam atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, pela aplicação da escala IFCE-AE, na versão adaptada e de acordo com os resultados obtidos nas diferentes dimensões e na globalidade.

Os resultados também permitiram apurar que as atitudes dos enfermeiros não são influenciadas pelas suas características pessoais (género, idade, estado civil), nem pelas características profissionais (grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exercem funções e a formação em enfermagem de família).

As principais conclusões alcançadas foram expostas ao longo do estudo e responderam às questões de investigação formuladas assim como aos objetivos previamente definidos.

Considerando a contextualização teórica e a sua aplicação prática no âmbito da enfermagem de saúde familiar, o estudo realizado procurou dar resposta ao interesse profissional nesta área, avaliou as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, o que constitui um critério importante para a qualidade da prática clínica em enfermagem de saúde familiar e melhores resultados na saúde dos indivíduos e das famílias.

A prática de cuidados às famílias está dependente da conceção que os enfermeiros têm sobre as famílias e a valorização que dão a estas. Deste modo, a formação em enfermagem de família desenvolve competências com enfoque na família como unidade de cuidados, com vista à capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento e tornar evidente o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das famílias.

A elaboração deste relatório, foi encarada como um processo vigoroso e dinâmico, no entanto foram sentidas algumas dificuldades na realização do mesmo, relativo à limitação de tempo para a sua redação, à escassez de estudos nacionais na área da enfermagem de saúde familiar no âmbito dos CSP, a inexperiência na área da investigação, as indecisões, as formalidades referentes às respetivas autorizações, o tempo de espera pelo parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro, parecer este que determinou o adiamento da distribuição do instrumento de recolha de dados em cerca de três meses e dificuldades laborais, associadas ao aumento da carga horária semanal e dos turnos extraordinários provocados pela Pandemia do Coronavírus.

Como enfermeira especialista pretende desenvolver um papel ativo junto dos seus pares, partilhando saberes, fazendo uma prática reflexiva no seio da equipa, melhorar a prática da enfermagem familiar e manter a motivação pela aprendizagem contínua e sabedoria adquirida que este mestrado proporcionou.

Não é o quanto fazemos, mas quanta dedicação colocamos naquilo que fazemos, pelo que espero todos, perlustrando este trabalho, possam sentir interesse e entusiasmo pela enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, LS & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios. 5ª Edição.
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2018). *Plano Regional de Saúde do Centro 2018 - 2020*. Acedido a 12 de junho de 2021. Retrieved from <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/Plano-Regional-Saude-2018-2020.pdf>
- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (2017). *Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte 2017-2020*. Acedido a 12 de junho de 2021. Retrieved from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-PIN.pdf>
- Alves, C. M. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71914>.
- Alves, M. A. (2012). Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família: contexto pediátrico. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 165-173). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J. & Martins, M. M. (2014). Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74–79. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000600011>
- Ansião, M. (29 de 09 de 2021). *Município*. Retrieved from <https://www.cm-ansiao.pt/>
- Ansião, M. (29 de 09 de 2021). *Concelho*. Retrieved from <http://www.cm-ansiao.pt/PT/concelho>
- Ansião, U. (2019). *Regulamento Interno da Unidade de cuidados de saúde personalizados de Ansião*. Ansião.
- Ansião, U. (2020). *Relatório de Atividades de 2019*. Ansião.
- Ansião, U. (2020). *Manual de acolhimento aos alunos em Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde personalizados*. Ansião.
- Associação Médica Mundial. (12 de dezembro de 2021). *Declaração de Helsínquia*. Retrieved from https://www.wma.net/wpcontent/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes conceções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In CARVALHO, J.C. et al. (Eds.). Em ESEP (Ed.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 36–43). Porto.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (28 de maio de 2021). *Gestão e Planeamento BI-CSP*. Retrieved from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (28 de maio de 2021). *ACES Pinhal Interior Norte*. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/Pages/default.aspx>
- Coelho, C., Mendonça, H. (2017). *Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: Organizações e Sociedade Autores*. Curitiba. Editora appris.
- Constituição da República Portuguesa. (2005). *Sétima revisão constitucional 2005*. Diário da República nº155, I Série – A, 12/08/2005. Acedido a 12 de junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123425/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. *Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República n.º 214(1979) Série I. Acedido a 12 de junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>

- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Aprova o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Diário da República n.º 205/1996. Acedido a 12 de junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 67/98, de 26 de outubro. *Lei da Proteção de dados pessoais*. Diário da República n.º 247/1998, Série I. Acedido a 12 de dezembro de 2021. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1998-34450175>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. *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*. Diário da República n.º 16(2007). Série I. Acedido a 12 de julho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/640665/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República n.º 38(2008) Série I. Acedido em 12 de julho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. *Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Diário da República n.º 149/2014. Série I. Acedido a 12 de julho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>
- 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 12 de julho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, de 7 de maio. *Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde*. Diário da República n.º 101/2019. Série I. Acedido a 30 de março de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Despacho n.º 200/2016, de 7 de janeiro. *Nomeia o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários*. Diário da República. Série II. Acedido a 12 de julho de 2021. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/2403672/despacho-200-2016-de-7-de-janeiro>
- Eugénio, I C D., (2009) – *Ansiedade e percepções/attitudes dos profissionais da educação face à avaliação de desempenho*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa]. Acedido em <https://hdl.handle.net/10284/1959>
- Dias, M, F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures. Lusociência.
- Fawcet, J. Desanto – Madeya, S. (2005). *Contemporary nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2. ed Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fernandes, C. S. (2015). *A família como foco dos cuidados de enfermagem- aprendendo com o family nursing game*. Loures. Lusodidacta.
- Fernandes, C. S., Pereira Gomes, J. A., Martins, M. M., Pereira Gomes, B., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 21-30. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fernandes, J. B, Vareta. D.A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Lisboa. Papa Letras.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: ICBAS. Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação- Da conceção à realização*. Loures. Lusociência Edições Técnicas e Científicas (5ª Ed.).
- Fortin, M. F., José, C., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures.
- 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>
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory, and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. Retrieved from <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde á família: Teoria, prática e investigação*. 2ª edição. Lusociência edições técnicas e científicas, Lda. Loures.
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2005). *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research*. (F.A. DAVIS, Ed.) (3.a ed.). Philadelphia. Retrieved from http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Shirley-M.-H.-Hanson-Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing_-Theory-Practice-and-Research-3rd-Edition-Hanson-Family-Health-Care-Nursing-2005.pdf
- Hinkle, DE, Wiersma W, Jurs SG. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento*. 5ª edição. Boston. Houghton Mifflin.
- Infopédia. (10 de dezembro de 2021). *Atitude*. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística. (02 de outubro de 2021). *Censos 2011*. Retrieved from <https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011>
- Instituto Nacional de Estatística (02 de outubro de 2021). *Censos 2021*. Retrieved from: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- International Council of Nursing ICN. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido a 11 de novembro de 2021. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- 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>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *FNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice->
- Kaakinen, J. R. (2010). *Advancing Family Nursing Family Health*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health Care nursing, Theory, Practice and Research*. (F.A. Davis Company, Ed.) (4th ed.). Philadelphia. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>
- Kaakinen, & Birenbaum. (2011). *Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem de família*. In Stanhope &
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing Theory, Praticce, and Research*. (F. A. D. Company, Ed.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th ed.). Philadelphia
- Lemos, S.R. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/30662>
- Lopes, MA; Gomes, SC, Almada – 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
- Maturana, RH., Varela, JF., (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston. Shambala
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer.
- Meleis, A. I. (2015). *Transitions theory*. In M. C., Smith & Parker, M. E., Parker (2015). *Nursing theories & nursing practice* (4th ed), pp. 361-380. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company
- Melo, P., (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Lisboa. Lidel.
- MIM@UF. (12 de junho de 2021). *Diretório de informação em Saúde*. Retrieved from <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minuf-modulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do enfermeiro da saúde familiar em CSP, pressupostos para a sua implementação*. Retrieved from <https://silo.tips/download/papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementa>

- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação da Enfermagem*. E-Book. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., & Santos, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. E-Book do *II Simpósio Internacional de Enfermagem de Família: da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- 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 nos CSP: validação da escala Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(6), 1331–1337. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000600008>
- Ordem dos enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa. Ordem enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo>
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Referencial saúde familiar MCEEC*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar./
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Acedido a 12 de junho. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019. Norma para cálculo dotações seguras de cuidados de enfermagem*. Acedido a 12 de junho. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde para todos no século XXI: uma Introdução*. Lisboa: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (12 de junho de 2021). *Cuidados de saúde primários*. Retrieved from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/14030>
- Pocinho, M., (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa. Lidel
- PORDATA. (02 de 10 de 2021). Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Censos+da+Popula%C3%A7%C3%A3o-204>
- Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro. *Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF*. Diário da República n.º 201/2007, Série I. Acedido a 12 de junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629123/details/maximized>
- 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.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto. Editora Livpsic
- Rodrigues, L. M. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra]. Acedido em <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>

- Rosenberg, M J, & Hovland, CI. (1960). *Componentes Cognitivos, Afetivos e Comportamentais das Atitudes*. Em MJ Rosenberg, & CI Hovland (Eds.), *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency between Attitude Components*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 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>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (12 de junho de 2021). *SClínico - Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/R111131>
- Sousa, E. S. (2011). *A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Acedido em <https://hdl.handle.net/10400.26/9365>
- Stanhope, M; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Tavares M. 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>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Wikipédia. (12 de junho de 2021). *Ansião*. Retrieved from <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ansi%C3%A3o>
- World Health Organization. (2000). *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO. Retrieved from <http://www.euro.who.int/>.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2005). *The Three Most Common Errors in Family Nursing: How to Avoid or Sidestep*.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Guia para a avaliação e intervenção na família*. 4ª ed. São Paulo. Roca.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5.ª ed.). Lisboa. Roca.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F. A. Davis Company .6th edition.

APÊNDICES

APÊNDICE I – MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

MODELO DE *CALGARY* DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

ÍNDICE

1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA.....	V
1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	V
1.1.1 Estrutura Interna	VI
1.1.1.1 Genograma.....	VI
1.1.2. Estrutura Externa	VII
1.1.2.1 Ecomapa	VIII
1.1.3. Contexto	IX
1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....	XI
1.2.1. Etapas	XI
1.2.2. Tarefas	XII
1.2.3. Vínculos.....	XIII
1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	XIII
1.3.1. Instrumental.....	XIII
1.3.2. Expressiva	XIV
1.3.2.1. FACES II (Escala de Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar).....	XV
1.3.2.2. APGAR FAMILIAR.....	XVIII
1.3.2.3. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.....	XIX
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	XXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma	VII
Figura 2 – Ecomapa.....	VIII
Figura 3 – Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe	XX

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos Membros da Família	V
Quadro 2 – Escala de Graffar (adaptado SClinico).....	IX
Quadro 3 – Tipo de habitação (adaptado SClinico)	XI
Quadro 4 – Etapas do Ciclo Vital de Duvall (adaptado SClinico).....	XII
Quadro 5 – Atividades de Vida Diária.....	XIII
Quadro 6 – FACES II	XV
Quadro 7 – Interpretação linear da FACES II	XVIII
Quadro 8 – APGAR Familiar	XIX
Quadro 9 – Plano de cuidados – Saúde da Família (adaptado SClinico)	XXII
Quadro 10 – Plano de cuidados - Indivíduo J.R (adaptado SClinico)	XXIV

1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Este modelo foi publicado pela primeira vez em 1984 por Wright & Leahey, sendo um dos quatro principais modelos de avaliação familiar do mundo segundo ICN.

Baseia-se na teoria geral dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação e na teoria da mudança.

O MCAF propõe uma estrutura de avaliação multidimensional da família e pretende avaliar três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

No Quadro 1, apresenta-se a identificação dos membros da família.

Quadro 1 - Identificação dos Membros da Família

Nome	Papel Familiar	Género	Idade	Data de Nascimento	Escolaridade	Profissão
J.R	Marido	Masculino	83 anos	21-09-1938	3º ano	Reformado
M.G	Esposa	Feminino	84 anos	05-11-1937	3º ano	Reformada

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural da família compreende 3 subcategorias: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto.

No que concerne à avaliação da estrutura interna, a mesma refere-se à determinação da composição familiar, do género, da orientação sexual, da ordem de nascimento, dos subsistemas familiares e dos limites (Monteiro, 2019). Neste contexto, assume-se como premente o recurso ao genograma.

Relativamente à avaliação da estrutura externa, a mesma envolve a identificação da família alargada e dos sistemas mais amplos. Neste âmbito, a utilização do ecomapa.

Por último, a avaliação do contexto consiste na determinação da etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente envolvente (Monteiro, 2019).

Importa ressaltar que o genograma e o ecomapa referentes à família em análise foram elaborados por meio do recurso ao sistema informático *GenoPro*.

1.1.1 Estrutura Interna

No que concerne à **composição da família**, a mesma é constituída por 2 elementos: o J.R e a M.G. Relativamente ao **género** dos diferentes membros familiares, J.R é do género masculino e a M.G é do género feminino. Considerando a **orientação sexual** dos elementos da família ser heterossexuais.

Em relação à **ordem de nascimento** a M.G assume-se como o membro mais velho da família, seguida do seu marido J.R, apresentando, neste momento, 84 anos e 83 anos de idade.

Relativamente aos **subsistemas familiares**, nesta família estão presentes os subsistemas individual e conjugal.

O subsistema individual é composto por cada elemento da família, cada um deles com a sua individualidade, suas próprias características e particularidades.

O subsistema conjugal é composto pelo casal J.R (marido) e M.G (esposa). 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).

No que concerne aos **limites**, os mesmos são claros e definidos e os subsistemas são flexíveis, definidos e permeáveis, caracterizando-se pela definição clara dos papéis a desempenhar por cada elemento da família.

1.1.1.1 Genograma

Figueiredo (2012) define genograma como instrumento de recolha de dados da família, possibilitando a perceção da estrutura da família e dos seus problemas, de acordo com a figura 1.

