

## **A FAMÍLIA NO MAPA DO CUIDAR**

A importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem:  
estudo comparativo entre enfermeiros de Ovar e Évora

Ana Catarina de Almeida Leite, nº 5240184

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Relatório de Estágio III - Estágio de natureza profissional em Enfermagem de  
Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP**

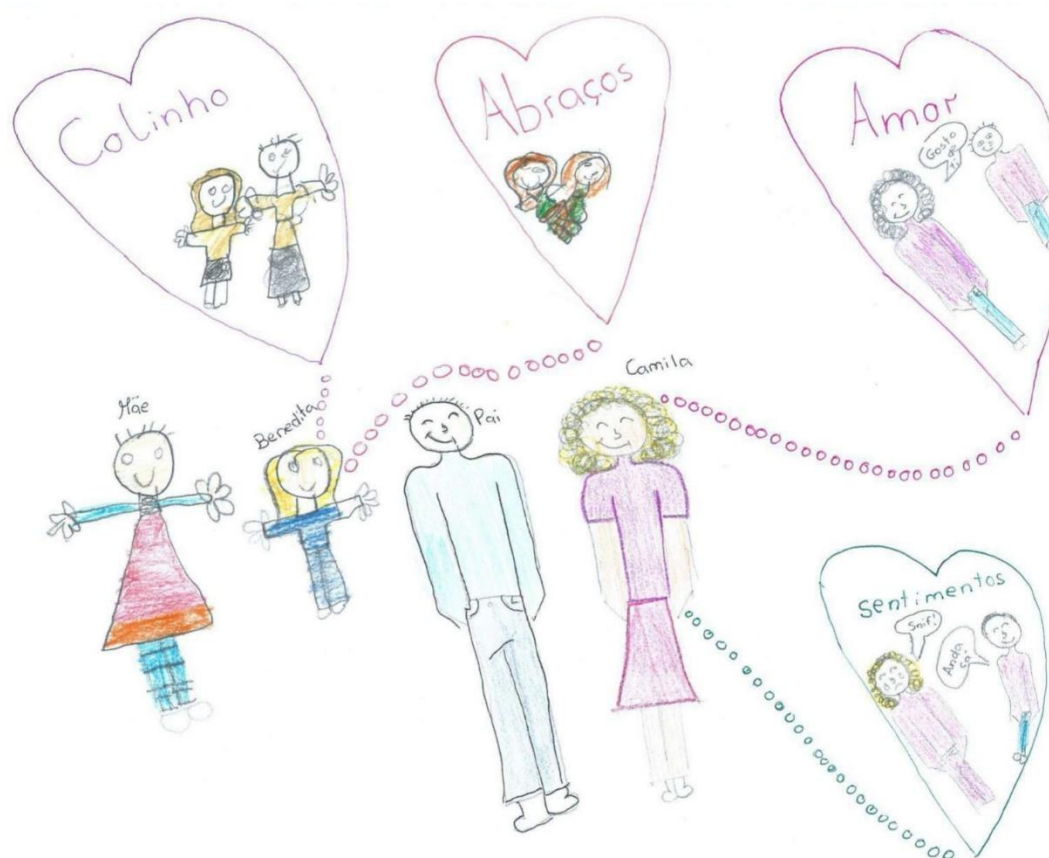
Professor Orientador: Professor Doutor João Frade

Leiria

Abril de 2026

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a orientação científica do Professor Doutor João Frade, professor coordenador na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

*Porque este relatório fala da família, quis que a minha também deixasse aqui o seu traço.*



*Camila e Benedita*

## Gratidão

Porque este relatório fala da família, não poderia começar senão pela minha.

À minha família, lugar primeiro de pertença, de amor e de sentido, deixo a minha gratidão mais profunda. Este caminho acadêmico foi vivido por mim, mas nunca foi percorrido apenas por mim. Em cada etapa estiveram presentes os afetos, os silêncios compreensivos, os abraços, as palavras de incentivo e a certeza de que, mesmo nos dias mais difíceis, havia sempre um lugar seguro para onde regressar.

Ao meu Romeu, companheiro de vida, agradeço a presença constante, a paciência, o apoio e a forma discreta, mas tão inteira, como caminhou ao meu lado. Obrigada por compreenderes as ausências, por acolheres os dias de maior cansaço, por acreditares em mim quando eu própria duvidei e por seres, tantas vezes, a tranquilidade no meio da exigência. Este percurso também teve muito de ti, da tua generosidade, da tua espera e do teu amor.

Às minhas filhas, Camila e Benedita, o meu amor maior e a minha inspiração mais bonita. Foram muitos os momentos em que este mestrado ocupou espaço, tempo e presença. Ainda assim, estiveram sempre comigo, na forma simples como me lembraram, todos os dias, o que verdadeiramente importa. Que este caminho vos mostre que os sonhos exigem esforço, persistência e coragem, mas que ganham outro sentido quando são feitos com amor.

Ao meu pai, que vive no céu, a minha estrela guia ao longo da vida. Mesmo ausente fisicamente, estive sempre presente em mim. No que sou, no que escolho, na forma como caminho e na força que encontro quando preciso de continuar. A sua memória acompanha-me como luz serena, como presença silenciosa e como amor que não se apaga. Este percurso também lhe pertence, porque muito do que sou nasceu do que me deixou.

À minha mãe, raiz, presença e amor incondicional, agradeço tudo o que as palavras nunca conseguirão dizer por inteiro. Agradeço-lhe por ser casa, por ser colo, por ser exemplo e por me lembrar, tantas vezes, que a vida se constrói com trabalho, coragem e amor.

À Enfermeira Especialista Dulce Cabeça, que orientou o meu percurso na prática clínica, deixo uma gratidão muito especial. A sua presença no meu caminho começou muito antes deste mestrado, quando me integrou na vida profissional e me ajudou a dar os primeiros passos enquanto enfermeira. Ao longo dos anos, tornou-se uma referência profissional e humana, pelo conhecimento, pelo rigor e pela forma como dignifica a

Enfermagem de Saúde Familiar. Agradeço-lhe a confiança, o incentivo e o modo como acreditou nas minhas capacidades, ajudando-me a encontrar coragem para iniciar este percurso académico. Há pessoas que nos marcam pelo que ensinam e pelo modo como nos fazem acreditar que somos capazes. A Enfermeira Dulce é, para mim, uma dessas pessoas.

Ao Professor Doutor João Frade, meu orientador, agradeço o acompanhamento, a disponibilidade e o rigor ao longo deste percurso. Agradeço-lhe, em particular, a confiança e a liberdade concedidas, que me permitiram construir este trabalho sem perder a minha identidade, a minha voz e o sentido que queria imprimir ao relatório. O seu olhar atento e as suas sugestões foram fundamentais para dar maior consistência a este percurso académico, reflexivo e investigativo.

Às minhas companheiras do Quinteto — Carla Amado, Isilda Ferreira, Otília Raimundo e Patrícia Pereira —, agradeço a amizade, a cumplicidade e o apoio ao longo deste percurso. Partilhámos dúvidas, prazos, trabalhos, cansaço, gargalhadas, desabafos e conquistas. Fomos suporte umas das outras nos dias bons e nos dias em que parecia difícil chegar ao fim. O que começou como grupo académico tornou-se lugar de amizade e pertença. Levo-vos comigo para além deste mestrado, porque há percursos que terminam em diplomas, mas também há encontros que ficam para a vida.

A todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste caminho, obrigada. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada presença fizeram diferença.

Este relatório fala da importância da família no cuidar. A minha gratidão nasce precisamente daí: da consciência de que ninguém caminha verdadeiramente sozinho. Somos também feitos daqueles que nos amam, nos sustentam, nos desafiam e nos ajudam a chegar mais longe.

## Resumo

**Enquadramento:** A família constitui um contexto central na vida das pessoas e assume particular relevância nos processos de saúde, doença, adaptação e transição. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, cuidar implica alargar o olhar para além da pessoa individualmente considerada, reconhecendo a família como unidade de cuidados, parceira no processo terapêutico e recurso fundamental na continuidade dos cuidados. Este relatório integra o percurso desenvolvido em contexto de estágio, articulando a prática clínica, os referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar, o desenvolvimento de competências especializadas e a prática especializada baseada na evidência. A componente investigativa, integrada no projeto CuidarFam, centra-se na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, comparando os contextos de Ovar e Évora.

**Objetivos:** O relatório teve como objetivo evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A investigação teve como objetivo geral analisar, comparativamente, o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, em Ovar e Évora. Como objetivos específicos, pretendeu-se comparar esse nível de importância entre os dois contextos e analisar a sua associação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

**Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, analítico, correlacional, comparativo e transversal. A amostra integrou 72 enfermeiros, dos quais 31 pertencentes a Ovar e 41 a Évora. A recolha de dados foi realizada através de um questionário constituído por dados sociodemográficos e profissionais e pela escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem — Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE). Os dados relativos a Ovar foram recolhidos através de questionário online, divulgado via Microsoft Forms, entre 27 de novembro e 10 de dezembro de 2025, enquanto os dados de Évora resultaram de uma recolha anterior, realizada no âmbito do mesmo projeto CuidarFam. A análise foi efetuada com recurso ao IBM SPSS Statistics, incluindo estatística descritiva e inferencial, com aplicação de testes paramétricos após verificação dos pressupostos estatísticos.

**Resultados:** Os resultados evidenciaram que os enfermeiros de ambos os contextos atribuem elevada importância à família nos cuidados de enfermagem. A pontuação média total da IFCE-AE foi de 80,03 em Ovar e de 77,93 em Évora. Embora os enfermeiros de Ovar tenham apresentado uma média ligeiramente superior, a diferença entre os dois contextos não foi estatisticamente significativa, pelo que a hipótese relativa à existência de diferenças entre Ovar e Évora não se confirmou. Também não se verificaram associações

estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas analisadas e o nível de importância atribuído à família. Relativamente às variáveis profissionais, apenas a área de especialização apresentou diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que esta dimensão poderá influenciar a forma como os enfermeiros valorizam a família no processo de cuidar.

**Conclusão:** O percurso desenvolvido permitiu consolidar a compreensão da família como unidade de cuidados e reforçar a importância da prática especializada baseada na evidência. Os resultados da investigação mostram que a família é globalmente valorizada pelos enfermeiros, embora essa valorização nem sempre garanta a sua integração plena, sistemática e documentada nos cuidados. Assim, torna-se necessário continuar a promover uma prática mais intencional, centrada na família, sustentada em modelos de avaliação e intervenção familiar, em registos que deem visibilidade ao cuidado familiar e em estratégias que aproximem aquilo que se reconhece como importante daquilo que se concretiza no quotidiano dos cuidados. A família no mapa do cuidar representa, deste modo, não apenas o tema do relatório, mas a síntese de uma forma de compreender a Enfermagem de Saúde Familiar: uma prática que olha a pessoa no seu contexto relacional, valoriza a evidência científica e reconhece cada contacto como oportunidade para cuidar também a família.

## Abstract

**Background:** Family Nursing has emerged over the years as an essential nursing practice area in health promotion, disease prevention, rehabilitation, and transition processes. In the field of Family Health Nursing, care increasingly moves beyond the individual, recognizing the family as a unit of care, a partner in the therapeutic process, and a fundamental resource within the care community. This report integrates the pathway developed during the internship, articulating clinical practice, the theoretical foundations of Family Health Nursing, the development of specialized competencies, and evidence-based specialized practice. The research component, integrated into the *CuidarFam* project, focuses on the importance attributed to the family in nursing care from nurses' perspectives, comparing the contexts of Ovar and Évora.

**Objectives:** This report aims to demonstrate the pathway of developing specialized competencies in Community Nursing within the area of Family Health Nursing. The research had the general objective of comparatively analyzing the level of importance attributed to the family in nursing care from nurses' perspectives in Ovar and Évora. Specific objectives included: Comparing this level of importance between the two contexts and analyzing its association with sociodemographic and professional variables.

**Methodology:** A quantitative, descriptive, analytical, correlational, comparative, and cross-sectional study was conducted. The sample included 72 nurses: 31 from Ovar and 41 from Évora. Data collection was carried out through a questionnaire composed of sociodemographic and professional data and the *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* scale (FINC-NA). Data from Ovar were collected through an online questionnaire distributed via Microsoft Forms between November 27 and December 10, 2025. Data from Évora resulted from a previous collection conducted within the same *CuidarFam* project. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics, including descriptive and inferential statistics, with parametric tests applied after verification of statistical assumptions.

**Results:** The results showed that nurses in both contexts attributed high importance to the family in nursing care. The total mean FINC-NA score was 80.03 in Ovar and 77.93 in Évora. Although nurses from Ovar presented a slightly higher average, the difference between the two contexts was not statistically significant. Therefore, the hypothesis regarding the existence of differences between Ovar and Évora was not confirmed. No statistically significant associations were found between the analyzed sociodemographic variables and the level of importance attributed to the family. Regarding professional variables, only the area of specialization showed statistically significant differences, suggesting that this dimension may influence how nurses value the family in the care process.

**Conclusion:** The pathway undertaken helped consolidate the understanding of the family as a unit of care and reinforced the importance of evidence-based specialized practice. The research findings show that the family is globally valued by nurses, although this appreciation does not always guarantee its full, systematic, and documented integration into care. Therefore, it becomes necessary to continue promoting a more intentional family-centered practice, supported by family assessment and intervention models, as well as records that make family care visible and bridge the gap between what is recognized as important and what is effectively implemented in daily care. In this sense, “the family on the map of care” represents not only the theme of the report but also the synthesis of a way of understanding Family Health Nursing: a practice that views the person within their relational context, values scientific evidence, and recognizes every interaction as an opportunity to care for the family as well.