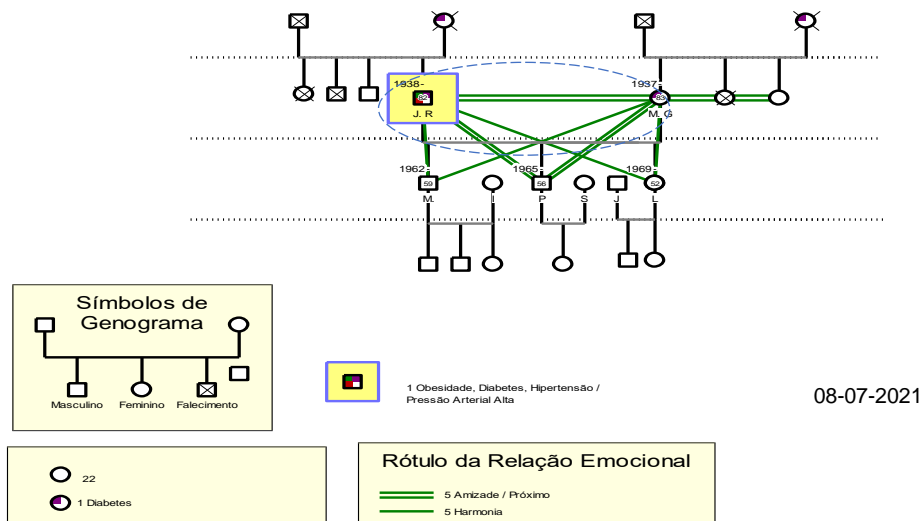


Figura 1 – Genograma

1.1.2. Estrutura Externa

A estrutura externa da família é avaliada em duas subcategorias: a primeira com a identificação dos membros da família extensa e a segunda com a identificação de sistemas mais amplos onde a família está inserida e com quem esta interage.

Família extensa

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).

No que diz respeito á família extensa o J.R, pontualmente contacta com o seu irmão e a sua cunhada que residem Alemanha. Os filhos, noras e netos também residem Alemanha. Mantem contacto telefónico semanal mais com o segundo filho. Encontram-se em família anualmente em agosto e ocasionalmente no Natal e aniversários.

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 mesosistema as relações mais significativas que caracterizam a rede social familiar,

suscetíveis de trazer à família ajudas percebidas como significativas ou diferenciadas (Figueiredo, 2012).

1.1.2.1 Ecomapa

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 serviam de referência. Nele encontramos as relações entre estes e a família.

Esta família interage com vários suprasistemas, que servem de apoio e recurso, representado no ecomapa na figura 2.

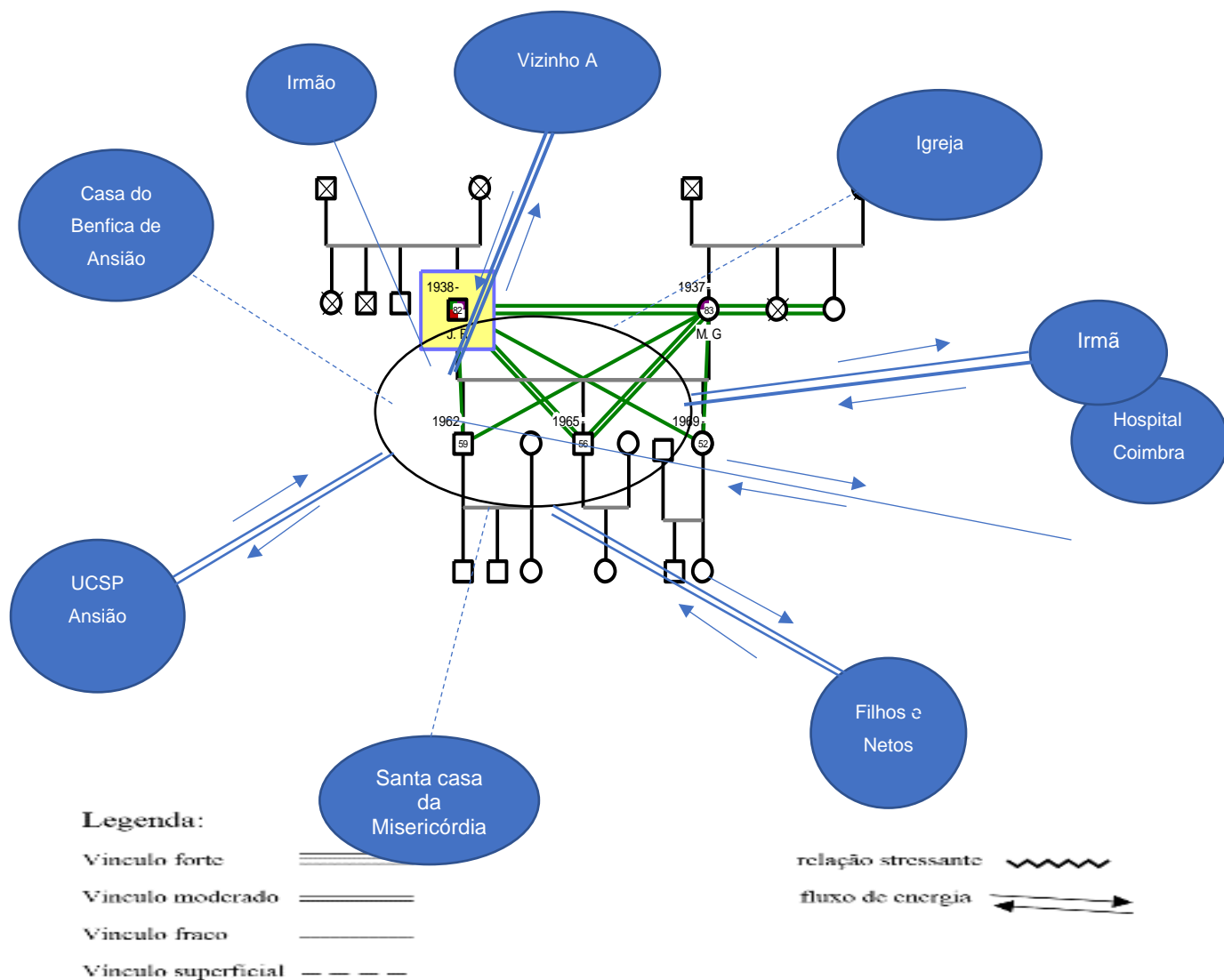


Figura 2 – Ecomapa

1.1.3. Contexto

O

contexto é avaliado através de quatro subcategorias: etnia e raça, espiritualidade e /ou religião, classe social e ambiente.

No que concerne à **etnia**, os elementos desta família são de raça caucasiana, de nacionalidade portuguesa. Relativamente á religião, afirma ser católica, mas não praticante durante o período da pandemia.

Relativamente à **classe social**, utilizei a escala de Graffar, 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.

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

Após a aplicação da escala, obtive um resultado de 19 pontos, classificando a família em estudo na Classe Social: IV classe média baixa de acordo com o quadro 2.

Quadro 2 – Escala de Graffar

Habitação	Graffar	C.Duwall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e W.C. Electromésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados e/ou escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e W.C mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	
					Classe Social MÉDIA BAIXA

Fonte: SClínico Enfermagem

Quanto aos **valores** esta família rege-se por valores como a educação, o respeito, a honestidade e a partilha.