# Índice

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução .....                                                                   | 1  |
| 1. Referencial Teórico da Enfermagem de Saúde Familiar.....                        | 3  |
| 1.1. Família no Cuidar em Enfermagem .....                                         | 4  |
| 1.2. Família como Sistema .....                                                    | 6  |
| 1.3. Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar .....                             | 8  |
| 1.4. Forças e Transições Familiares .....                                          | 11 |
| 2. Contexto da Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar .....               | 16 |
| 2.1. Caracterização da USF S. ....                                                 | 16 |
| 2.2. Caracterização do Ficheiro do Enfermeiro de Família.....                      | 18 |
| 2.3. Consulta de Enfermagem e Resultados em Saúde.....                             | 21 |
| 3. Desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Familiar .....           | 25 |
| 3.1. Da experiência profissional à prática especializada centrada na família ..... | 25 |
| 3.2. A prática clínica como lugar de integração de competências.....               | 26 |
| 3.3. Da evidência à transformação da prática.....                                  | 31 |
| 4. Prática Especializada Baseada na Evidência .....                                | 35 |
| 4.1. Projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.....      | 36 |
| 4.2. Metodologia de Investigação .....                                             | 38 |
| 4.2.1. Delineamento do Estudo .....                                                | 38 |
| 4.2.2. População-alvo e amostra .....                                              | 40 |
| 4.2.3. Variáveis e instrumentos de recolha de dados .....                          | 42 |
| 4.2.4. Procedimentos de recolha e análise de dados.....                            | 48 |
| 4.2.5. Considerações Éticas .....                                                  | 51 |
| 4.3. Apresentação, análise e interpretação dos resultados .....                    | 52 |
| 4.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....                            | 52 |
| 4.3.2. Nível de importância atribuída à família .....                              | 56 |
| 4.3.3. Análise Inferencial (Hipóteses).....                                        | 59 |
| 4.4. Discussão dos Resultados .....                                                | 64 |
| Conclusão .....                                                                    | 73 |
| Referências Bibliográficas.....                                                    | 76 |

## Apêndices

Apêndice I – Processo de Enf. à Família com Recurso ao Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Apêndice II – Percurso Formativo e Científico Desenvolvido no âmbito do Estágio

## Anexos

Anexo I – Projeto ‘CUIDARFAM’

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para o Projeto ‘CUIDARFAM’

## Índice de Quadros

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1: Operacionalização das Variáveis em Estudo .....                                                                        | 43 |
| Quadro 2: Dimensão, itens, pontuação e score da IFCE-AE .....                                                                    | 47 |
| Quadro 3: Testes estatísticos utilizados na análise da associação entre as variáveis independentes e a variável dependente ..... | 51 |

## Índice de Tabelas

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra .....                                                                               | 53 |
| Tabela 2: Estatística descritiva do Score Total IFCE-AE, entre Ovar e Évora .....                                                                       | 57 |
| Tabela 3: Consistência interna da escala IFCE-AE e das respetivas dimensões na amostra em estudo e no estudo de validação portuguesa .....              | 58 |
| Tabela 4: Testes de Normalidade e Homogeneidade .....                                                                                                   | 59 |
| Tabela 5: Comparação do nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre Ovar e Évora .....    | 60 |
| Tabela 6: Associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem ..... | 60 |
| Tabela 7: Associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem .....     | 62 |

## Índice de Figuras

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Distribuição do score total da IFCE-AE entre Ovar e Évora ..... | 57 |
|---------------------------------------------------------------------------|----|

## **Lista de Siglas e Acrónimos**

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESF** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

**ESF** – Enfermagem de Saúde Familiar

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

**IBM SPSS Statistics** – Statistical Package for the Social Sciences

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

**MDAIF** – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**SClínico** – Sistema de registo clínico médico e de enfermagem

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## Introdução

A família constitui um dos contextos mais significativos da vida das pessoas. É nela que se constroem vínculos, se organizam rotinas, se tomam decisões, se enfrentam transições e se mobilizam recursos perante situações de saúde e de doença. Por esse motivo, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), cuidar implica alargar o olhar para além da pessoa individualmente considerada e compreender a família como unidade de cuidados, com dinâmica própria, história, necessidades, fragilidades e potencialidades (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013).

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de ESF, e tem como objetivo apresentar o percurso desenvolvido em contexto de estágio, evidenciando a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas. Este percurso decorreu em contexto de cuidados de saúde primários (CSP), mais precisamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), espaço privilegiado para a intervenção do enfermeiro de família pela proximidade, continuidade e conhecimento longitudinal das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2018; World Health Organization, 2025).

A ESF assume particular relevância na resposta aos desafios atuais dos cuidados de saúde, marcados pelo envelhecimento da população, pela prevalência da doença crónica, pela complexidade das situações familiares e pela necessidade de promover cuidados mais próximos, integrados e centrados nas pessoas e nos seus contextos de vida. Neste enquadramento, o enfermeiro de família encontra-se numa posição privilegiada para identificar necessidades, promover a saúde, prevenir a doença, apoiar processos de adaptação e capacitar as famílias para a gestão dos seus processos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018; World Health Organization, 2025).

A elaboração deste relatório pretende, assim, articular a prática clínica desenvolvida com os referenciais teóricos, éticos, científicos e regulamentares que sustentam a intervenção especializada em ESF. Mais do que descrever atividades realizadas, procura-se enquadrar o estágio como um espaço de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento profissional, onde a experiência prévia se cruza com novos conhecimentos e com uma leitura mais sistematizada da prática (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

Neste percurso, a prática especializada baseada na evidência assume um lugar central. A tomada de decisão em enfermagem exige a integração entre a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica, os valores das pessoas e famílias e os recursos existentes nos contextos de cuidados. Deste modo, a evidência constitui um suporte essencial para fundamentar intervenções, questionar práticas, melhorar a qualidade dos

cuidados e fortalecer a identidade profissional do enfermeiro especialista (EE) (International Council of Nurses, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É neste âmbito que se integra a componente de investigação deste relatório, intitulada “A Família no Mapa do Cuidar: A importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem - estudo comparativo entre os enfermeiros de Ovar e Évora”. O estudo centra-se na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, procurando compreender o lugar que a família ocupa no processo de cuidar, através da comparação entre os contextos de Ovar e Évora e da análise de possíveis associações com variáveis sociodemográficas e profissionais.

A metáfora do mapa, presente no título do relatório, traduz a necessidade de tornar a família visível no processo de cuidar. Tal como um mapa permite orientar caminhos, reconhecer pontos de referência e compreender trajetos, também a ESF exige uma leitura atenta dos percursos familiares, das suas relações, recursos, vulnerabilidades e modos de adaptação. Colocar a família no mapa do cuidar significa, por isso, reconhecer que os cuidados de enfermagem ganham maior sentido quando integram a pessoa no seu contexto familiar e relacional.

O relatório encontra-se organizado em diferentes capítulos, que acompanham o percurso desenvolvido e a lógica reflexiva que o sustenta. Inicialmente, apresenta-se o enquadramento da ESF, com referência aos seus fundamentos, modelos orientadores e competências especializadas, de forma a situar o olhar teórico e profissional que orienta a prática clínica. Seguidamente, procede-se à caracterização do contexto da prática clínica, para compreender a organização dos cuidados, a população acompanhada e os recursos disponíveis e, o modo como estes elementos influenciaram a intervenção desenvolvida.

Posteriormente, são apresentadas e analisadas as atividades realizadas em estágio, articulando-as com o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. De seguida, é desenvolvida a componente de prática especializada baseada na evidência, onde se integra o estudo de investigação, incluindo o enquadramento da problemática, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados e as suas implicações para a prática clínica. Por fim, a conclusão integra uma reflexão global sobre o percurso académico, profissional e de investigação realizado.

Com esta organização, o presente relatório procura articular estágio, prática clínica, evidência científica e investigação, tendo a família como elemento central da reflexão desenvolvida. Pretende-se, assim, contribuir para uma compreensão mais aprofundada da importância de reconhecer, valorizar e integrar a família nos cuidados de enfermagem, reforçando o sentido da ESF no contexto dos CSP.

# 1. Referencial Teórico da Enfermagem de Saúde Familiar

A compreensão do percurso desenvolvido ao longo do estágio e da componente de investigação exige, antes de mais, situar conceptualmente a ESF. Neste sentido, este capítulo procura enquadrar a família enquanto unidade de cuidados e clarificar alguns dos referenciais que sustentam uma prática centrada nas relações, nas forças familiares, na adaptação e na continuidade dos cuidados.

No contacto com uma família, o enfermeiro não encontra apenas uma pessoa com necessidades de saúde ou uma situação clínica isolada. Encontra relações, histórias, papéis, formas de comunicação, redes de apoio e modos próprios de organização. Observar quem cuida, quem decide, quem se mostra mais preocupado, como a família comunica e como se reorganiza perante a doença ou perante uma mudança no ciclo vital é, por si só, uma forma de cuidar.

É neste espaço relacional que a ESF ganha sentido, porque a família não pode ser entendida como uma simples lista de nomes num processo clínico, mas como uma unidade de cuidados com dinâmica própria, história, recursos, fragilidades e capacidade de adaptação. Cuidar em ESF implica, por isso, alargar o foco do indivíduo para a família, sem perder a singularidade de cada membro que a constitui (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

Esta perspetiva encontra suporte no Regulamento n.º 428/2018, da Ordem dos Enfermeiros (OE), que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). Neste regulamento, é referido que o EE “cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, bem como “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357). Esta orientação permite compreender que a prática especializada não se limita ao cuidado individual, mas integra a família como foco, parceira e recurso no processo de cuidar.

A Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária reforça esta orientação, ao considerar que o EEESF “concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias” e toma “a família como unidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 1). Esta tomada de posição valida uma prática que não se centra apenas na pessoa isolada, mas na pessoa integrada no seu contexto familiar, relacional e comunitário.

Neste sentido, os modelos e teorias que sustentam esta área de especialidade não devem ser entendidos como conteúdos separados da prática. Estes referenciais ajudam a dar sentido ao que o enfermeiro observa,

interpreta e decide. A Teoria Geral dos Sistemas permite compreender a família como uma rede de relações e interdependências; o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) ajudam a estruturar a avaliação e a intervenção; o Modelo das Forças orienta o olhar para os recursos e potencialidades familiares; e a Teoria das Transições permite compreender os momentos de mudança que exigem adaptação, reorganização e acompanhamento (Figueiredo, 2012; Gottlieb, 2013; Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2012).

### **1.1. Família no Cuidar em Enfermagem**

Clarificar o conceito de família é essencial, porque a forma como o enfermeiro entende a família influencia a forma como a observa, envolve e cuida. O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, acompanhando a evolução social, cultural e científica. Por essa razão, não existe uma definição única e universal de família. Esta diversidade obriga a uma compreensão mais ampla, que reconheça diferentes configurações familiares e valorize as relações significativas, para além dos modelos tradicionais ou exclusivamente biológicos (Figueiredo et al., 2023; Wright & Leahey, 2012).

Na literatura, encontram-se várias concepções de família. Algumas definições valorizam a dimensão estrutural, procurando identificar quem pertence à família de acordo com laços de consanguinidade, parentesco legal ou coabitação. Outras privilegiam a dimensão funcional, centrando-se nas funções que os seus membros desempenham, como o cuidado, o suporte, a proteção, a socialização e a promoção do desenvolvimento pessoal. Esta diversidade de perspetivas mostra que a família não pode ser compreendida apenas pela sua composição, mas também pelas relações, funções e significados que estabelece (Alarcão, 2000; Figueiredo, 2012).

No âmbito da Enfermagem, esta leitura ganha particular relevância. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define família como um grupo de seres humanos entendido como unidade social ou todo coletivo, composto por membros ligados por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal (OE, 2011). Esta definição aproxima-se da perspetiva sistémica, na medida em que reconhece a família como uma unidade relacional e não apenas como um conjunto de pessoas. Também Nichols (2007) salienta que a família não é apenas uma coleção de indivíduos, mas uma rede de relacionamentos, reforçando a importância de olhar para as interações familiares e não apenas para os seus membros isoladamente.

Esta compreensão relacional é particularmente importante na prática de enfermagem familiar, porque permite olhar para a família como uma unidade em permanente interação com o exterior, constituída por uma organização própria, mas também por dinâmicas, vínculos, papéis e funções que influenciam a saúde dos

seus membros. Neste sentido, Figueiredo e Martins (2010) referem que “a família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade” (p. 552).

Wright e Leahey (2012), autoras centrais na Enfermagem de Família, reforçam esta visão ao defenderem que a família deve ser definida pelos próprios membros, isto é, “a família é quem eles dizem ser”. Esta conceção ultrapassa uma definição meramente estrutural e constitui um princípio orientador da prática clínica, porque permite ao enfermeiro reconhecer e legitimar as relações que cada família considera significativas. Assim, o ato de definir família não é neutro: influencia a forma como o sistema familiar é compreendido e orienta a intervenção seguinte (Wright & Leahey, 2012).

Esta passagem de uma definição mais normativa para uma definição mais relacional é particularmente importante na prática atual. A família pode assumir múltiplas configurações e nem sempre corresponder aos modelos tradicionais. O que importa, no cuidado de enfermagem familiar, é compreender quem são as pessoas significativas para aquele indivíduo, quem participa nos cuidados, quem apoia, quem decide, quem sofre com a situação e quem pode ser envolvido no processo terapêutico. Neste sentido, a família aproxima-se daquilo que cada pessoa reconhece como tal, valorizando-se a autoidentificação e a pluralidade das relações familiares (Figueiredo et al., 2023; Wright & Leahey, 2012).

No contexto dos cuidados de saúde, a família tem vindo a ser progressivamente reconhecida como elemento estruturante do processo de cuidar. Para além de constituir uma fonte de suporte emocional, pode assumir um papel ativo na gestão terapêutica, na vigilância, na adesão aos cuidados, na tomada de decisão e na continuidade assistencial. Esta perspetiva permite compreender a família não apenas como contexto relacional da pessoa doente, mas também como parceira relevante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na adaptação às situações de vulnerabilidade (Frade et al., 2021; OE, 2023).

Esta conceção tem implicações diretas na prática clínica. Trabalhar com famílias implica reconhecer que o enfermeiro não observa a realidade familiar de forma totalmente exterior ou neutra. Ao entrar em relação com a família, o profissional passa a integrar o processo terapêutico, influenciando e sendo influenciado pelas interações que se constroem. Por isso, as intervenções de enfermagem devem assentar numa filosofia de cooperação, em que o enfermeiro trabalha com a família na compreensão das suas necessidades, na identificação dos seus recursos e na construção de respostas possíveis. Esta abordagem valoriza a participação ativa, o empoderamento e a autonomia familiar, reconhecendo a família como protagonista do seu próprio processo de saúde (Figueiredo & Martins, 2010; Figueiredo, 2012; Gottlieb, 2013; Wright & Leahey, 2012).

A integração das famílias nos cuidados de enfermagem tem vindo a ser reforçada pela evidência científica. Frade et al. (2021) defendem que esta integração é fundamental para a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias, sublinhando a importância da formação especializada em enfermagem familiar. Também Sousa (2024), num estudo comparativo entre diferentes mestrados em enfermagem, demonstra que a formação em ESF potencia a comunicação, o apoio e a integração das famílias nos cuidados, contribuindo para uma prática mais centrada na família.

Contudo, embora a especialização em ESF aprofunde estas competências, o envolvimento das famílias deve ser entendido como uma competência transversal aos cuidados de enfermagem. Independentemente da área de intervenção, os enfermeiros devem estar preparados para reconhecer a importância da família, promover a sua participação e apoiar a sua capacitação. Esta ideia reforça que a família não deve ser incluída apenas em momentos de crise, mas considerada desde a avaliação inicial, no planeamento dos cuidados, na tomada de decisão e na continuidade assistencial (Frade et al., 2021; Sousa, 2024).

## **1.2. Família como Sistema**

A Teoria Geral dos Sistemas constitui uma das bases fundamentais da ESF, porque permite compreender algo que, na prática, os enfermeiros observam com frequência: quando um elemento da família adoece, se fragiliza ou muda, a família inteira pode ser chamada a reorganizar-se. A família pode ser entendida como um sistema aberto, em interação com o meio envolvente, composto por elementos que se influenciam mutuamente. Assim, cada pessoa é importante, mas a família não se resume à soma dos seus membros; existe uma dinâmica própria, feita de relações, papéis, regras, limites, comunicação e significados (Bertalanffy, 1968; Wright & Leahey, 2012).

A compreensão da família como sistema implica considerar dimensões como a totalidade, a circularidade, a unicidade, a globalidade e a diversidade. Estes conceitos ajudam a olhar para a família para além de uma visão fragmentada ou normativa, reconhecendo que cada família tem uma organização própria, uma história singular, dinâmicas específicas e uma forma particular de cuidar, comunicar e adaptar-se. Assim, a intervenção do EE não deve partir de modelos rígidos de família ideal, mas de uma leitura situada da família real que se apresenta nos cuidados, com os seus recursos, limites, significados e possibilidades (Figueiredo et al., 2023).

O princípio da totalidade ajuda a compreender que a família é mais do que a soma dos seus membros. O que acontece a um elemento pode repercutir-se no todo familiar, da mesma forma que o funcionamento da família influencia cada um dos seus membros. Uma situação de doença crónica, por exemplo, não altera apenas a vida da pessoa diagnosticada. Pode modificar rotinas, responsabilidades, decisões económicas,

disponibilidade emocional, relações conjugais, relação com os filhos, redes de apoio e até a forma como a família se imagina no futuro. Neste sentido, o cuidado especializado não se limita a acompanhar a pessoa com doença; procura compreender também os efeitos dessa situação no sistema familiar (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

A circularidade é, neste contexto, outro conceito central. Na prática, muitos fenómenos familiares não podem ser explicados apenas por causa e efeito. Um cuidador pode estar exausto porque a família não se organiza, mas a família pode não se organizar porque depende excessivamente desse cuidador. Um adolescente pode afastar-se porque sente controlo excessivo, mas os pais podem intensificar o controlo porque sentem esse afastamento como ameaça. Uma pessoa com doença crónica pode resistir ao tratamento porque se sente desvalorizada, mas a família pode insistir de forma rígida no tratamento porque teme a deterioração clínica. A abordagem sistémica permite reconhecer estes movimentos circulares sem procurar culpados de forma simplista (Shajani & Snell, 2019; Wright & Leahey, 2012).

Esta forma de olhar muda a avaliação de enfermagem. Em vez de perguntar apenas “qual é o problema?”, o enfermeiro passa também a perguntar “como é que este problema está a ser vivido pela família?”, “quem está mais envolvido?”, “quem se sente mais sobrecarregado?”, “que mudanças ocorreram nos papéis familiares?”, “que recursos foram ativados?” e “que significado a família atribui a esta situação?”. Esta passagem de uma lógica linear para uma lógica circular permite compreender melhor a complexidade do cuidado familiar (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

A perspetiva sistémica ajuda ainda a perceber que uma mesma situação pode ter efeitos muito diferentes em famílias diferentes. Uma doença crónica pode fortalecer a união familiar ou aumentar conflitos já existentes; uma gravidez pode ser vivida como alegria, mas também como preocupação; a dependência de um idoso pode mobilizar cuidado, mas também gerar sobrecarga; a adolescência pode ser uma fase de crescimento, mas também de tensão nas fronteiras familiares. O acontecimento pode ser semelhante, mas o modo como a família o vive depende da sua história, das suas relações, dos seus recursos e da sua capacidade de adaptação (Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2012).

Esta leitura evita reduzir a família a rótulos. Uma família que não adere a determinado plano terapêutico não deve ser imediatamente classificada como não colaborante. Pode estar cansada, pode não ter compreendido, pode discordar, pode ter crenças diferentes, pode não dispor de recursos, pode estar sobrecarregada ou pode estar a tentar proteger-se de uma mudança que sente como ameaçadora. O pensamento sistémico ajuda o enfermeiro a ir além da superfície do comportamento e a procurar compreender o contexto relacional onde esse comportamento acontece (Shajani & Snell, 2019; Wright & Leahey, 2012).

A família não existe isolada. Relaciona-se com a comunidade, com os serviços de saúde, com a escola, com o trabalho, com redes formais e informais, com fatores económicos, culturais e sociais. Estes sistemas podem funcionar como suporte ou como fonte de stresse. Um bom apoio comunitário pode aliviar a sobrecarga familiar; a ausência de respostas sociais pode agravá-la. Uma equipa de saúde acessível pode facilitar a adaptação; experiências negativas anteriores podem dificultar a confiança. Assim, avaliar a família implica também compreender o seu contexto ecológico (Bronfenbrenner, 1979; Figueiredo, 2012).

A abordagem sistémica é, por isso, mais do que uma teoria de base. É uma forma de estar na relação terapêutica. O enfermeiro deixa de observar a família como uma realidade estática e passa a reconhecer que a sua presença, as suas perguntas e as suas intervenções também podem influenciar o sistema familiar. Esta consciência torna o cuidado mais prudente, mais ético e mais colaborativo, porque reconhece que a mudança familiar não se impõe; constrói-se com a família, no seu tempo e a partir da sua realidade (Shajani & Snell, 2019; Wright & Leahey, 2012).

Deste modo, compreender a família como sistema permite ao EE olhar para além do problema imediato e reconhecer as interdependências, os padrões relacionais, os recursos e os significados que atravessam a vida familiar. Esta leitura constitui uma base essencial para a ESF, preparando a utilização de modelos de avaliação e intervenção que ajudam a organizar o olhar clínico e a sustentar uma prática centrada na família.

### **1.3. Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar**

A avaliação e intervenção familiar exigem referenciais que permitam transformar a complexidade da vida familiar em informação clinicamente útil, sem reduzir a família a uma lista de dados. Os modelos de avaliação e intervenção familiar assumem, neste sentido, um papel orientador, porque ajudam o enfermeiro a estruturar a observação, identificar necessidades e recursos, compreender padrões relacionais e planear intervenções ajustadas à singularidade de cada família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

O Modelo Calgary, desenvolvido por Wright e Leahey, organiza a avaliação familiar em três grandes dimensões: a avaliação estrutural, a do desenvolvimento e a funcional. A dimensão estrutural permite compreender quem faz parte da família, como se organizam os vínculos, quais os subsistemas existentes e que relações a família estabelece com sistemas mais amplos. A dimensão referente à avaliação do desenvolvimento situa a família no seu ciclo vital, considerando tarefas, etapas e mudanças esperadas ou inesperadas. A dimensão funcional permite compreender como a família comunica, distribui papéis, expressa emoções, resolve problemas e responde às necessidades dos seus membros (Wright & Leahey, 2012).

A avaliação estrutural permite compreender a composição da família, as relações de parentesco ou afinidade, os vínculos significativos, a família alargada, as redes externas e os sistemas de apoio. O genograma e o ecomapa são instrumentos particularmente úteis neste domínio, porque ajudam a tornar visível a estrutura familiar e as relações com os sistemas envolventes. Mais do que esquemas, estes instrumentos podem facilitar a conversa com a família, identificar recursos, reconhecer ausências e compreender como a família se situa no seu contexto (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

A avaliação do desenvolvimento acrescenta a dimensão do tempo. Cada família encontra-se numa etapa do ciclo vital e enfrenta tarefas próprias dessa etapa. A formação do casal, a parentalidade, a família com filhos pequenos, a adolescência, a saída dos filhos de casa, o envelhecimento, a reforma ou a viuvez são momentos que exigem reajustamentos. Contudo, o ciclo vital não deve ser lido de forma rígida, porque as famílias contemporâneas são diversas e nem sempre seguem percursos lineares. Ainda assim, esta dimensão ajuda o enfermeiro a compreender as tarefas esperadas, as transições em curso e os desafios próprios da fase de vida familiar (Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2012).

A avaliação funcional permite compreender como a família vive e se organiza no dia a dia. Aqui interessa avaliar a comunicação, a resolução de problemas, as crenças, os papéis, a expressão emocional, a intimidade, a influência, as alianças e os padrões de cuidado. Esta dimensão é particularmente importante porque muitas dificuldades familiares não estão apenas na estrutura, mas na forma como os membros interagem. Uma família pode ter uma rede alargada disponível, mas comunicar de forma pouco eficaz; pode ter bons recursos materiais, mas dificuldades na tomada de decisão; pode estar presente fisicamente, mas emocionalmente distante (Wright & Leahey, 2012).

A utilidade do Modelo Calgary está na sua capacidade de organizar a complexidade sem a simplificar excessivamente. O modelo não transforma a família numa lista de dados; ajuda o enfermeiro a construir uma compreensão clínica da família. Permite perceber quem vive naquele sistema, como se relaciona, em que fase se encontra, que desafios atravessa e que possibilidades de intervenção existem. Por isso, não substitui o juízo clínico, mas apoia-o de forma estruturada e fundamentada (Mileski et al., 2022; Wright & Leahey, 2012).

No contexto português, o MDAIF assume um lugar central. Desenvolvido por Figueiredo (2012), o MDAIF resulta de um percurso de investigação em CSP e procura responder às necessidades dos enfermeiros no cuidado à família enquanto alvo dos cuidados. Trata-se de uma abordagem colaborativa, centrada na família, que articula avaliação, diagnóstico, intervenção e resultados, aproximando o pensamento teórico da prática clínica dos enfermeiros de família (Figueiredo, 2012).

Esta dimensão relacional é central no MDAIF quando Figueiredo (2012) refere que “os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico” (p. 69). Esta perspetiva ajuda a compreender que a avaliação familiar não é apenas um procedimento técnico, mas um processo construído na relação, na escuta, na negociação e na participação ativa da família.

A matriz operativa do MDAIF permite avaliar áreas estruturais, desenvolvimentais e funcionais, facilitando a identificação de necessidades, recursos e forças familiares. Ao articular avaliação familiar, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, este modelo contribui para uma prática clínica mais intencional, fundamentada e avaliável, dando maior visibilidade aos cuidados dirigidos à família (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023).

A avaliação familiar só ganha sentido quando permite construir uma intervenção ajustada. Conhecer a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento da família não é um fim em si mesmo; é uma forma de compreender melhor onde, como e com quem intervir. O EE não avalia para classificar a família, mas para identificar necessidades, reconhecer forças, compreender significados e apoiar processos de mudança (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

Na prática, a avaliação familiar começa muitas vezes por perguntas simples, mas clinicamente importantes. Quem vive consigo? Quem o ajuda quando precisa? Quem está mais preocupado com esta situação? Como é que esta doença mudou a vossa rotina? O que tem sido mais difícil para a família? O que já conseguiram fazer que tenha ajudado? Estas perguntas não são meramente informativas; podem também ser interventivas. Ao perguntar, o enfermeiro ajuda a família a pensar sobre si própria, a tornar visíveis relações, recursos, preocupações e possibilidades (Wright & Leahey, 2012).

A entrevista familiar assume aqui um lugar central. Mais do que uma técnica, é um espaço terapêutico de encontro. Permite escutar diferentes perspetivas, clarificar expectativas, identificar crenças e negociar objetivos comuns. Esta ideia articula-se com Figueiredo (2012), quando refere que a relação enfermeiro-família passa por uma “negociação e participação ativa da família no processo de cuidados” (p. 13). Quando bem conduzida, a entrevista familiar ajuda a família a sentir-se reconhecida e envolvida, favorecendo a parceria e a corresponsabilização no processo de cuidados.

Neste processo, a comunicação não surge como uma dimensão separada, mas como parte integrante da própria intervenção familiar. A forma como o enfermeiro pergunta, escuta, valida e devolve significado influencia a relação estabelecida com a família e pode facilitar a compreensão da situação vivida. As perguntas

circulares, por exemplo, permitem explorar relações e diferentes perspetivas, ajudando a perceber quem ficou mais preocupado, quem assume mais cuidados, quem se sente mais sobrecarregado ou o que mudou na família desde o início da situação. Deste modo, perguntar não serve apenas para recolher informação; pode também ajudar a família a refletir sobre si própria, sobre os seus recursos e sobre as possibilidades de mudança (Shajani & Snell, 2019; Wright & Leahey, 2012).

As intervenções em ESF podem assumir diferentes formas: promover comunicação, apoiar a tomada de decisão, capacitar cuidadores, reforçar redes de apoio, clarificar papéis, negociar planos de cuidados, facilitar acesso a recursos, apoiar transições, promover literacia em saúde e fortalecer estratégias de coping. O essencial é que a intervenção seja construída a partir da avaliação e em parceria com a família, respeitando os seus valores, prioridades, limites e ritmo (Figueiredo, 2012; OE, 2023).

O Modelo Calgary e o MDAIF podem, assim, ser entendidos como referenciais complementares. O primeiro oferece uma matriz internacional consolidada para avaliar e intervir com famílias; o segundo traduz uma proposta portuguesa, próxima da realidade dos CSP e do processo de enfermagem. Ambos permitem que o EE compreenda a família com rigor, mas também com sensibilidade, reconhecendo que cada família exige uma leitura própria e uma intervenção ajustada à sua história, ao seu funcionamento e aos seus recursos (Figueiredo, 2012; OE, 2023; Wright & Leahey, 2012).

## **1.4. Forças e Transições Familiares**

Depois de reconhecer a família como unidade de cuidados e de apresentar modelos que ajudam a compreendê-la, importa também refletir sobre o modo como o enfermeiro dirige o seu olhar clínico. O Modelo das Forças acrescenta aqui uma dimensão essencial: o enfermeiro não procura apenas problemas, défices ou fragilidades; procura também aquilo que funciona, aquilo que protege, aquilo que dá sentido e aquilo que pode ser mobilizado. Esta mudança é subtil, mas profundamente transformadora na prática clínica (Gottlieb, 2013).

Gottlieb (2013) defende que o cuidado baseado nas forças não ignora a doença, o sofrimento ou a vulnerabilidade. Pelo contrário, permite compreendê-los de forma mais completa. A autora clarifica que o foco nas forças “não é ignorar fraquezas ou minimizar vulnerabilidades”, mas compreender como forças e fragilidades coexistem e podem ser trabalhadas no sentido da saúde, recuperação e cura (Gottlieb, 2013, p. 120, tradução livre). Assim, uma família pode estar cansada e, ainda assim, manter união; pode estar insegura e, ainda assim, procurar ajuda; pode viver conflito e, ainda assim, preservar preocupação mútua; pode estar sobrecarregada e, ainda assim, demonstrar capacidade de reorganização.

Esta abordagem é particularmente importante porque a linguagem usada pelos profissionais influencia a forma como a família é vista e cuidada. Quando uma família é descrita apenas como difícil, não aderente, disfuncional ou sem recursos, corre-se o risco de fechar possibilidades de intervenção. Pelo contrário, uma comunicação que procura compreender o que está a acontecer, reconhece esforços, valida dificuldades e identifica competências pode favorecer a confiança, a participação e a colaboração. Assim, o cuidado baseado nas forças também se expressa na forma como o enfermeiro nomeia a realidade familiar, valorizando não apenas aquilo que falta, mas também aquilo que a família já consegue fazer, manter ou mobilizar (Gottlieb, 2013; Wright & Leahey, 2012).