No que diz respeito ao **estilo de vida** adotados, J.R não cumpre com a adesão ao regime terapêutico relativamente ao padrão alimentar, atividade física e regime medicamentoso. Diz que gosta comer de tudo e é guloso, sem controlo, só faz as refeições principais, por vezes sente tremores durante o período da tarde. Não caminha porque os trajetos á volta de casa são inclinados, diz que cumpre com a insulina instituída às refeições, de manhã e á noite, relativamente á autovigilância nem sempre é diária.

Esta família veio da Alemanha em 2007 e tem como rendimento a reforma do J.R e de M.G. O casal possui presentemente dois veículos (um para as deslocações locais e outro para deslocações longas – passeios e idas ao hospital).

Os **fatores de stress na família**, o J.R aponta para aceitação da doença crónica associado á autogestão inadequada desta e ainda a M.G sente saudade da família e falta de apoio da família pela distância.

Relativamente ao **tipo de habitação**, a família reside na Ameixieira pertence a freguesia de Ansião, em casa própria, numa moradia de Rchão e 1º andar. Quanto a condição de habitação a casa possui uma casa de banho, uma cozinha, com os eletrodomésticos essenciais, sala de estar, dois quartos com as comodidades necessárias e garagem. Possui fossa séptica, abastecimento de água de rede pública, eletricidade, garrafa de gás, aquecimento elétrico e lareira. Boa luminosidade, bom estado de higiene/arrumação. Apresenta barreiras arquitetónicas (escadas de acesso ao 1º piso), apesar neste momento não se verificar dificuldades da família na acessibilidade, de acordo com os registos no quadro 3.

Quadro 3 – Tipo de habitação

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
Data de registo 15-07-2021	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria	Estado conservação Bom Desconhecido Mau Razoável	Case de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável	Água Desconhecido Não Sim	Distribuição Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento
	Salubridade da zona residencial Desconhecida Insalubre Salubre	Topologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável	Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Electricidade Desconhecido Não Sim	Origem Desconhecida Particular Rede pública	
			Mobiliário e equipamento básico Desconhecida Insuficiente Suficiente		Barreiras arquitetónicas Desconhecido Não Sim	No interior No exterior	

Fonte: SClínico Enfermagem

A limpeza e a organização da casa são feitas pela esposa. O espaço é adequado às necessidades desta família. A família tem como animal de estimação um cão “bolinhas”

A acessibilidade aos serviços da comunidade como (farmácia, papelaria, café supermercado, UCSP Ansião) fica a 2Km distância da residência.

1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação referente à dimensão do desenvolvimento” possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família” e para tal é essencial determinar a etapa do ciclo vital. O ciclo vital é visto como um percurso previsto para todas as famílias, definido por etapas que apresentam tarefas e papéis específicos e transições que condicionam a evolução da família. 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, contempla 3 subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos.

1.2.1. Etapas

Com o intento de determinar a etapa do ciclo vida na qual a família em estudo se encontra, assume-se como fundamental recorrer as 8 etapas do ciclo vital familiar definidas por Duvall, representadas no quadro 4.

Quadro 4 – Etapas do Ciclo Vital de Duvall

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

Fonte: SClínico Enfermagem

No que respeita á família em análise, a mesma encontra-se na etapa VIII – Família idosa (da reforma a viuvez). Marcada pela transição de vida ativa para a reforma; funcionamento individual e do casal enquanto se adaptam ao processo de envelhecimento; preparação para a própria morte e aceitação da perda do parceiro e /ou filhos e de amigos.

Em 2007, este casal regressou da Alemanha, optando por gozar esta etapa de vida em Portugal, o mais difícil foi deixar os filhos e noras (todos com trabalho e residência na Alemanha e próximo uns dos outros), sentem muitas saudades, a esposa refere que gostava de ter lá ficado para estar próximo da família e ver crescer os netos, tendo sido em 2018 a última vez que foram a Alemanha.

Relativamente a mudanças recentes na família /problemas associados, o casal refere não ter ocorrido nenhuma alteração significativa, mas que devido á pandemia tiveram mudanças nas atividades sociais e religiosas (J.R deixou de ir jogar cartas para a casa do Benfica, o casal deixou de frequentar á missa) e os filhos já não vem a Portugal á dois anos devido a pandemia.

1.2.2. Tarefas

No que se refere á adaptação e distribuição de tarefas pelos membros da família é feita equitativa, havendo partilha.

O J.R faz as bricolagens em casa, cuida da horta e a gestão económica e do lar. A esposa M.G cuida das restantes tarefas domésticas. Não tem ajuda da família alargada.

Por conseguinte, relativamente ao regime dietético de J.R e de M.G existiu a necessidade desta proceder á confeção de refeições hipocalóricas para ambos, devido á sua condição clínica.

1.2.3. Vínculos

No que se refere aos vínculos afetivos entre o casal, estes mantem uma relação matrimonial há pelo menos 59 anos, apresentam um vínculo forte, apresentando uma relação de união, apoio e companheirismo.

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.

Esta dimensão compreende a análise do funcionamento instrumental, que se refere as atividades da vida diária da família e a análise do funcionamento expressivo, que envolve a comunicação emocional, o padrão de comunicação verbal, não verbal e circular, a solução de problemas, os papéis, a influência e poder nas relações, as crenças e as alianças e uniões.

1.3.1. Instrumental

A

dimensão instrumental tem por a base avaliação das atividades de vida diária da família, representado no quadro 5.

Quadro 5 – Atividades de Vida Diária

<i>atividade</i>	<i>alteração</i>
<i>Manter ambiente seguro</i>	Esta necessidade encontra-se afetada, na medida em que o J.R desconhece as implicações de uma gestão ineficaz do regime terapêutico associado á DM, não adotando hábitos alimentares, exercício físico e o cumprimento da terapêutica medicamentosa.
<i>Comunicar</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Respirar</i>	O J.R apresenta a SAOS, pelo que se assume como necessária a utilização de BIPAP, no período noturno.
<i>Comer e beber</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Eliminar</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Higiene pessoal e vestir-se</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Controlar a temperatura do corpo</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Movimentar-se</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Trabalhar e divertir-se</i>	Esta necessidade encontra-se afetada, devido a atual pandemia, o J.R deixou de ir jogar cartas a casa do Benfica e o casal deixou participar na missa.
<i>Expressão da sexualidade</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Sono e repouso</i>	Esta necessidade não se encontra afetada
<i>Morte</i>	Esta necessidade não se encontra afetada

1.3.2. Expressiva

Nesta dimensão o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação de todos os membros da família.

No que se refere á **comunicação** emocional esta família apresenta uma boa comunicação. Cada membro é capaz de expressar as suas opiniões e emoções diferente sobre outras pessoas e situações e poder comunicar suas esperanças, medos e expectativas. Todos se expressam claramente quando se comunicam verbalmente/ não verbal e circular.

No que concerne á **soluções 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 á família dizem respeito. Normalmente é J.R quem primeiro reconhece que existe um problema e que demonstra a determinação para o resolver. Por vezes existe discussão sobre o mesmo, mas segundo J.R, *casa ralhada não é governada* sic. Evitam de envolver os filhos ou terceiros na resolução dos problemas. O casal apresenta capacidade para resolver os problemas que vão surgindo no seu quotidiano quer ao nível familiar, pessoal e ou social.