A OE (2023) integra esta perspetiva ao referir que o EE deve estabelecer uma relação terapêutica que permita descobrir forças, significados, crenças e sentidos atribuídos pelas famílias aos processos de saúde-doença. Esta orientação é central, porque mostra que a prática especializada não se limita a identificar necessidades. Procura também reconhecer competências, potenciar recursos e apoiar a família na gestão dos problemas de saúde vivenciados (OE, 2023).

Na prática, trabalhar a partir das forças pode significar reconhecer o esforço de um cuidador informal, valorizar a capacidade de adaptação de uma família perante a doença crónica, identificar uma rede de vizinhança que apoia, reforçar uma comunicação que ainda funciona, apoiar uma decisão familiar ou ajudar a família a perceber que possui recursos que talvez já não reconhecesse. Este tipo de intervenção não romantiza a realidade; apenas impede que o sofrimento apague tudo o que a família ainda tem de protetor, útil e mobilizável (Figueiredo, 2012; Gottlieb, 2013).

O Modelo das Forças tem também uma forte ligação à capacitação familiar. Ao reconhecer recursos e competências, o enfermeiro ajuda a família a deixar de se ver apenas como vulnerável ou dependente da resposta profissional. A família passa a ser entendida como participante ativa no processo de cuidados, capaz de tomar decisões, mobilizar apoios, reorganizar papéis e construir respostas adaptadas à sua realidade. Esta perspetiva é coerente com uma prática centrada na parceria, na tomada de decisão partilhada e na promoção da autonomia familiar (Gottlieb, 2013; International Family Nursing Association, 2017).

Esta abordagem torna-se especialmente importante nos processos de transição. A família não é uma realidade estática. Ao longo do ciclo vital, atravessa mudanças previsíveis e imprevisíveis que exigem adaptação, reorganização e reconstrução de significados. A Teoria das Transições de Meleis ajuda a compreender estes momentos como processos vividos ao longo do tempo, influenciados por condições pessoais, familiares, sociais e comunitárias. Esta perspetiva é particularmente útil em ESF, uma vez que grande parte das situações acompanhadas pelo enfermeiro de família envolve processos de mudança (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

As transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença ou organizacionais. No contexto familiar, podem estar associadas ao nascimento de um filho, à entrada na adolescência, ao envelhecimento, à reforma, à doença crónica, à dependência, ao luto, à separação, à migração ou a alterações económicas e sociais. Em todas estas situações, a família é chamada a reajustar papéis, rotinas, expectativas, responsabilidades e formas de cuidado (Meleis, 2010).

A OE (2023) valoriza esta perspetiva ao referir que o EE deve ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas. Esta ideia é particularmente relevante, porque mostra que o cuidado de enfermagem não acontece apenas perante a doença instalada. Acontece também nos momentos de passagem, quando a família procura novo equilíbrio e ainda não sabe exatamente como se reorganizar (OE, 2023).

Na prática clínica, muitas das situações acompanhadas pelo enfermeiro de família correspondem a processos de transição. A parentalidade exige novas competências e redefinição de papéis; a adolescência altera fronteiras e comunicação; a doença crónica impõe gestão de regimes terapêuticos; a dependência reorganiza o cuidado; o envelhecimento convoca redes familiares e comunitárias; o luto obriga a família a reconstruir-se perante a ausência. Uma revisão recente sobre cuidados de enfermagem de família na transição para a parentalidade reforça precisamente o papel do enfermeiro de família no apoio, orientação e capacitação das famílias em fases de adaptação (César-Santos et al., 2024).

A transição para a parentalidade é um exemplo claro da importância desta teoria. O nascimento de uma criança pode ser vivido como alegria, mas também como cansaço, insegurança, alteração conjugal, reorganização económica e redefinição da identidade familiar. A intervenção do enfermeiro não se limita à vigilância clínica da mãe ou da criança; inclui escuta, orientação, reforço de competências parentais, identificação de redes de apoio, promoção da vinculação e apoio à reorganização familiar. O foco está na família que se transforma com a chegada de um novo elemento (César-Santos et al., 2024; Meleis, 2010).

Também a doença crónica representa uma transição importante. Quando uma pessoa recebe um diagnóstico crónico, a família é chamada a integrar novas rotinas, tratamentos, consultas, vigilância, medicação, limitações e, por vezes, alterações no projeto de vida. Algumas famílias adaptam-se progressivamente; outras sentem dificuldade em aceitar a nova realidade. O EE pode ajudar a família a compreender a situação, negociar objetivos realistas, identificar dificuldades, mobilizar recursos e transformar a gestão da doença num processo mais partilhado e sustentável (Meleis, 2010; OE, 2023).

A dependência e o envelhecimento constituem também transições exigentes. A família pode ter de reorganizar papéis, decidir quem cuida, adaptar a habitação, gerir medicação, articular respostas sociais e lidar com sentimentos ambivalentes. O cuidador familiar pode sentir amor, dever, cansaço, culpa e solidão, muitas vezes em simultâneo. A abordagem especializada permite reconhecer a complexidade desta experiência, avaliando não apenas a pessoa dependente, mas também a família cuidadora, os seus recursos, limites e necessidades (Figueiredo, 2012; Meleis, 2010).

A Teoria das Transições acrescenta uma dimensão temporal ao cuidado. O Modelo Calgary e o MDAIF ajudam a avaliar a família num determinado momento, mas a Teoria das Transições ajuda a perceber o movimento: de onde a família vem, que mudança está a viver, que perdas ou ganhos estão envolvidos, que recursos mantém, que apoios necessita e que novo equilíbrio poderá construir. Esta leitura torna a intervenção mais sensível ao tempo da família e menos centrada apenas na resposta imediata ao problema (Figueiredo, 2012; Meleis, 2010).

Em momentos de transição, a família pode sentir-se mais vulnerável, mas é também nesses momentos que as suas forças podem ser identificadas e mobilizadas. A adaptação não depende apenas da ausência de problemas, mas da capacidade de reorganizar recursos, redefinir papéis, construir novos significados e encontrar formas possíveis de continuar. Assim, os processos de transição não representam apenas períodos de risco; podem ser também oportunidades de aprendizagem, crescimento e reconstrução (Gottlieb, 2013; Meleis, 2010).

A articulação entre os diferentes referenciais ganha sentido quando se traduz na prática clínica. Mais do que conhecer teorias ou aplicar instrumentos, importa compreender como estes ajudam o EE a pensar a família, a organizar a avaliação, a sustentar a tomada de decisão e a construir intervenções ajustadas à realidade de cada contexto familiar. Assim, o referencial teórico deixa de ser apenas um enquadramento conceptual e passa a constituir uma base orientadora para uma prática mais intencional, fundamentada e centrada na família (Figueiredo, 2012; OE, 2023; Wright & Leahey, 2012).

Esta prática exige, por isso, uma atitude simultaneamente científica e relacional. Científica, porque se apoia em modelos, teorias, investigação e instrumentos de avaliação. Relacional, porque se constrói na escuta, na pergunta, na presença, na negociação e na parceria. Esta combinação evita dois riscos: uma prática demasiado intuitiva, pouco sustentada, e uma prática demasiado técnica, pouco sensível à vida real das famílias. A ESF situa-se precisamente neste equilíbrio entre conhecimento, relação e decisão clínica (OE, 2023; Wright & Leahey, 2012).

Ao longo deste referencial, a família foi sendo compreendida como uma realidade viva, dinâmica e em permanente construção. Esta leitura permite ao EE olhar para além do problema imediato, procurando compreender a estrutura que organiza a família, as relações que a sustentam, os recursos que pode mobilizar e as mudanças que atravessa. A intervenção especializada ganha sentido quando respeita essa história, reconhece possibilidades e apoia a família na construção de caminhos de saúde, adaptação e bem-estar (Figueiredo, 2012; Gottlieb, 2013; Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2012).

## 2. Contexto da Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar

A caracterização do contexto da prática clínica constitui uma parte importante deste relatório, uma vez que permite compreender o local onde decorreram os estágios, a forma como os cuidados se encontravam organizados e as características das pessoas e famílias acompanhadas. Contudo, em ESF, esta caracterização não deve limitar-se à descrição da unidade funcional ou à apresentação de dados estatísticos. Deve permitir também uma leitura reflexiva sobre o modo como o contexto influencia a prática do enfermeiro de família e contribui para o desenvolvimento de competências especializadas.

Neste sentido, este capítulo apresenta a USF S., o ficheiro de utentes do Enfermeiro de Família, a consulta de enfermagem e os resultados em saúde observados, procurando articular a caracterização objetiva do contexto com uma análise reflexiva sobre o seu contributo para o percurso formativo e profissional.

Os estágios decorreram na USF S., em Évora, integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) do Alentejo Central. A escolha deste contexto assumiu um significado particular, por se situar na cidade onde teve início o percurso profissional, há aproximadamente 20 anos, e por possibilitar o reencontro com a enfermeira que, nessa fase inicial, acompanhou a integração na prática clínica e que, neste percurso formativo, assumiu o papel de enfermeira especialista orientadora. O regresso a Évora, agora no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de ESF, permitiu visitar um território conhecido com outra maturidade profissional e com um olhar mais centrado na família enquanto unidade de cuidados.

Esta experiência permitiu reconhecer a evolução da forma de olhar para a prática. Se, no início do percurso profissional, a atenção estava mais centrada na integração na equipa, na organização do trabalho e na segurança dos procedimentos, neste percurso de estágio o olhar foi orientado para a família, para a continuidade dos cuidados e para a forma como o enfermeiro de família conhece e acompanha as pessoas ao longo do ciclo vital. Este reencontro possibilitou, ainda, refletir sobre a importância da continuidade, não apenas no percurso profissional do enfermeiro, mas também nos cuidados prestados às famílias.

### 2.1. Caracterização da USF S.

A USF S. é uma unidade funcional dos CSP, localizada em Évora e integrada na ULS do Alentejo Central. No momento da caracterização inicial, realizada no primeiro estágio, encontrava-se organizada segundo o modelo USF-B, o que traduz uma lógica de maior autonomia organizacional, de contratualização de objetivos, de responsabilização da equipa e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Enquanto contexto de prática clínica, a USF S. revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências em ESF, uma vez que a organização dos cuidados em equipas nucleares favorece a proximidade, a continuidade e o conhecimento longitudinal dos utentes e famílias. Nesse momento, a unidade acompanhava 8999 utentes inscritos, sendo cada utente acompanhado, preferencialmente, pelo seu enfermeiro de família, médico de família e secretário clínico. Esta organização permite uma resposta mais próxima e ajustada, reforçando a relação terapêutica e o acompanhamento ao longo do ciclo vital.

A existência de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, bem como a presença de enfermeiras especialistas em diferentes áreas, constituiu uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados. Esta diferenciação profissional permite uma resposta mais abrangente às necessidades dos utentes e das famílias, favorecendo a articulação entre saberes, a partilha de responsabilidades e uma abordagem mais integrada e ajustada às necessidades identificadas.

A USF S. assumia também uma dimensão formativa importante, recebendo médicos internos de formação especializada em Medicina Geral e Familiar, médicos internos de formação comum, estudantes de licenciatura em enfermagem e enfermeiros em formação especializada, nomeadamente na área da ESF e noutras áreas de especialidade. Este aspeto permitiu reconhecer a unidade não apenas como local de prestação de cuidados, mas também como espaço de aprendizagem, partilha e desenvolvimento profissional. Os contextos clínicos ensinam pela forma como se organizam, integram novos elementos e tornam visíveis os seus valores na prática diária.

Relativamente à acessibilidade, a unidade assegurava atividade assistencial em horário alargado na sede e mantinha resposta em quatro polos rurais, procurando garantir maior proximidade às populações geograficamente mais dispersas. Esta realidade permite refletir sobre a acessibilidade enquanto dimensão essencial dos CSP. Em ESF, a acessibilidade não se resume unicamente à possibilidade de marcar uma consulta; implica também que a pessoa e a família reconheçam o enfermeiro como profissional de referência, confiem na sua intervenção e encontrem resposta nos momentos em que necessitam.

A estrutura física da USF S. encontrava-se organizada de forma funcional, com áreas destinadas ao atendimento administrativo, consultas médicas e de enfermagem, tratamentos, saúde infantil, sala de reuniões e apoio aos profissionais. No entanto, a análise do contexto permitiu compreender que o verdadeiro espaço de ESF não se limita ao edifício ou aos gabinetes. A consulta, a sala de tratamentos, a sala de espera, o domicílio ou até uma conversa informal podem constituir momentos de avaliação e intervenção familiar, desde que exista intencionalidade clínica e um olhar atento sobre a pessoa, a família e o seu contexto.

O Plano de Ação da USF S. para 2025 revelou ainda uma preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contemplando áreas como a segurança dos utentes, a participação do cidadão, a satisfação dos utentes, a satisfação dos profissionais, a saúde infantil e juvenil e a realização de consultas de enfermagem no domicílio a utentes idosos. Estes eixos demonstram uma preocupação com a organização dos processos, a qualidade assistencial e a resposta às necessidades concretas da população.

No entanto, apesar desta organização favorecer a continuidade e a proximidade, a prática clínica em CSP continua marcada por desafios importantes. A dimensão dos ficheiros, a pressão assistencial, a diversidade de programas de saúde, a exigência dos indicadores e a necessidade de resposta a situações não programadas podem limitar o tempo disponível para uma intervenção familiar mais aprofundada. Esta tensão entre aquilo que a ESF preconiza e aquilo que as condições reais da prática permitem constituiu uma das dimensões mais relevantes da análise deste contexto.

## **2.2. Caracterização do Ficheiro do Enfermeiro de Família**

A caracterização do ficheiro do Enfermeiro de Família foi uma componente central destes estágios, uma vez que permitiu conhecer melhor a população acompanhada e compreender as necessidades de cuidados existentes. No momento da caracterização do ficheiro, realizada no primeiro estágio, este era composto por 1798 utentes, correspondentes a 849 agregados familiares. Este dado revela uma carga assistencial significativa e permite refletir sobre a complexidade da prática do enfermeiro de família nos CSP.

Numa visão mais administrativa, o ficheiro pode ser entendido como um conjunto de utentes atribuídos a um profissional. Contudo, em ESF, representa muito mais do que uma lista de nomes. Corresponde a um conjunto de famílias, em diferentes fases do ciclo vital, com necessidades, recursos, fragilidades, histórias e formas próprias de organização. Cada utente inscrito pertence a um sistema familiar e cada contacto pode constituir uma oportunidade para compreender melhor essa realidade.

A distribuição dos agregados familiares por número de elementos permitiu perceber a diversidade das famílias acompanhadas. Dos 849 agregados familiares, 354 eram constituídos por uma pessoa, 224 por duas pessoas, 139 por três pessoas, 102 por quatro pessoas e 30 por cinco ou mais elementos, existindo um agregado com treze elementos. Estes dados revelam diferentes estruturas familiares, exigindo do enfermeiro de família uma capacidade de adaptação constante.

As famílias unipessoais merecem particular atenção, pois podem estar associadas a situações de maior vulnerabilidade, sobretudo quando envolvem pessoas idosas, pessoas com doença crónica, isolamento social

ou menor suporte familiar. Nestes casos, o enfermeiro de família deve estar atento à autonomia da pessoa, à gestão do regime terapêutico, à existência de rede de apoio e à capacidade de pedir ajuda em situações de agravamento da condição de saúde.

As famílias constituídas por dois elementos também podem traduzir diferentes realidades, desde casais em fase ativa do ciclo vital a casais idosos, em que um elemento assume progressivamente o papel de cuidador do outro. Já os agregados familiares com maior número de elementos podem representar sistemas familiares mais complexos, onde coexistem diferentes gerações, múltiplas necessidades e diferentes papéis familiares. Nestes contextos, importa compreender quem cuida, quem decide, quem apoia, quem apresenta maior vulnerabilidade e de que forma a família se organiza perante a saúde, a doença ou as transições do ciclo vital.

A análise da pirâmide etária do ficheiro permitiu identificar uma população com tendência para o envelhecimento, acompanhando a realidade demográfica nacional. Esta característica tem implicações diretas na prática do enfermeiro de família, uma vez que o envelhecimento se associa frequentemente ao aumento da doença crónica, da dependência, da solidão, da necessidade de cuidados domiciliários e da sobrecarga dos cuidadores familiares.

Neste contexto, o envelhecimento não deve ser analisado apenas como um dado demográfico, mas como uma realidade que exige planeamento, proximidade e continuidade. O enfermeiro de família encontra-se numa posição privilegiada para acompanhar as pessoas idosas e as suas famílias, identificando precocemente alterações no estado de saúde, sinais de fragilidade, dificuldades na gestão terapêutica, risco de queda, necessidade de apoio social ou sobrecarga do cuidador.

A distribuição geográfica dos utentes inscritos no ficheiro revelou também aspetos importantes. Embora a maioria residisse na área de influência da USF, existiam utentes provenientes de diferentes freguesias e concelhos. Esta realidade pode traduzir mobilidade populacional, manutenção da inscrição por confiança na equipa de saúde ou ligação prolongada à unidade.

A caracterização dos utentes por programas de vigilância permitiu reconhecer as principais áreas de intervenção da enfermagem. No ficheiro analisado, destacavam-se 484 utentes em vigilância de Hipertensão Arterial, 208 em vigilância por Diabetes Mellitus, 368 em Planeamento Familiar, 365 em Rastreios Oncológicos, 362 em Saúde Infantil e Juvenil e 6 em Saúde Materna. Estes dados mostram a diversidade da prática do enfermeiro de família e a necessidade de acompanhar pessoas e famílias em diferentes fases do ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção.

A presença expressiva de utentes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus revelou o peso da doença crónica neste contexto. Estas situações exigem uma intervenção que vai além da monitorização da tensão arterial, do peso, do índice de massa corporal ou dos valores analíticos. A gestão da doença crónica acontece, em grande parte, no quotidiano da pessoa e da família, através da alimentação, da toma da medicação, da atividade física, da vigilância de sinais e sintomas e da capacidade de tomar decisões informadas.

Por este motivo, cuidar da pessoa com doença crónica implica também compreender a família que está à sua volta. Importa perceber quem prepara as refeições, quem organiza a medicação, quem acompanha às consultas, quem incentiva a adesão terapêutica e quem também pode estar cansado ou sobrecarregado. Esta leitura familiar permite ao enfermeiro intervir de forma mais próxima da realidade da pessoa e aumentar a possibilidade de obter ganhos em saúde.

Os programas de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreamentos Oncológicos reforçam a diversidade da intervenção do enfermeiro de família ao longo do ciclo vital. O nascimento de uma criança, a parentalidade, a adolescência, as decisões reprodutivas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a adesão aos rastreios são momentos que envolvem não apenas a pessoa individualmente considerada, mas também a sua família, as suas crenças, receios, experiências e recursos. Cada contacto pode, por isso, constituir uma oportunidade para informar, motivar, capacitar e envolver a pessoa e a sua rede familiar na promoção da saúde.

As intervenções de enfermagem mais frequentemente registadas no SClínico estavam muito relacionadas com a monitorização de parâmetros, avaliação de adesão à vacinação, vigilância de pensos, avaliação da gestão do regime terapêutico, avaliação da diabetes e prevenção de complicações. Estes registos são importantes para a continuidade dos cuidados e para a monitorização da prática. No entanto, também permitem refletir sobre a necessidade de tornar mais visível a intervenção familiar nos sistemas de informação.

Muitas vezes, aquilo que é registado corresponde ao ato realizado ou ao parâmetro avaliado, mas nem sempre traduz a totalidade do cuidado prestado. A educação para a saúde, a escuta ativa, a capacitação da família, a negociação de objetivos, o apoio ao cuidador ou a identificação de dificuldades familiares podem não ficar suficientemente evidentes nos registos, apesar de serem dimensões essenciais da prática do enfermeiro de família.

Assim, a caracterização do ficheiro permitiu compreender que os dados não são apenas números. São sinais que ajudam a identificar prioridades de intervenção, necessidades de continuidade, grupos mais vulneráveis

e oportunidades de cuidado. Para o EEESF, conhecer o ficheiro é conhecer a população, mas também reconhecer as famílias que existem por detrás de cada utente inscrito.

### **2.3. Consulta de Enfermagem e Resultados em Saúde**

A consulta de enfermagem constituiu um espaço privilegiado para observar e compreender a forma como a ESF se concretiza na prática. Embora muitas consultas estejam organizadas por programas de saúde, como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Vacinação ou Rastreios, cada contacto pode ser uma oportunidade para olhar para além da pessoa e compreender a família que a acompanha, influencia ou apoia.

Durante o estágio, verificou-se que a consulta de enfermagem não se limita à realização de procedimentos, avaliação de parâmetros ou cumprimento de programas. Estes elementos são importantes e fazem parte da qualidade e segurança dos cuidados, mas não esgotam a intervenção do enfermeiro de família. A consulta permite conhecer hábitos, rotinas, dificuldades, cuidadores, relações familiares, recursos e fragilidades. Permite também perceber como a pessoa vive a sua situação de saúde e de que forma a família participa nesse processo.

Esta perceção foi evidente nas consultas relacionadas com a doença crónica, nas quais a monitorização da tensão arterial, do peso ou da glicemia pode parecer, à primeira vista, uma intervenção centrada apenas no indivíduo. No entanto, quando se questiona sobre a alimentação, a medicação, a atividade física, o apoio em casa ou as dificuldades sentidas, percebe-se que a gestão da doença envolve a família e o contexto de vida da pessoa.

Do mesmo modo, nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, o foco não se limita à criança ou ao jovem. Está também nos pais, cuidadores, relações familiares, preocupações, estilos educativos, rotinas e recursos disponíveis. A avaliação do crescimento e desenvolvimento, a vacinação, a prevenção de acidentes ou a promoção de hábitos saudáveis são mais eficazes quando integram a família como parceira dos cuidados.

A consulta de enfermagem permite, assim, acompanhar famílias em diferentes fases do ciclo vital e em diferentes momentos de transição. A gravidez, o nascimento de um filho, a adolescência, o envelhecimento, a doença crónica, a dependência ou o luto são exemplos de situações que podem exigir reorganização familiar. O enfermeiro de família, pela proximidade e continuidade, pode identificar estas transições e apoiar a família na adaptação às novas exigências.

A análise dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem permitiu reconhecer resultados positivos em várias áreas assistenciais da USF S., nomeadamente no acompanhamento da doença crónica, vacinação, rastreios, saúde infantil, domicílios e utilização das consultas de enfermagem. Estes resultados traduzem organização da equipa, compromisso com a qualidade dos cuidados e capacidade de resposta às necessidades da população. Contudo, esta análise conduziu também a uma reflexão crítica sobre a forma como a prática de enfermagem é medida, registada e valorizada.

Esta reflexão foi reforçada por trabalhos desenvolvidos ao longo do percurso de estágio, centrados na análise crítica da prática de registos eletrónicos de enfermagem nos CSP e na sua relação com os indicadores de desempenho. Estes trabalhos permitiram evidenciar que os registos tendem a concentrar-se em intervenções mais observacionais e mensuráveis, enquanto dimensões como cuidar, ensinar, gerir, capacitar a família, apoiar cuidadores ou acompanhar processos de adaptação permanecem menos representadas nos sistemas formais de documentação.

Esta constatação assume particular relevância em ESF, uma vez que grande parte da intervenção do enfermeiro de família acontece na relação, na continuidade, na escuta, na educação para a saúde, na negociação de objetivos, na identificação de recursos e no apoio às transições familiares. Embora estas dimensões sejam essenciais para a qualidade dos cuidados, nem sempre são facilmente traduzidas em indicadores ou registadas de forma suficientemente visível nos sistemas de informação.

Neste sentido, os registos de enfermagem não devem ser entendidos apenas como uma exigência administrativa ou como forma de alimentar indicadores. Registrar é também dar visibilidade ao pensamento clínico, às intervenções realizadas e aos resultados obtidos. Quando a intervenção familiar não fica devidamente documentada, corre o risco de permanecer invisível, mesmo quando constitui uma parte essencial do cuidado prestado.

Assim, um dos desafios atuais da ESF passa por aproximar aquilo que se faz, aquilo que se regista e aquilo que é valorizado pelos sistemas de avaliação. O enfermeiro de família trabalha com pessoas, mas também com famílias, contextos, relações e transições. Esta complexidade precisa de ser reconhecida nos registos, nos indicadores e na avaliação dos resultados em saúde, sob pena de a prática familiar permanecer parcialmente invisível nos sistemas formais de monitorização.

O estágio na USF S. permitiu ainda refletir sobre os constrangimentos da prática clínica. Apesar da relevância da abordagem familiar, nem sempre existem condições ideais para a desenvolver com a profundidade desejada. A pressão assistencial, o número elevado de utentes e famílias, a necessidade de resposta a

consultas programadas e não programadas, a exigência dos registos e a orientação para os indicadores podem limitar o tempo disponível para uma intervenção familiar mais sistematizada.

Ainda assim, a análise deste contexto permitiu perceber que a ESF não depende apenas de consultas longas ou de momentos formalmente destinados à avaliação familiar. Depende, sobretudo, da intencionalidade do olhar do enfermeiro. Mesmo em contactos breves, é possível identificar quem cuida, quem precisa de apoio, que recursos existem, que dificuldades persistem e que oportunidades de intervenção podem ser mobilizadas.

Esta aprendizagem assumiu particular relevância no percurso formativo, uma vez que permitiu atribuir novo significado a práticas já presentes no quotidiano profissional. Muitas intervenções realizadas nos CSP, quando revisitadas à luz da formação especializada, deixam de ser vistas apenas como atos assistenciais e passam a ser compreendidas como oportunidades de avaliação, intervenção e capacitação familiar.

A USF S. constituiu, por isso, um contexto de aprendizagem muito significativo. Pela sua organização, pela equipa, pela população acompanhada e pelo significado que Évora representa no percurso profissional desenvolvido até ao momento, permitiu construir uma leitura simultaneamente objetiva e pessoal. Objetiva, porque sustentada nos dados da unidade, do ficheiro, dos programas de vigilância e dos indicadores. Pessoal, porque atravessada pela memória do início profissional e pela consciência do caminho percorrido.

O regresso a Évora representou mais do que o retorno a um território previamente conhecido. Constituiu uma oportunidade para visitar um ponto de partida profissional com outro olhar, reconhecendo que os contextos mudam, as equipas evoluem, os modelos organizacionais se transformam e os próprios profissionais se reconstróem ao longo do tempo.

Deste modo, a caracterização da USF S., do ficheiro do enfermeiro de família e da consulta de enfermagem permitiu compreender melhor a complexidade do contexto da prática clínica em ESF. Os dados recolhidos contribuíram para conhecer a população acompanhada, mas também para refletir sobre os desafios da organização dos cuidados, sobre a visibilidade da intervenção de enfermagem e sobre a importância de olhar para cada pessoa como parte de uma família.

Esta análise reforçou a ideia de que a ESF se constrói na proximidade, na continuidade e na capacidade de transformar cada contacto numa oportunidade de cuidado. Mostrou também que a qualidade da prática não depende apenas do que o enfermeiro faz, mas também da forma como esse cuidado é documentado, reconhecido e valorizado nos sistemas de informação e nos indicadores de saúde. O contexto de prática clínica

não foi, por isso, apenas o local onde se desenvolveram atividades. Foi um espaço de reflexão, confronto, crescimento e consolidação da identidade profissional como futura enfermeira especialista em ESF.

### **3. Desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Familiar**

A caracterização do contexto da prática clínica permitiu compreender a organização da USF S., a população acompanhada, a dinâmica da consulta de enfermagem e os desafios associados à visibilidade da intervenção familiar nos registos e indicadores. A partir desta leitura, torna-se possível refletir sobre o modo como esse contexto contribuiu para o desenvolvimento das competências especializadas em ESF.

O presente capítulo reflete esse percurso, articulando a experiência profissional prévia, a prática clínica desenvolvida nos estágios e os referenciais que sustentam a especialidade. Mais do que enumerar atividades, pretende-se evidenciar como as competências comuns e específicas foram sendo mobilizadas de forma integrada, contribuindo para uma prática mais fundamentada, reflexiva e centrada na família enquanto unidade de cuidados.

#### **3.1. Da experiência profissional à prática especializada centrada na família**

O desenvolvimento das competências do EEESF não se resume à aquisição de novos conhecimentos ou à execução de atividades diferenciadas. Traduz-se, sobretudo, numa reorganização progressiva da forma de compreender o cuidado: deixar de observar apenas a pessoa que se apresenta no contacto assistencial e passar a situá-la no seu sistema familiar, nas suas relações, nas suas transições, nos seus recursos e nas suas vulnerabilidades.

Ao longo deste percurso formativo, a consolidação das competências especializadas ocorreu de forma particularmente significativa em contexto de prática clínica na USF S. Este contexto constituiu um espaço privilegiado para articular a experiência profissional previamente adquirida enquanto enfermeira de família com os referenciais teóricos, científicos e regulamentares da ESF. A experiência clínica permitiu compreender que a especialização não significa apenas fazer mais, mas cuidar com maior profundidade, consciência crítica, sustentação científica e sentido terapêutico.

O Regulamento n.º 395/2025 reforça que o título de EE reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela OE. Neste enquadramento, as competências comuns do EE constituem uma base transversal a todas as áreas de especialidade, expressando-se nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por sua vez, as competências específicas do EEESF centram-se no cuidado à família como foco da intervenção especializada, bem como na liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF.

Embora as competências comuns e específicas se encontrem regulamentarmente organizadas em diferentes domínios, optou-se por uma análise integrada e reflexiva, por se considerar que, na prática clínica, estas competências se mobilizam de forma simultânea e interdependente. A responsabilidade ética, a tomada de decisão, a gestão dos cuidados, a qualidade, a investigação, a relação terapêutica, a avaliação familiar e a articulação com a equipa coexistem no mesmo gesto profissional. Por esse motivo, este capítulo valoriza o percurso realizado e o modo como a prática na USF S. contribuiu para a construção de uma identidade profissional especializada.