O J.R e M.G, comparecem sempre nas consultas de vigilância da Diabetes agendadas pela UCSP, apesar de J.R ter dificuldade em aceitar a doença e autogestão desta e não cumprir com a gestão do regime terapêutico instituído, refere que esta situação provoca causa algum stress familiar.

Relativamente à **interação de papéis familiares**, J.R faz a gestão financeira, o cuidado doméstico é realizado por M.G (lavar loiça, passar a ferro, arrumar a casa, cuidar da roupa, cozinhar) e a ida às compras é efetuada por ambos na vila. Para as atividades lúdicas é o J.R que toma a iniciativa de ir passear a Fátima ou ir á praia. No que refere ao papel de parente, a M.G é que toma a iniciativa de manter contacto com os filhos e irmã na Alemanha.

No que diz respeito á **influência e poder** é o J.R que tem maior poder sobre a família, as principais decisões são quase sempre tomadas por ele.

Como **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.

As **alianças e uniões** 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.

1.3.2.1. FACES II (Escala de Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar)

No que respeita á avaliação da família quanto á sua adaptabilidade e coesão familiar, esta será validada pela escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) - versão Portuguesa de Otília 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 2,9,15,19,25 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 final da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.

Esta escala foi apresentada á família durante a visita domiciliária, descrita no quadro 6.

Quadro 6 – FACES II

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

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			X		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.			X		
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.		X			
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.		X			
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.			X		
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			X		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.		X			
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros				X	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		X			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			X		

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				X	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X			
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				X	

Fonte: Olívia Fernandes (1995)

Para a coesão: somar os itens 2,9,15,19,25 e 29. Subtrair este resultado de 36. Somar os outros itens ímpares mais o item 30. Para adaptabilidade: somar os itens 24 e 28. Subtrair o resultado de 12. Somar os restantes itens pares (menos o item 30). Os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80 e os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70. Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade variam (entre 1 e 8) e dividindo por 2, obtém-se o resultado final da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada, representado no quadro 7.

Quadro 7 – Interpretação linear da FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	64 55		7	
6	70 65	(Ligada)	6	54 50	(Flexível)	6	(Moderadamente equilibrada)
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35		2	39 30		2	

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
1	34 15	Desmembrada	1	29 15	Rígida	1	Extrema

Segundo a interpretação linear da FACES II, o resultado obtido por cada categoria para a coesão=60=5 e adaptabilidade=54=6, dividindo por dois ($5+6/2= 5,5$), atendendo ao resultado final da escala, esta família relativamente á coesão familiar é ligada, a sua adaptabilidade é flexível, corresponde a uma família moderadamente equilibrada.

1.3.2.2. APGAR FAMILIAR

Com o intento de proceder à avaliação da funcionalidade da família, assume-se como premente o recurso ao APGAR familiar de Smilkstein. Este 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.

Consiste num questionário de 5 perguntas, considerando como principais funções da família: Adaptação; Participação; Crescimento; Afeição e Resolução/Decisão. Deste modo, por meio da resposta a um conjunto de 5 questões, obtém-se uma pontuação compreendida entre 0 e 10, sendo que: um resultado entre 7 e 10 corresponde a um nível altamente funcional; um resultado entre 4 e 6 refere-se a um nível moderadamente disfuncional e um resultado entre 0 e 3 representa um nível de disfunção acentuada.

No quadro 8, apresento a escala de APGAR familiar de Smilkstein realizada à família.

Quadro 8 – APGAR Familiar

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	x		

4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	10		

Legenda: Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Atendendo a um *score* total: 10 pontos, corresponde a uma família altamente funcional.

1.3.2.3. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe

Nesta dimensão familiar, foi também validada e analisada a escala de Readaptação de Holmes & Rahe à família representada na figura 3, para medir eventos vitais e 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. Consiste num inventário de 43 acontecimentos vitais, aos quais corresponde uma pontuação, assinalando-se os eventos que ocorreram no último ano. 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.

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 3 – Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe

Assim, pode constatar-se que referente a esta família, os acontecimentos familiares no último ano (um ano de pandemia COVID 19, com confinamento obrigatório) foram: mudanças de condições de vida; alteração dos hábitos pessoais; mudança de diversões mudanças de atividades religiosas e sociais; mudança no número de reuniões familiares e Natal. Atendendo a um *score* total: 132 pontos, é representativo de uma menor de probabilidade incidência de doenças na família.

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A avaliação desta família através do MCAF, deu-me oportunidade de compreender melhor as necessidades sentidas por esta família.

No decorrer do estágio, participei nas intervenções sistémicas e colaborativas á família. Foram realizadas duas entrevistas à família como unidade de cuidados e duas com o J.R.

A primeira entrevista decorreu na consulta de J.R no âmbito do programa nacional da diabetes com a presença M.G, num ambiente de empatia e confiança com a família. Foram colhidos alguns dados, para a dimensão estrutural relativo ao genograma, ecomapa e escala de Graffar e para a dimensão de desenvolvimento.

Segunda entrevista agendada com o J.R para identificação das necessidades sentidas relativa autogestão da doença e gestão do regime terapêutico.

Na terceira entrevista em contexto domiciliário, avaliei 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 de relativo à funcionalidade da família (perceção dos membros).

Com base na avaliação à família, atendendo aos focos de atenção e intervenções de diagnóstico, foram levantados os diagnósticos de enfermagem adequados (de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), delineado os resultados esperados e implementadas as intervenções de enfermagem. Seguidamente, apresento o plano de cuidados referente à família e individuo (J.R) – adaptado do SClínico, que constam no quadro 9 e 10.

A avaliação dos resultados deverá ser um processo continuo fundamentados 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).

Quadro 9 – Plano de cuidados – Saúde da Família (adaptado SClínico)

Foco de Atenção	Habitação	
Intervenção diagnóstico	Avaliar habitação	
Diagnóstico	Edifício residencial não seguro	
Resultados esperados	Que a família tenha uma habitação segura	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	<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 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitação adequada às necessidades da família, no entanto apresenta barreiras arquitetónicas, (escadas) no interior e exterior da moradia de acesso ao 1º piso. <p>O casal apresenta ter condições de habitação no Rchão em caso de situação de imobilidade /dependência. São sócios da Santa Casa da Misericórdia de Ansião, para qualquer eventualidade, tem o apoio domiciliário ou alojamento temporário.</p>

Foco de Atenção	Rendimentos	
Intervenção diagnóstico	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimento	
Diagnóstico	Rendimento familiar não insuficiente	
Resultados esperados	Que a família tenha um rendimento suficiente	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento sobre a gestão de rendimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - O casal demonstra conhecimento sobre a gestão de rendimentos, o seu rendimento é a reforma de ambos, o suficiente para os gastos do dia a dia.

Foco de Atenção	Abastecimento de água	
Intervenção diagnóstico	Avaliar o abastecimento de água	
Diagnóstico	Abastecimento de água adequado	
Resultados esperados	Que a família tenha o abastecimento de água adequado	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o abastecimento de água 	<ul style="list-style-type: none"> - A habitação tem abastecimento de água para consumo da rede pública e o serviço de tratamento de resíduos é por fossa séptica.