A USF S., enquanto contexto de CSP, permitiu observar a família na sua expressão quotidiana: nas consultas programadas, nos contactos por doença aguda, nos programas de vigilância de saúde, nas visitas domiciliárias, na gestão da doença crónica, na saúde infantil e juvenil, na saúde materna, no planeamento familiar, no envelhecimento, na dependência, na vacinação, nos rastreios e na articulação com outros recursos da comunidade. Cada contacto, mesmo quando aparentemente centrado num indivíduo, tornou-se uma oportunidade para reconhecer a presença da família, ainda que nem sempre fisicamente presente.

Assim, este percurso permitiu atribuir novo significado à prática habitual. A consulta deixou de ser apenas um momento de vigilância, ensino ou registo; passou a constituir também um espaço de leitura familiar, de identificação de forças, de compreensão de papéis, de avaliação de redes de suporte, de reconhecimento de transições e de negociação de estratégias de cuidado. Esta evolução da perspetiva clínica constituiu um dos principais ganhos do percurso formativo.

A especialização foi, por isso, vivida como um processo de aprofundamento da experiência profissional. O saber fazer, construído ao longo dos anos de exercício clínico, foi progressivamente ampliado por um saber cuidar mais consciente, apoiado em referenciais teóricos, evidência científica, responsabilidade ética e pensamento crítico. Neste movimento, a família deixou de ser entendida apenas como contexto da pessoa cuidada e passou a ser reconhecida como foco, parceira e recurso no processo de cuidados.

### **3.2. A prática clínica como lugar de integração de competências**

A consolidação das competências especializadas na USF S. desenvolveu-se num contexto marcado pela proximidade, continuidade e responsabilidade pelo acompanhamento das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital. A organização dos cuidados em USF favorece uma relação longitudinal entre enfermeiro, pessoa e família, permitindo uma compreensão mais ampla das necessidades, recursos, padrões de utilização dos cuidados e dinâmicas familiares.

No exercício da ESF, a continuidade dos cuidados adquire especial relevância. O contacto repetido com os utentes permite conhecer a sua história clínica, mas também a sua história familiar, os seus contextos de vida, as suas estratégias de adaptação, as dificuldades de adesão, as redes de apoio e os acontecimentos que vão marcando o ciclo vital. Esta continuidade cria condições para que o EE desenvolva uma intervenção mais ajustada, menos episódica e mais centrada nos processos de vida das famílias.

Na USF S., a consolidação das competências comuns tornou-se visível na forma como a prática foi sendo orientada por princípios éticos, responsabilidade profissional, segurança, qualidade e melhoria contínua. A avaliação familiar, a utilização de informação clínica, a discussão de situações com a equipa e a continuidade dos cuidados exigiram uma atenção constante à confidencialidade, ao sigilo profissional, ao respeito pela autonomia da pessoa e da família, ao consentimento e à proteção da dignidade humana. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal esteve, por isso, presente em todos os momentos da prática, não como uma dimensão isolada, mas como fundamento da relação terapêutica e da tomada de decisão.

A melhoria contínua da qualidade foi consolidada através da análise do funcionamento da unidade, da valorização dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, da identificação de necessidades de melhoria, da reflexão sobre os registos e da participação na organização dos cuidados. A prática especializada exige que o enfermeiro não se limite a cumprir procedimentos, mas que questione a adequação das respostas, identifique oportunidades de melhoria e contribua para a segurança e efetividade dos cuidados. Esta dimensão aproxima a prática clínica da governação clínica, tornando o EE um profissional capaz de intervir não apenas junto das famílias, mas também nos processos organizacionais que influenciam a qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados foi igualmente desenvolvida na organização das prioridades assistenciais, na articulação com os diferentes elementos da equipa multiprofissional e na mobilização de recursos internos e externos à unidade. Em CSP, muitas necessidades familiares não se resolvem num único contacto, nem dependem apenas do enfermeiro. Exigem articulação com a equipa médica, secretariado clínico, UCC, ECCI, assistente social, RNCCI, saúde escolar, unidades hospitalares e outros recursos comunitários. Esta articulação exige capacidade de leitura do contexto, comunicação eficaz, tomada de decisão fundamentada e gestão da continuidade dos cuidados.

Foi neste contexto que a família se tornou progressivamente mais visível no cuidado. Uma das aprendizagens mais significativas deste percurso foi compreender que a família não surge apenas quando acompanha o utente à consulta. A família está presente nas decisões, nas rotinas, na adesão terapêutica, na alimentação, na gestão do regime terapêutico, na organização dos cuidados, no apoio emocional, nas crenças de saúde, na

capacidade de adaptação e nos limites de cada pessoa. Mesmo quando o contacto assistencial ocorre apenas com um dos seus membros, a família influencia e é influenciada pelo processo de saúde-doença.

A Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária reforça que o EEESF concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseada nas forças da pessoa, da família e da comunidade, assumindo a família como unidade de cuidados. Esta perspetiva foi essencial para consolidar uma prática em que a família passou a ser compreendida como parceira no cuidado e não apenas como recurso informal ou acompanhante do utente.

Na USF S., a competência de cuidar a família como unidade de cuidados foi sendo consolidada através da avaliação das famílias nas suas dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais, da identificação de transições normativas e acidentais, da análise das redes de apoio e da compreensão dos recursos e dificuldades familiares. O Regulamento n.º 428/2018 explicita que o EE deve colher dados pertinentes sobre o estado de saúde da família, utilizar instrumentos de avaliação familiar, identificar crenças, cultura, pontos fortes e fragilidades, monitorizar respostas familiares e desenvolver uma prática especializada baseada na evidência científica.

Neste percurso, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar revelou-se particularmente útil, por permitir uma avaliação estruturada da família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. A Tomada de Posição n.º 01/2023 considera este modelo como referencial teórico para o desenvolvimento de competências especializadas na prática clínica, salientando o seu contributo para um olhar sistémico sobre a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar. A utilização de instrumentos como o genograma e o ecomapa permitiu tornar mais visíveis as relações, os vínculos, as redes de suporte e os sistemas com os quais a família interage.

A aplicação do processo de enfermagem à família constituiu uma das experiências mais significativas deste percurso, por permitir transformar os referenciais teóricos em tomada de decisão clínica estruturada. No âmbito do segundo estágio, foi desenvolvido um estudo de caso familiar, sustentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que possibilitou avaliar a família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, identificar necessidades, recursos e forças familiares, formular focos de atenção, planear intervenções e refletir sobre os resultados esperados.

Este estudo de caso permitiu compreender que o processo de enfermagem, quando aplicado à família, não se limita à identificação de problemas individuais. Exige uma leitura sistémica da realidade familiar, considerando a forma como os seus membros se relacionam, comunicam, distribuem papéis, mobilizam recursos e se

adaptam às transições vividas. A utilização do genograma e do ecomapa revelou-se particularmente importante, por permitir representar visualmente a estrutura familiar, os vínculos significativos, as redes de apoio e os sistemas externos que influenciam a vida da família.

A construção do processo de enfermagem à família permitiu articular **a colheita e análise de dados**, a identificação de focos de atenção, **o** planeamento, **a** intervenção e **a** avaliação dos resultados, reforçando a importância de uma prática estruturada, sustentada e centrada na família como foco dos cuidados. Mais do que um exercício académico, este trabalho constituiu uma oportunidade para desenvolver competências de avaliação familiar, tomada de decisão clínica, comunicação terapêutica, capacitação da família e reflexão crítica sobre a intervenção do EE.

Pela sua natureza, o estudo de caso exigiu também atenção aos princípios éticos e deontológicos, nomeadamente à confidencialidade, ao respeito pela privacidade, à proteção da identidade da família e à utilização responsável da informação clínica. Esta dimensão reforçou a articulação entre as competências comuns do EE e as competências específicas da ESF, demonstrando que a avaliação e intervenção familiar exigem simultaneamente rigor técnico, sensibilidade relacional e responsabilidade ética. O estudo de caso encontra-se apresentado de forma anonimizada no Apêndice I.

A mobilização destes referenciais permitiu reorganizar a forma de pensar os cuidados. Perante uma pessoa com doença crónica, por exemplo, a intervenção passou a considerar não apenas o controlo clínico da doença, mas também quem prepara as refeições, quem acompanha às consultas, quem compreende a terapêutica, quem identifica sinais de agravamento, quem apoia a mudança de estilos de vida e quem se encontra em risco de sobrecarga. Perante uma criança em vigilância de saúde infantil, a atenção deixou de se centrar apenas no desenvolvimento infantil, passando também a integrar a adaptação parental, a organização familiar, as relações de apoio e as necessidades de capacitação dos cuidadores.

Também nas situações de dependência, envelhecimento ou transição para o papel de cuidador, a abordagem familiar revelou-se essencial. A avaliação da família permitiu compreender a distribuição de papéis, a existência ou fragilidade da rede de suporte, a capacidade de adaptação, os sinais de sobrecarga e as necessidades de informação ou referenciação. Esta leitura sistémica favoreceu intervenções mais ajustadas, orientadas para a capacitação familiar e para a promoção da autonomia possível.

A relação terapêutica foi outro elemento central. Cuidar das famílias exige tempo, disponibilidade, escuta, respeito pelas crenças, reconhecimento das forças e capacidade para negociar objetivos realistas. A relação enfermeiro/família constrói-se numa lógica de parceria, na qual a família participa na identificação dos

problemas, na definição de prioridades e na construção do plano de cuidados. Esta abordagem permitiu compreender que o cuidado especializado não se impõe à família, mas que se constrói com ela.

A monitorização e avaliação das respostas familiares às intervenções constituíram uma dimensão igualmente relevante. O Regulamento n.º 428/2018 salienta a importância de documentar o processo de cuidados, integrar saúde, família e ambiente, avaliar a eficácia dos cuidados e incorporar a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de ESF. Na prática, esta dimensão confrontou-se com uma dificuldade ainda presente nos CSP: a limitação dos sistemas de informação para registar, de forma plena, a avaliação e intervenção familiar. A experiência permitiu reconhecer que os registos em SClínico continuam muito centrados no indivíduo, exigindo maior investimento na visibilidade da família enquanto foco dos cuidados.

Apesar destas limitações, a utilização dos instrumentos disponíveis e a valorização do pensamento clínico familiar permitiram reforçar a intencionalidade da prática. O registo deixou de ser visto apenas como uma exigência administrativa e passou a ser compreendido como instrumento de continuidade, segurança, comunicação e visibilidade dos cuidados de enfermagem.

A prática clínica permitiu ainda consolidar a competência de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF. O Regulamento n.º 428/2018 descreve esta competência como a capacidade de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família, incluindo a colaboração interdisciplinar, a referenciação, a continuidade dos cuidados e a utilização de sistemas de informação para melhorar os resultados em saúde familiar.

Esta competência foi particularmente evidente na prática desenvolvida na USF S., **uma vez que nos** CSP as necessidades das famílias são frequentemente complexas e atravessam diferentes níveis de intervenção. Uma família pode necessitar de acompanhamento clínico, apoio social, ensino sobre cuidados, adaptação do domicílio, referenciação para a RNCCI, articulação com a ECCI, intervenção da UCC, encaminhamento hospitalar, apoio psicológico ou acompanhamento em saúde escolar. O EE deve, por isso, conhecer os recursos disponíveis, compreender os circuitos de referenciação e promover a continuidade dos cuidados.

A liderança em ESF não se reduz a uma posição hierárquica. Expressa-se na capacidade de influenciar positivamente a equipa, promover uma visão centrada na família, incentivar a utilização adequada dos instrumentos de avaliação familiar, valorizar os registos, apoiar a tomada de decisão e colaborar na resolução de situações complexas. Trata-se de uma liderança clínica, próxima, muitas vezes discreta, mas determinante para a melhoria dos cuidados.

Na USF S., esta liderança traduziu-se na participação na dinâmica assistencial da unidade, na colaboração com a equipa multiprofissional, na partilha de conhecimento, na reflexão sobre situações familiares complexas e na identificação de oportunidades de melhoria. A articulação com outras equipas e instituições permitiu compreender que a continuidade dos cuidados depende da qualidade da comunicação, da clareza dos objetivos, do consentimento da família e da capacidade de integrar diferentes respostas num plano coerente.

A melhoria da qualidade dos cuidados esteve igualmente presente na análise de indicadores, na valorização da segurança dos utentes, na reflexão sobre procedimentos e na preocupação com a adequação dos registos. A experiência do estágio permitiu perceber que a qualidade não é um conceito abstrato; está presente na forma como se agenda, convoca, regista, referencia, comunica, acompanha e avalia. Está também presente na forma como a equipa interpreta os resultados e transforma os dados em oportunidades de melhoria.

Neste sentido, a prática especializada permitiu articular as competências comuns com as específicas. A gestão dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade e a responsabilidade ética estiveram diretamente ligadas à intervenção junto das famílias. Por exemplo, referenciar uma família para outro recurso exige conhecimento técnico, mas também respeito pela autonomia, consentimento informado, proteção de dados, comunicação eficaz e garantia de continuidade. Do mesmo modo, intervir numa situação de cuidador sobrecarregado exige avaliação familiar, decisão ética, articulação interprofissional e mobilização de recursos.

A colaboração com a equipa constituiu, por isso, um elemento estruturante do desenvolvimento das competências. A partilha informal de situações, a reflexão conjunta sobre necessidades familiares, a discussão de estratégias e a promoção de uma cultura de cuidados centrados na família contribuíram para consolidar uma prática mais sustentada e mais coerente com os pressupostos da ESF.

### **3.3. Da evidência à transformação da prática**

O desenvolvimento das competências especializadas não se esgotou na prática clínica realizada na USF S. Foi sendo reforçado por um percurso de aprendizagem contínua, investigação, reflexão e disseminação do conhecimento. A prática baseada na evidência (PBE) constituiu uma dimensão essencial do exercício especializado, não apenas enquanto consulta de literatura científica, mas enquanto atitude profissional permanente: questionar a prática, procurar fundamentação, avaliar resultados, partilhar conhecimento e contribuir para a melhoria dos cuidados.

A Tomada de Posição n.º 01/2023 reforça que o EEESF desenvolve competências especializadas utilizando a investigação e a PBE para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na

família. Esta orientação foi particularmente relevante no percurso desenvolvido, uma vez que a componente clínica, académica e investigativa se articulou de forma progressiva.

Ao longo de 2025 e 2026, a frequência de formações, a participação em eventos científicos, a realização de comunicações orais e pósteres e a colaboração em publicações constituíram momentos relevantes de consolidação das aprendizagens profissionais. Estas atividades evidenciam o investimento realizado na atualização profissional, na PBE, na comunicação científica e na disseminação do conhecimento em ESF.

Mais do que acumular atividades formativas ou científicas, este percurso permitiu aprofundar diferentes dimensões da prática especializada. As formações realizadas contribuíram para a atualização de conhecimentos em áreas como feridas, diabetes, vacinação, assistência pré-natal, luto, ética, gestão, investigação, interculturalidade e comunicação, reforçando competências relacionadas com a segurança, a qualidade, a tomada de decisão clínica, a continuidade dos cuidados e a sensibilidade às necessidades das pessoas e famílias.

A participação em eventos científicos permitiu contactar com evidência atual, práticas inovadoras e experiências diversificadas em ESF, CSP, enfermagem comunitária e gestão dos cuidados. Estes momentos favoreceram a reflexão crítica sobre a consolidação da especialidade, a tomada de decisão clínica, a qualidade dos contextos de prática, a continuidade dos cuidados e a valorização dos registos especializados como instrumento de visibilidade profissional.

As comunicações científicas e publicações desenvolvidas permitiram transformar experiências clínicas, dúvidas da prática e áreas de melhoria em conhecimento partilhado. Temas como a avaliação familiar pelo Modelo Calgary, a capacitação da família cuidadora, a comunicação familiar, a gestão familiar da doença crónica, os registos de enfermagem, a vacinação, a adolescência, a parentalidade e o luto demonstram a articulação entre prática clínica, reflexão ética, investigação e disseminação do conhecimento. Esta produção contribuiu para consolidar competências de análise crítica, escrita académica, comunicação científica e fundamentação da intervenção familiar.

Neste percurso, os trabalhos relacionados com os registos de enfermagem assumiram particular relevância. A reflexão sobre os registos eletrónicos e a sua relação com os indicadores de desempenho permitiu compreender que a visibilidade da ESF depende não apenas do cuidado prestado, mas também da forma como esse cuidado é documentado, monitorizado e valorizado. Esta análise reforçou a importância dos registos como instrumento de continuidade, segurança, qualidade e reconhecimento da complexidade dos cuidados dirigidos à família.

Também os trabalhos centrados no Modelo Calgary, na capacitação da família cuidadora, na transição para a parentalidade e no luto permitiram aprofundar a compreensão da família como unidade de cuidados. Estes contributos favoreceram uma leitura mais sistémica da prática, permitindo relacionar avaliação familiar, identificação de forças, transições, redes de apoio, comunicação e planeamento de intervenções ajustadas à realidade de cada família.

A investigação desenvolvida no âmbito deste relatório, centrada no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, articulou-se com este percurso formativo e científico. A experiência clínica na USF S., a reflexão sobre os registos, a participação em eventos e a produção de trabalhos científicos contribuíram para consolidar uma postura mais crítica perante a realidade dos cuidados: não basta reconhecer que a família é importante; é necessário compreender de que forma essa importância se expressa, se regista, se valoriza e se integra na prática clínica quotidiana.

Neste sentido, a PBE permitiu sustentar decisões clínicas, orientar intervenções, reforçar a capacitação das famílias e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. A investigação não surgiu como uma dimensão separada da prática, mas como uma forma de compreender melhor a realidade, questionar rotinas, fundamentar decisões e projetar melhorias futuras. Assim, cuidar, investigar, refletir e partilhar conhecimento foram dimensões que se complementaram no desenvolvimento do percurso especializado.

As competências comuns estiveram presentes como base ética, legal, organizacional, científica e relacional da prática especializada. A responsabilidade profissional, ética e legal sustentou a tomada de decisão e a relação com as famílias; a melhoria contínua da qualidade orientou a análise dos cuidados, dos registos e dos indicadores; a gestão dos cuidados permitiu articular recursos e promover continuidade; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais reforçou a formação contínua, a PBE, a investigação e a disseminação do conhecimento.

As competências específicas deram identidade à prática especializada em ESF. Cuidar a família como unidade de cuidados exigiu desenvolver uma visão sistémica, utilizar instrumentos de avaliação familiar, compreender transições, identificar recursos e fragilidades, promover capacitação e construir planos de cuidados em parceria com o sistema familiar. Liderar e colaborar nos processos de intervenção exigiu mobilizar recursos, articular equipas, promover continuidade, valorizar os sistemas de informação e contribuir para uma cultura organizacional mais sensível à família.

A consolidação das competências do EEESF representou, assim, um percurso de crescimento profissional, académico e pessoal. Mais do que cumprir um conjunto de competências regulamentares, este percurso

permitiu aprofundar uma forma de estar na profissão: mais reflexiva, mais sistémica, mais sustentada e mais orientada para a família como foco do cuidado.

A USF S. constituiu, neste sentido, um contexto de consolidação e transformação. A prática clínica diária permitiu reconhecer que cada consulta, cada contacto, cada visita domiciliária e cada discussão em equipa pode constituir uma oportunidade para tornar a família mais visível nos cuidados. A experiência permitiu ainda compreender que a especialização não substitui a experiência profissional anterior; aprofunda-a, reorganiza-a e confere-lhe maior intencionalidade científica, ética e relacional.

Este percurso permitiu, assim, passar de uma prática em que a família era frequentemente considerada como contexto do utente para uma prática em que a família é reconhecida como parceira, recurso, foco e unidade de cuidados. Esta mudança não acontece de forma automática. Exige conhecimento, disponibilidade, reflexão, instrumentos, registos, liderança, evidência e compromisso com a qualidade. Foi neste movimento, entre a prática clínica, a teoria, a investigação e a reflexão, que se consolidou a construção da identidade profissional enquanto futura EEESF.

As atividades formativas e científicas desenvolvidas neste período encontram-se sistematizadas no Apêndice II, organizadas em formação contínua, participação em eventos científicos, comunicações científicas e publicações, evidenciando o investimento realizado na atualização profissional, na produção científica e na disseminação do conhecimento em Enfermagem.

## 4. Prática Especializada Baseada na Evidência

O desenvolvimento das competências especializadas, analisado no capítulo anterior, evidenciou a importância de uma prática clínica sustentada em conhecimento científico, reflexão crítica e tomada de decisão fundamentada. Em ESF, esta exigência assume particular relevância, uma vez que o cuidado dirigido à família requer a integração entre evidência científica, experiência profissional, valores da pessoa e da família, recursos disponíveis e contexto onde os cuidados são prestados.

Neste sentido, a prática especializada baseada na evidência não se limita à aplicação de resultados de investigação à prática clínica. Constitui uma forma de pensar e agir profissionalmente, que implica questionar a realidade, identificar problemas relevantes, procurar conhecimento atualizado, analisar criticamente a evidência disponível e mobilizá-la na melhoria dos cuidados. A investigação surge, assim, como um elemento estruturante da prática especializada, permitindo aprofundar o conhecimento disciplinar e sustentar decisões clínicas mais seguras, intencionais e ajustadas às necessidades das pessoas e famílias.

A investigação científica, segundo Vilelas (2022), caracteriza-se pela procura das possíveis causas de um acontecimento, para compreender a realidade, o que nos permite, assim, obter novos conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros e organizados. Esta perspetiva vai ao encontro de Fortin (1999, pág.31), que refere que “a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados”. Também a OE reconhece a investigação como elemento central para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Assim, a enfermagem, enquanto disciplina científica, exige a produção e renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, processo que se concretiza através da investigação, permitindo identificar saberes específicos e sustentar o desenvolvimento da PBE (OE, 2006).

Em Portugal, a prática de enfermagem baseada na evidência encontra suporte institucional na OE, por meio de orientações técnico-científicas, da promoção de boas práticas e da regulamentação do exercício profissional. Em conformidade com os Regulamentos 428/2018 e 140/2019 da OE, o EEESF “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (D2) e “Suporta a prática clínica em evidência científica” (D2.2).

A PBE assenta na integração de três elementos fundamentais: a melhor evidência científica disponível, a experiência e o juízo clínico do enfermeiro, e as necessidades, valores e preferências da pessoa e da família. Esta integração permite promover cuidados mais seguros, informados, personalizados e coerentes com o contexto em que são prestados (ICN, 2012).

Desta forma, a PBE constitui uma resposta indispensável aos desafios atuais dos cuidados de saúde, ao oferecer um método estruturado para selecionar, analisar e aplicar o conhecimento científico mais adequado à prática clínica.

Em 2020, a OE sustentou que a PBE é determinante para o progresso profissional e para a valorização da investigação. Com destaque, ainda, para o recurso sistemático à pesquisa como base para decisões clínicas informadas e para a melhoria da qualidade dos cuidados. No mesmo sentido, Pinto e Mota (2023) referem que a PBE "é essencial para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, além de promover o empoderamento dos enfermeiros".

Acresce que a utilização de uma abordagem baseada na evidência permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa abordagem para a prática, mantendo-nos responsáveis. Isto porque, torna possível analisar a prática desenvolvida e procurar novos modos de fazer as coisas, mais eficazes e eficientes, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar (OE, 2012). Assim, a PBE está associada a cuidados de maior qualidade, mais seguros e com melhores resultados e constitui uma via para exercer a profissão com um elevado grau de excelência. Esta perspetiva encontra-se em consonância com as orientações do Plano Nacional de Saúde 2030, que enfatiza a informação, comunicação, ciência, conhecimento e inovação como pilares fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais sustentável, capaz de responder às necessidades de saúde da população (DGS, 2022).

Neste enquadramento, a componente de investigação integrada neste relatório constituiu uma oportunidade para aprofundar a prática especializada baseada na evidência, articulando o percurso clínico, o referencial da ESF e a necessidade de produzir conhecimento sobre a integração da família nos cuidados de enfermagem. Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, integrado no projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.

#### **4.1. Projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem**

O projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem constitui o enquadramento de referência da presente investigação, ao centrar-se na valorização da família como foco de atenção dos cuidados de enfermagem. A sua pertinência decorre da crescente relevância atribuída à integração da família no processo de cuidar, bem como a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as atitudes dos enfermeiros face a esta dimensão do cuidar (Frade et al., 2021; Ferreira & Kraus, 2023). Pela sua relevância para a compreensão da componente investigativa desenvolvida neste relatório, o projeto encontra-se apresentado em anexo (Anexo I)

Este protocolo de investigação foi promovido pelo ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologia e Cuidados de Saúde, unidade de investigação multidisciplinar do IPL. Este centro dedica-se ao desenvolvimento do conhecimento e da inovação em saúde, numa abordagem multidisciplinar, interprofissional e tecnologicamente sustentada. A sua organização em áreas como a promoção da saúde e cuidados e a inovação em tecnologia clínica, constitui um enquadramento científico relevante para estudos na área de enfermagem e da saúde familiar.

Considerando que grande parte do trabalho dos enfermeiros se desenvolve em momentos de transição (Meleis, 2010), este projeto visa desenvolver investigação sobre os processos de transição no âmbito do cuidado de enfermagem às famílias, ao longo das diferentes etapas do ciclo vital e tem como objetivos:

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

Esta investigação é coordenada pelos Professores João Frade (PhD, MPH, RN) e Carolina Miguel Graça Henriques (Pós-Doc, PhD, Msc, RN), ambos da ESSLei, que contam com a colaboração de uma equipa de investigação composta pelos estudantes de enfermagem da formação pré-graduada e pós-graduada, na qual me insiro, bem como outros docentes que colaboram ou venham a colaborar no projeto.

O projeto 'CuidarFam', iniciado em janeiro de 2018 e com conclusão prevista para 2026, encontra-se estruturado em diferentes fases que contemplam: Fase I: Revisão Sistemática da Literatura; Fase II: (Re)validação do instrumento e sua aplicação; Fase III: Avaliação dos resultados, sua análise e discussão; Fase IV: Elaboração do relatório final.

No âmbito da Fase II do projeto foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por uma primeira parte relativa a dados sociodemográficos e profissionais e uma segunda parte com a aplicação da Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE) (Barbiéri, MC et al, 2009). Devido à sua adequação ao objeto da presente investigação, este instrumento foi replicado neste estudo, servindo de base à recolha de dados.

É neste contexto que se insere o presente estudo, centrado na análise comparativa da importância atribuída às famílias nos cuidados de enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros, em dois contextos distintos: Ovar e Évora. Esta opção permitiu articular o percurso profissional e formativo da investigadora com uma problemática central da ESF: compreender de que modo a família é reconhecida, valorizada e integrada no mapa quotidiano dos cuidados.

## **4.2. Metodologia de Investigação**

A metodologia científica compreende o conjunto de etapas e procedimentos que orientam o processo de investigação, conferindo-lhe rigor, clareza e coerência na definição do percurso metodológico adotado (Vilelas, 2022). Neste sentido, segue o delineamento metodológico da presente investigação.

### **4.2.1. Delineamento do Estudo**

A presente investigação enquadra-se numa abordagem quantitativa, uma vez que assenta na recolha e análise de dados numéricos com recurso à estatística; caracteriza-se como descritiva por visar a caracterização do nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem; analítica por permitir a exploração de diferenças e fatores associados; correlacional ao procurar identificar associações entre variáveis; comparativa por estudar dois contextos distintos recorrendo a procedimentos idênticos; e transversal dado que os dados foram recolhidos num único momento temporal (Vilelas, 2022; Santos & Lima, 2019), embora a recolha tenha ocorrido em períodos distintos em Ovar e Évora .

A opção pelo delineamento comparativo fundamentou-se no interesse em analisar esta realidade em dois contextos geograficamente distintos. A escolha de Ovar e Évora prende-se também ao percurso profissional e formativo da investigadora, uma vez que Évora corresponde ao contexto em que iniciou a sua atividade profissional e ao qual regressou mais tarde, no âmbito do estágio do mestrado, e a Ovar, onde desenvolve atualmente a sua prática clínica. Esta ligação a ambos os contextos conferiu maior pertinência à comparação e permitiu uma análise mais contextualizada da importância da família nos cuidados de enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros.

Tendo em conta a opção metodológica adotada, os objetivos constituem um elemento orientador fundamental ao longo de todo o processo de investigação. De acordo com Freixo (2011), o objetivo “constitui um enunciado declarativo que precisa das variáveis-chave, da população-alvo e da orientação da investigação, indicando, consequentemente, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (p.164). Neste sentido, definiram-se os seguintes objetivos para o presente estudo:

## Objetivo geral

- Analisar, comparativamente, o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, em Ovar e Évora.

## Objetivos Específicos

- Comparar o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem entre os enfermeiros de Ovar e Évora;
- Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.
- Analisar a associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, as questões de investigação também constituem um marco no processo de investigação, uma vez que orientam a busca de resposta ao problema em estudo. Segundo Talbot (1995, citado por Fortin, 1999), “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação”. Para Fortin (1999), estas especificam as variáveis a descrever e as relações que podem existir entre si, pelo que decorrem diretamente dos objetivos e clarificam os aspetos a estudar. Esta perspetiva vai ao encontro do defendido por MacMillan e Schumacher (1997, citados por Coutinho, 2020), quando referem que um problema de investigação deve obedecer a critérios de exequibilidade, relevância e clareza, bem como fornecer indicações quanto ao tipo de investigação, à população ou amostra e às variáveis em análise. As questões de investigação devem assumir a forma de enunciados interrogativos precisos, formulados no presente, pelo que se apresentam as seguintes **questões de investigação**:

- Que diferenças existem no nível da importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre Ovar e Évora?
- Que associação existe entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem?
- Que associação existe entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem?