Foco de Atenção		Precaução de segurança
Intervenção diagnóstica		Avaliar conhecimento sobre a prevenção de acidentes
Diagnóstico		Sem precaução de segurança comprometida
Resultados esperados	Que a família tenha conhecimento sobre a prevenção de acidentes	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	- Avaliar o conhecimento sobre a utilização de equipamento de gás	- A garrafa de gás encontra-se no exterior da habitação.

Foco de Atenção		Satisfação Conjugal
Intervenção diagnóstica		Avaliar a satisfação conjugal
Diagnóstico		Sem Satisfação Conjugal comprometida
Resultados esperados	Que a família tenha uma satisfação conjugal mantida	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	- Avaliar a relação dinâmica - Avaliar comunicação - Avaliar interação sexual - Avaliar a função sexual	- O casal apresenta um padrão de comunicação satisfatório para ambos e funcional.

Foco de Atenção		Processo familiar
Intervenção diagnóstica		Avaliar o processo familiar
Diagnóstico		Processo familiar
Resultados esperados	Que a família tenha um processo familiar funcional	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
15-07-21 Domicílio	- Avaliar a comunicação - Avaliar Coping - Avaliar interação de papéis - Avaliar a relação dinâmica - Aplicar a escala FACES II - Aplicar a escala APGAR	- O casal tem uma boa comunicação, procuram resolver sempre os problemas em conjunto, sendo M.G no papel de cuidado doméstico e o J.R tem o papel na gestão financeira e recreativo e com mais poder e influência na família. - Família moderadamente equilibrada. - Família altamente funcional.

Quadro 10 – Plano de cuidados - Indivíduo J.R. (adaptado SClínico)

Foco de Atenção		Metabolismo energético
Intervenção diagnóstica		Avaliar o conhecimento sobre a Diabetes
Diagnóstico		Potencial para melhorar o conhecimento sobre a diabetes
Resultados esperados	Que o J.R. tenha o conhecimento sobre a Diabetes	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação

08-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a diabetes - Ensinar sobre as complicações da diabetes - Ensinar sobre a doença - Ensinar sobre exercícios - Ensinar sobre a dieta - Ensinar sobre a prevenção de hipoglicemia - Ensinar sobre sinais de hipo / hiperglicemia - Instruir sobre estratégias adaptativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Não demonstra capacitação do processo patológico. - Não demonstra conhecimento relativo à dieta e exercido físico. - Identifica os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia.
-----------------	---	--

Foco de Atenção		Aceitação do estado da saúde
Intervenção diagnóstico		Avaliar aceitação do estado de saúde
Diagnóstico		Aceitação do estado de saúde comprometida
Resultados esperados	Que o J.R. aceite o seu estado de saúde	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
08-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde - Encorajar a aceitação do estado de saúde - Ensinar sobre estratégias adaptativas - Ensinar sobre serviços de saúde - Incentivar a comunicação de emoções - Incentivar aceitação do estado de saúde - Incentivar o envolvimento da família (esposa) - Promover a consciencialização - Referir para o serviço médico 	<ul style="list-style-type: none"> - Refere ter diabetes desde os 55 anos e insulinotratado desde os 65 anos, sente dificuldade na aceitação e gestão da doença. - A esposa está presente na consulta, envolve-se neste processo saúde - doença.

Foco de Atenção		Gestão do regime terapêutico
Intervenção diagnóstico		Avaliar gestão do regime terapêutico
Diagnóstico		Gestão do regime terapêutico comprometido
Resultados esperados	Que o J.R. manifeste uma gestão do regime terapêutico adequada	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
08-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir na gestão do regime terapêutico - Encorajar na tomada de decisão - Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico - Assistir na gestão do regime terapêutico - Encorajar tomada de decisão - Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz - Ensinar sobre as complicações - Ensinar sobre a gestão do regime terapêutico - Ensinar sobre o padrão alimentar - Incentivar a auto- vigilância - Incentivar adesão ao regime terapêutico - Negociar um contrato de saúde - Providenciar material de leitura – Plano alimentar saudável (número de refeições diárias e composição habitual das refeições ingeridas) e livro de registo de glicemia capilar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revela não cumprir o regime alimentar, exercício físico e não faz a autovigilância e o registo diários da glicemia capilar. - Desconhece as complicações decorrentes da não adesão ao regime terapêutico. - Assume tentar cumprir com plano alimentar proposto, autovigilância e registo da glicemia capilar de manhã/noite.
14-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Refere ter uma vida sedentária, vai buscar o jornal diariamente á vila e passa o dia em casa a ler o jornal e ver
15-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir regime medicamentoso 	

Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão de regime terapêutico - Incentivar atividade física - Incentivar a hábitos alimentares saudáveis 	<p>televisão, distraíndo-se na horta.</p> <p>Os percursos em volta de casa são inclinados.</p>
21-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre o padrão de exercício - Ensinar sobre exercícios - subir e descer escadas 6 vezes por dia e escolha do percurso para realização de caminhada de 30 minutos – diária. - Ensinar sobre o padrão alimentar - Ensinar sobre a dieta – redução do consumo de pão às refeições principais e eliminar o açúcar no café/chá e substituir por adoçante. - Incentivar a hábitos alimentares saudáveis - Gerir regime medicamentoso - Incentivar adesão ao regime terapêutico - Incentivar iniciativa - Incentivar os progressos 	<p>- Em dias de menos calor faz caminhada diária de manhã. Sobe e desce as escadas mais vezes.</p> <p>Esposa incentiva-o a caminhar.</p>

Foco de Atenção	Autovigilância	
Intervenção diagnóstica	Avaliar o conhecimento sobre a vigilância da glicemia capilar	
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento para promover a auto – vigilância da glicemia capilar	
Resultados esperados	Que o J.R faça a vigilância da glicemia capilar diariamente e de forma correta	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
14-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre autovigilância - Ensinar sobre a hipoglicemia - Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia - Instruir a auto- vigilância da glicemia capilar - Treinar autovigilância da glicemia capilar. - Referir para serviço médico – Receitas para as tiras de glicemias 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta registos diários de glicemia (160 – 300 mg/dl). - Traz o glucómetro e tiras de glicemia (fora da validade). - Pica o dedo na zona central do dedo.
21-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Propor o dispositivo de monitorização de glicose <i>Flash</i>, indicado na medição dos níveis de glicose no líquido intersticial, a partir de setembro (estágio III) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta registos diários de glicemia capilar (120 - 220mg/dl). - Recetivo em aprender o novo sistema de monitorização da glicose (pode fazer sem picar).

Foco de Atenção	Autoadministração de medicamentos	
Intervenção diagnóstica	Avaliar a capacidade para autoadministração de medicamentos	
Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade de administração de medicamentos	
Resultados esperados	Que o J.R seja capaz de auto administrar insulina de forma adequada	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação

14-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a administrar medicamentos por via subcutânea - Instruir a administração insulina - Treinar a administração medicamentos por via subcutânea - Providenciar material de leitura – Rotação dos locais de administração insulina 	<ul style="list-style-type: none"> - Traz as canetas de insulina (rápida e lenta), apresenta o correto manuseamento e cumprimento da dosagem prescrita: Insulina novo rapid- 10 unidades antes refeições e Insulina levemir – 36 unidades de manhã e 32 unidades á noite. - Faz a troca das agulhas diariamente e são colocadas num frasco. - O modo de armazenamento da insulina faz no frigorífico. - Apresenta lipodistrofia - abdominal, não faz a devida rotação dos locais de injeção.
21-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre o regime medicamentoso - Ensinar sobre medicamentos - Instruir a administração insulina - Referir para o serviço médico – Ajuste de Insulina consoante as glicemias capilares - Ensinar e ajustar Insulina – 36 U de manhã e 34 U á noite- - Instruir sobre dispositivo – entrega de contentor corto - perfurantes para as agulhas utilizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta registos de glicemias capilar (120 – 220 mg/dl). - Faz a rotação dos locais de administração de insulina (abdómen e pernas).

Foco de Atenção	Excesso de Peso	
Intervenção diagnóstico	Avaliar a Diabetes	
Diagnóstico	Obesidade	
Resultados esperados	Que o J.R tenha hábitos alimentares saudáveis	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
08-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar os parâmetros antropométricos peso corporal, altura, perímetro abdominal e Índice de massa corporal - Monitorizar a tensão arterial e frequência cardíaca - Ensinar sobre a dieta - Gerir a dieta - Incentivar á adesão dieta - Incentivar a hábitos alimentares saudáveis - Negociar com a pessoa a dieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Peso: 82 KG; Altura: 165 cm; Perímetro abdominal:113 cm; Índice de massa corporal – 30,1Kg/m² - Tensão arterial: 130 /60 mmhg e frequência cardíaca: 72 batimentos por minuto
21-07-21	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar os parâmetros antropométricos peso corporal, perímetro abdominal e Índice de massa corporal - Monitorizar a tensão arterial e frequência cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> - Peso: 81 Kg; Perímetro abdominal: 109cm; Índice de massa corporal – 29,8Kg/m². - Tensão arterial: 140/70 mmhg e frequência cardíaca:75 batimento por minuto - Tem uma alimentação fracionada e deixou de ingerir pão às refeições principais; eliminou as bolachas “baunilha,” e o açúcar no café /chá e adiciona o adoçante.

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questionário

Parte I - Caracterização Sociodemográfica e Profissional

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicitando que responda, assinalando o item correspondente à sua opção ou escrevendo a resposta nos itens correspondentes.

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade (em anos): ____

3. Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- União de Facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo

4. Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Licenciatura/Especialidade. Qual? _____
- Mestrado. Qual? _____
- Pós-Graduação. Qual? _____
- Doutoramento. Qual? _____

5. Título Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe

6. Tempo de exercício Profissional _____ anos

6.1 - No serviço atual _____ anos

7. Unidade Funcional onde exerce funções

- UCSP
- USF
- UCC

8. Formação em Enfermagem de Família? Sim Não

Em que contexto? (assinale todas as aplicáveis)

- Contexto Académico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique _____

Parte II – “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).

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

Versão Original: Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B.I (2008).

Versão portuguesa: Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo; MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, Al; Carvalho, JC; Santos; MR (2009). (Oliveira, P.C.M. et al., 2009).

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.

Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Nº	Questões	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 contato 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	Procuro 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 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 situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO/LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento Informado/Livre e Esclarecido

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de saúde familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, as mestrandas Marta Isabel Rodrigues Duarte e Sandra Margarida Gaspar Ferreira encontram-se a realizar um estudo sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros, cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem como objetivo conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidar – as transições constituem um novo paradigma da enfermagem, uma nova forma de olhar e cuidar: ocorrem ao longo do ciclo vital do indivíduo. O enfermeiro assume um papel relevante a assistir os indivíduos e suas famílias em todos os processos de transição

A evolução dos conhecimentos científicos dos mais diversos níveis também na área da saúde tem ocorrido sobretudo, graças ao contributo da investigação por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Desta forma, a sua participação neste estudo é deveras importante e consiste no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte é aplicada a escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” (Barbieri, MC et al., 2009).

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.

Este questionário é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a sua opinião.

Para que seja salvaguardada a validade do mesmo, é pedido que **não deixe nenhuma questão por responder.**

Agradeço a sua colaboração nesta investigação.

Eu, _____ (nome)

concordo em participar no trabalho de investigação “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” tendo em conta os pressupostos sobre os quais fui elucidado/a.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Local: _____ **Data:** ____/____/____

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DO PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório. Para os campos sem possibilidade de anotação, escrever “ não se aplica”.

Os documentos necessários devem ser enviados em correio eletrónico em versão pdf em correio eletrónico com o título do estudo.

A submissão a parecer deve ser endereçada ao Senhor Presidente do Conselho Diretiva da ARS Centro IP quando a submissão de faça por correio em papel.

1- Título do Projeto/Trabalho:

Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar **(Anexo I)**

2 - Identificação dos proponentes

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria CV: <https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria CV: <https://orcid.org/0000-0002-0904-8057>

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Cristina Isabel Nunes Gomes – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Mondego (ACES Baixo Mondego);

Marta Isabel Rodrigues Duarte – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF S. Martinho de Pombal (ACES Pinhal Litoral);

Sandra Margarida Gaspar Ferreira – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Martingil (ACES Pinhal Litoral);

Silvina Pereira Feliciano – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira no CHLeiria – Hospital de Santo André.

3 - Protocolo.

3.1 - Introdução/Justificação (inclui orientadores e co-orientadores quando aplicável);
Máximo de 500 palavras:

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final de curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar, o professor João Graça Frade e Carolina Henriques e as mestrandas.... estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar”.

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escova, Livio e Ribeiro, 2014). Estes indivíduos e família são grandes utilizadores de recursos (Curry&Ham, 2010) quer materiais e humanos sendo fulcral uma gestão eficiente que liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro, Livio, 2012).

A reforma dos Cuidados de saúde primários confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que integrando numa equipa multiprofissional, é o responsável pela prestação de cuidados globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL n.º 118/2014).

A investigação e o percurso da profissão têm vindo a fortificar o papel da família como objeto de estudo de enfermagem. Estes, aliados à reforma dos cuidados de saúde primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009).

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se, elas mesmas, como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados.

A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):

O objetivo deste trabalho é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas.

3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):

É usada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral.

Como instrumento de colheita de dados, é utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a escala “A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”.

3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras):

Data e início de recolha de dados

	Novembro 2021	Dezembro 2021	Janeiro 2022	Fevereiro 2022	Março 2022
Aplicação do instrumento de recolha de dados					
Tratamento e análise de dados					
Discussão e conclusões					
Entrega do relatório final					

3.5 - Expetativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Numa conjetura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos.

A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias

/comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da enfermagem, procurando a deteção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução.

Os achados resultantes da implementação deste projeto poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no que se refere às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.

3.6 - Local de realização.

ACES Baixo Mondego – Todas as unidades pertencentes aos ACES Baixo Mondego;

ACES Pinhal Litoral – UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal;

ACES Pinhal Interior Norte – UCSP Ansião.

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo). Não aplicável (pedido atual).

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (**Anexo II**)

3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada (**Anexo III**)

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Não aplicável.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento. Não aplicável.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável). Não aplicável.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética/Projeto: ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem. Se sim anexar o respetivo parecer. (**Anexo IV**)

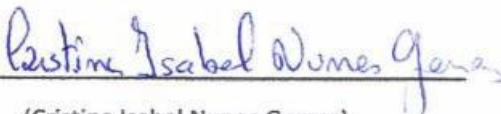
4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e


internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decursoda investigação.

Data: 5 de novembro de 2021

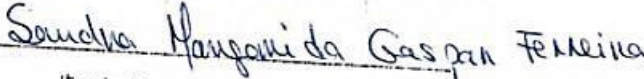
O investigador responsável:



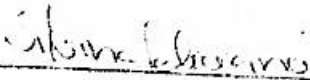
(Cristina Isabel Nunes Gomes)



(Marta Isabel Rodrigues Duarte)



(Sandra Margarida Gaspar Ferreira)



(Silvana Pereira Feliciano)

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>Tomad conhecimento e deliberado favorável e Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 13.01.2022
------------------------------------	---

ASSUNTO:	<p>Título: Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar, Processo número 106/2021.</p> <p>Autores: Doutores, João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, e Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria e Co-autores, Enfermeiras: Cristina Isabel Nunes Gomes; Marta Isabel Rodrigues Duarte; Sandra Margarida Gaspar Ferreira e Silvina Pereira Feliciano, Estudantes de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar.</p> <p>Conselho Diretivo da ARSC do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Dr. Mário Ruivo Vogal,</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Fernando Cravo Vogal,</p>
-----------------	---

Enquadrado na investigação sobre os processos de transição vividos pela pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida e sobre o papel do enfermeiro na promoção de transições saudáveis, este estudo, que tem já um parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E, visa identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas. Trata-se de um estudo que recorre a uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional e que será desenvolvido numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral. Os autores têm autorização, dos responsáveis pelas Unidades onde o mesmo decorrerá, para a sua realização: ACES Baixo Mondego (todas as unidades); ACES Pinhal Litoral - UCSP Norte (Araldo Sampaio), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal; ACES Pinhal Interior Norte – UCSP Ansião. Como instrumento de colheita de dados, será utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a adaptação da Escala “Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), desenvolvida por Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman (2008), traduzida e validada para a população Portuguesa por Barbiéri, et al. (2009), com a designação de “IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. O questionário consta do processo, bem como o termo de consentimento informado.

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:

ANEXO III – INFORMAÇÃO DO PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA
DA ARS DO CENTRO AOS CONSELHOS CLÍNICOS DOS ACES

FW: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

De: Marta Isabel Rodrigues Duarte <MIDuarte@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 14 de janeiro de 2022 17:32

Para: Delfina Jesus Ferreira Apoliano Carvalho <DJCarvalho@arscentro.min-saude.pt>; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Sandra Margarida Gaspar Ferreira <SMFerreira3@arscentro.min-saude.pt>; silvinafeliciano@gmail.com <silvinafeliciano@gmail.com>

Assunto: RE: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Exmos. Srs.

Na sequência dos emails infra relativos ao pedido de autorização para realização de investigação que visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros relativamente à importância do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, remete-se em anexo para vosso conhecimento o respetivo parecer devidamente aprovado e homologado pela Comissão de Ética da ARS Centro. O referido estudo será aplicado, durante o corrente mês de janeiro aos enfermeiros da USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF São Martinho; USF Marquês; UCC Pombal e UCSP Norte (Arnaldo Sampaio).

Com os melhores cumprimentos

Marta Duarte

Enfermeira - USF S. Martinho de Pombal



FW: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

De: Marta Isabel Rodrigues Duarte <MIDuarte@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 14 de janeiro de 2022 17:32

Para: Delfina Jesus Ferreira Apoliano Carvalho <DJCarvalho@arscentro.min-saude.pt>; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Sandra Margarida Gaspar Ferreira <SMFerreira3@arscentro.min-saude.pt>; silvinafeliciano@gmail.com <silvinafeliciano@gmail.com>

Assunto: RE: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Exmos. Srs.

Na sequência dos emails infra relativos ao pedido de autorização para realização de investigação que visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros relativamente à importância do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, remete-se em anexo para vosso conhecimento o respetivo parecer devidamente aprovado e homologado pela Comissão de Ética da ARS Centro. O referido estudo será aplicado, durante o corrente mês de janeiro aos enfermeiros da USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF São Martinho; USF Marquês; UCC Pombal e UCSP Norte (Arnaldo Sampaio).

Com os melhores cumprimentos

Marta Duarte

Enfermeira - USF S. Martinho de Pombal



ANEXO IV – AUTORIZAÇÕES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES
FUNCIONAIS ONDE DECORREU O ESTUDO

Re: Autorização para o estudo de investigação: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros"



Catarina Inés Costa Afonso

ter, 11/01/2022 19:36

Para: Sandra Margarida Gaspar Ferreira
Cc: Delfina Jesus Ferreira Apoliano Carvalho

Boa tarde,

É com gratidão que recebemos o convite, que aceitamos.
Estamos disponíveis para participar no estudo.
Com os melhores cumprimentos,
Catarina Afonso

Obter [Outlook para Android](#)

De: Sandra Margarida Gaspar Ferreira <SMFerreira3@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: domingo, 9 de janeiro de 2022, 16:41

Para: Catarina Inés Costa Afonso

Assunto: Autorização para o estudo de investigação: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros"

Ex.mo Sr(a). Coordenadora da UCC Dr. Arnaldo Sampaio

Sandra Margarida Gaspar Ferreira, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º ano de mestrado subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, sob orientação do Professor João Frade, vem solicitar a vossa autorização para proceder ao estudo na vossa unidade.

Obrigada pela atenção.

Sandra Margarida Gaspar Ferreira

Ex.mo Sr(a). Coordenadora da USF Martingil

Dr. Aurora Abreu


Sandra Margarida Gaspar Ferreira, alunas do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º Curso de mestrado sob orientação professor João Frade, subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação á importância da família nos cuidados de enfermagem, vem por este meio solicitar a Vossa autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade, no decorrer do mês de Janeiro de 2022.


Obrigada pela atenção

Sandra Margarida Gaspar Ferreira

A coordenação da USF Martingil vem pelo presente autorizar a realização do estudo "Atitudes dos enfermeiros: A importância da família no Cuidar", por solicitação da profissional Sandra Margarida Gaspar Ferreira sob orientação do Professor João Manuel Graça Frade, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Familiar.

A Coordenadora da USF Martingil


(Aurora Abreu)

 **AURORA ABREU**
Médica MGF

Ex.mo Sr. Coordenador da UCSP de Ansião

Dr. Antonino Santos

Marta Isabel Rodrigues Duarte e Sandra Margarida Gaspar Ferreira, alunas do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º curso de mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vem por este meio solicitar a vossa autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade, no decorrer do mês de Janeiro de 2022.

Obrigada pela atenção

Marta Isabel Rodrigues Duarte
Sandra Margarida Gaspar Ferreira

10
1
2022

Autorizado.

AS
Dr. ANTONINO SANTOS
Coordenador
UCSP Ansião

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

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: Nádia Flomena Bokello