Na continuidade do delineamento do estudo, e em articulação com os objetivos e as questões de investigação, formulam-se hipóteses, entendidas como proposições provisórias sobre as relações esperadas entre variáveis, suscetíveis de verificação empírica. Na investigação quantitativa, estas também desempenham um papel

central, pois orientam a análise estatística e tornam mais explícitas as diferenças ou associações que se pretendem testar entre as variáveis em estudo (Misra et al., 2021; Vadakedath & Kandi, 2023).

No âmbito da presente investigação, formulou-se um conjunto de hipóteses com vista a analisar o nível de importância atribuído à família, nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, e a verificar a existência de diferenças entre de Ovar e Évora. Pretende-se, igualmente, compreender em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros podem influenciar essa valorização da família no processo de cuidar entre os dois contextos em estudo.

### **Hipóteses de Investigação**

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre os contextos de Ovar e Évora;

H2 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

H3 – Existe associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

### **4.2.2. População-alvo e amostra**

Definida a estrutura metodológica do estudo, importa agora proceder à caracterização da população-alvo, da amostra e do processo de amostragem. Em investigação, a população diz respeito ao conjunto de indivíduos sobre os quais o investigador pretende estudar determinadas características e a partir dos quais procura produzir conhecimento e, sempre que possível, generalizar resultados (Fortin, 1999; Coutinho, 2020).

Por sua vez, a amostra constitui um subconjunto dessa população selecionado para integrar o estudo, pelo que deve, tanto quanto possível, apresentar características semelhantes às da população de origem, de modo a dar consistência à análise e interpretação dos resultados (Coutinho, 2020; Vilelas, 2022).

Enquanto que a amostragem é o “processo de seleção dos sujeitos que participam num estudo” (Coutinho, 2020, p. 89), com o intuito de “obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada” (Fortin, 1999, p. 202).

Assim, a população-alvo da presente investigação é constituída pelos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Saúde Familiar dos contextos de Ovar e Évora, no entanto, importa ainda esclarecer que o estudo

não incide na totalidade das estruturas institucionais em que os contextos se inserem. Relativamente ao contexto de Évora, os dados utilizados foram previamente recolhidos no âmbito de outro estudo, realizado enquanto este contexto se encontrava integrado no ACES Alentejo Central, tendo sido posteriormente retomados para efeitos da presente análise comparativa. De modo a assegurar a comparação entre os dois contextos, foram apenas considerados os dados correspondentes aos enfermeiros das USF.

Para a presente investigação definiram-se como critérios de inclusão os enfermeiros em exercício nas USF dos contextos de Ovar e Évora, bem como a participação voluntária no estudo, mediante o preenchimento do instrumento de colheita de dados e consentimento informado. Como critérios de exclusão, definiram-se, em Ovar, os enfermeiros a exercer na Unidade de Cuidados na Comunidade e a Enfermeira Gestora, enquanto que em Évora foram excluídos os estudantes de enfermagem.

A amostra do estudo é assim constituída por dois grupos distintos de participantes: um correspondente aos enfermeiros das USF de Ovar, cujos dados foram recolhidos no âmbito da presente investigação, e outro referente aos enfermeiros das USF de Évora, cujos dados resultam de um estudo anteriormente realizado. Desta forma apenas foram incluídos os participantes que reuniam as condições definidas para a integração do estudo.

Relativamente ao processo de seleção dos participantes, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, entendida como uma amostra por “conveniência, selecionada entre os sujeitos mais acessíveis” (Santos & Henriques, 2021, p.11). Em Ovar, foram incluídos os enfermeiros das USF, acessíveis à investigadora e que concordaram voluntariamente e de forma anónima em participar no estudo, por meio do preenchimento online do instrumento de colheita de dados, com declaração de consentimento informado e esclarecido. Em Évora, utilizou-se a amostra previamente constituída do estudo original, após a seleção dos casos que atendiam aos critérios estabelecidos para a presente investigação.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos na presente investigação, a amostra final integrou 31 enfermeiros das USF de Ovar e 41 das USF de Évora, num total de 72 participantes, reunindo-se, deste modo, as condições necessárias para a análise comparativa entre os dois contextos em estudo.

Concluída a caracterização da população-alvo, da amostra e do processo de amostragem, importa agora identificar as variáveis em estudo e o instrumento de recolha de dados utilizado nesta investigação.

#### 4.2.3. Variáveis e instrumentos de recolha de dados

Em investigação, as variáveis referem-se às qualidades, propriedades, características ou dimensões de objetos ou situações a serem analisados (Vilelas, 2022). Estas podem assumir diferentes valores, razão pela qual a investigação procura compreender de que modo essas variações ocorrem e como podem influenciar outras variáveis em estudo (Almeida & Freire, 1997, citado por Coutinho, 2020). Neste sentido, a sua operacionalização revela-se fundamental para a consistência metodológica e o desenvolvimento da investigação.

As variáveis podem ser classificadas segundo diferentes perspetivas, designadamente do ponto de vista teórico-explicativo, metodológico, da manipulação e da medição/natureza. Esta classificação permite clarificar o papel que as variáveis assumem no estudo e contribui para uma melhor adequação entre os objetivos da investigação, o instrumento de recolha de dados e análise dos resultados (Fortin, 1999; Coutinho, 2020; Vilelas, 2022).

Do ponto de vista teórico-explicativo, as variáveis distinguem-se segundo a função que desempenham na explicação do fenómeno em estudo, logo, podem classificar-se em variáveis *estímulo*, variáveis *resposta* e variáveis *intervenientes*. As variáveis *estímulo* referem-se às condições externas ao sujeito suscetíveis de influenciar o comportamento; as variáveis *resposta* correspondem aos comportamentos manifestados; e as variáveis *intervenientes* interpõem-se entre ambas, podendo alterar a relação estabelecida entre elas (Fortin, 1999; Vilelas, 2022).

Relativamente ao ponto de vista metodológico, as variáveis podem ser entendidas em função do papel que ocupam no desenho da investigação, com destaque para as variáveis *independentes*, *dependentes*. Neste âmbito, a variável dependente corresponde ao efeito, resultado ou fenómeno que se pretende observar ou compreender, enquanto a independente é entendida como o fator suscetível de influenciar ou explicar as variações observadas em relação à variável dependente (Fortin, 1999; Coutinho, 2020; Vilelas, 2022).

No que concerne ao ponto de vista da manipulação, as variáveis podem classificar-se em *ativas* e *atributivas*. As variáveis *ativas* são aquelas que podem ser manipuladas pelo investigador, ao passo que as variáveis *atributivas* correspondem a características inerentes aos participantes e, por isso, não passíveis de manipulação direta (Fortin, 1999; Coutinho, 2020).

Por fim, quanto à natureza, as variáveis distinguem-se consoante a forma como os seus valores são observados e registados, ou seja, classificam-se em variáveis *qualitativas* e *quantitativas*. As variáveis *qualitativas* referem-

se a atributos não quantificáveis e podem assumir natureza dicotômica ou politômica, conforme sejam distribuídas em duas ou mais categorias. Já as variáveis *quantitativas* podem ser traduzidas numericamente e classificadas como de natureza discreta ou contínua, consoante assumam valores inteiros ou pertençam a um intervalo (Fortin, 1999; Coutinho, 2020; Vilelas, 2022). Importa, contudo, ressaltar que, em determinadas situações, variáveis de natureza conceptual contínua podem ser operacionalizadas de forma discreta, como ocorre em instrumentos com escalas de concordância do tipo *Likert* (Coutinho, 2020).

Quanto às escalas de medida, as variáveis podem ser classificadas em *nominais*, *ordinais*, de *intervalo* e de *razão*. As escalas *nominais* permitem apenas categorizar; as variáveis *ordinais* introduzem uma ordem entre categorias; as de *intervalo* admitem distâncias iguais entre valores, sem zero absoluto; e as da *razão* incluem zero absoluto e permitem comparações proporcionais. Esta classificação é relevante, na medida em que orienta o tratamento estatístico e interpretação dos dados (Fortin, 1999; Coutinho, 2020; Vilelas, 2022).

No presente estudo, a variável dependente corresponde ao nível da importância atribuída a família, nos cuidados de enfermagem, avaliada através da IFCE-AE. Como variáveis independentes consideram-se o contexto em estudo, bem como as variáveis sociodemográficas e profissionais recolhidas na primeira parte do questionário. Para uma melhor sistematização, apresenta-se, de seguida, no Quadro 1, a operacionalização das variáveis consideradas na investigação.

Quadro 1: Operacionalização das Variáveis em Estudo

| Variável                                                                                                    | Papel na Investigação | Classificação/Natureza | Escala de Medida          | Operacionalização                                                                                                                                   | Fonte de informação                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros<br><br>(Itens IFCE-AE)       | Dependente            | Qualitativa            | Ordinal                   | Resposta em escala tipo Likert<br><br>Resposta múltipla:<br>1- Discordo completamente<br>2 - Discordo<br>3 - Concordo<br>4 – Concordo completamente | Questionário<br><br>Parte II: IFCE-AE           |
| Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros<br><br>(Score total IFCE-AE) |                       | Quantitativa discreta  | Pontuação total da escala | Entre 26 e 104 pontos.                                                                                                                              |                                                 |
| Género                                                                                                      | Independente          | Qualitativa            | Nominal politômica        | Resposta múltipla:<br>1 - Feminino                                                                                                                  | Questionário: Parte I – Dados Sociodemográficos |

|                        |  |                       |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------|--|-----------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                        |  |                       |                    | 2 - Masculino<br><br>3 - Prefiro não dizer<br><br>4 - Outra                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Idade                  |  | Quantitativa Contínua | Razão              | Resposta aberta<br><br>Número entre 0 e $\infty$                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Estado Civil           |  | Qualitativa           | Nominal politómica | Resposta múltipla:<br><br>1 - Solteiro(a)<br><br>2 - Casado(a) / União de facto<br><br>3 - Separado(a) / Divorciado(a)<br><br>4 - Viúvo(a)                                                                                                                                                                                                 |  |
| Nível de Escolaridade  |  | Qualitativa           | Ordinal            | Resposta múltipla:<br><br>1 - Bacharelato<br><br>2 - Licenciatura<br><br>3 - Pós-graduação<br><br>4 - Mestrado<br><br>5 - Doutoramento                                                                                                                                                                                                     |  |
| Título Profissional    |  | Qualitativa           | Nominal dicotómica | Resposta múltipla:<br><br>1 - Enfermeiro<br><br>2 - Enfermeiro Especialista                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Área de especialização |  | Qualitativa           | Nominal politómica | Resposta múltipla:<br><br>1 - E. Comunitária e de Saúde Pública<br><br>2 - E. Comunitária - Enf. de Saúde Familiar<br><br>3 - E.M.C - Enf. Pessoa em Situação Crítica<br><br>4 - E.M.C - Enf. à Pessoa em Situação Crónica<br><br>5 - E.M.C - Enf. à Pessoa em Situação Paliativa<br><br>6 - E.M.C - Enf. à Pessoa Situação Perioperatória |  |

|                                                |  |                       |                    |                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------|--|-----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                |  |                       |                    | 7 - E. de Reabilitação<br>8 - E. Saúde Infantil e Pediátrica<br>9 - E. Saúde Materna e Obstétrica<br>10 - E. Saúde Mental e Psiquiátrica |  |
| Anos de Exercício Profissional                 |  | Quantitativa Contínua | Razão              | Resposta aberta<br>Número entre 0 e $\infty$                                                                                             |  |
| Formação no âmbito de enfermagem de família    |  | Qualitativa           | Nominal dicotómica | Resposta múltipla:<br>1- Sim<br>2 - Não                                                                                                  |  |
| Contexto onde desenvolveu o processo formativo |  | Qualitativa           | Nominal dicotómica | Resposta múltipla:<br>1-Contexto Académico<br>2-Formação Contínua<br>3-Outro                                                             |  |

Após a definição e caracterização das variáveis em estudo, importa apresentar o instrumento de recolha de dados utilizado, uma vez que é através deste que se operacionaliza a obtenção dos dados da realidade empírica necessários à investigação (Vilelas, 2022).

Fortin (1999) refere que a escolha do instrumento de recolha de dados vai depender das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende analisar. Assim, de forma a dar resposta aos objetivos em estudo, optou-se pela aplicação de um questionário. Este instrumento revela-se particularmente adequado por ser utilizado em diversos contextos de investigação, apresentar um largo alcance e implicar menores custos (Coutinho, 2020). Simultaneamente, por incluir variáveis mensuráveis, contribui para o rigor na colheita e para um melhor controlo de enviesamentos. Para além disso, pode assumir diferentes níveis de estruturação, com perguntas abertas ou fechadas, o que permite abranger um maior número de participantes (Fortin, 1999).

Acresce que na avaliação das atitudes dos enfermeiros, embora possam ser utilizados outros métodos, como a observação direta do comportamento ou a entrevista, o recurso a escalas de atitudes incluídas em questionários assume-se como uma das estratégias mais usuais, rápidas e económicas.

Face ao exposto optou-se pela utilização do questionário desenvolvido no projeto 'CuidarFAM' - A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, composto por duas partes distintas:

- Parte I: Dados sociodemográficos e profissionais (caracterização da amostra);

- Parte II: Escala de Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) (avaliar as atitudes dos enfermeiros).

A escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA) foi desenvolvida na Suécia, no âmbito do processo de revisão da literatura iniciado em 2003, que parte do pressuposto de que a família constitui um recurso relevante tanto para a pessoa em situação de doença, como para o enfermeiro na prestação de cuidados (Wright e Leahey, 2012; Benzein et al., 2008). Em Portugal, a sua tradução, validação e adaptação cultural deram origem à versão denominada *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros* (IFCE-AE), realizada por Oliveira et al., (2011).

Na sequência do estudo psicométrico conduzido por estes autores, a versão portuguesa passou a integrar 26 itens organizados em três dimensões:

- Família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens);
- Família como recursos nos cuidados de enfermagem (10 itens);
- Família como um fardo (4 itens).

Os itens completam as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental das atitudes dos enfermeiros face à família em torno do conceito alargado de família, que inclui não apenas os seus membros, mas também todas as outras pessoas significativas como amigos ou vizinhos (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento com respostas organizadas numa escala de concordância tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre:

- Discordo completamente - 1 ponto;
- Discordo – 2 pontos;
- Concordo – 3 pontos;
- Concordo completamente – 4 pontos.

A pontuação total da escala pode variar de 26 a 104 pontos. De acordo com Oliveira et al. (2011), pontuações mais elevadas na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping e Família como recurso nos cuidados de enfermagem associadas a pontuações mais baixas na dimensão Família como um fardo traduzem atitudes mais favoráveis e de maior suporte à família.

O mesmo instrumento permite ainda classificar as atitudes dos enfermeiros em três categorias de acordo com o *score* total obtido:

- De 26 a 52 pontos: não dão importância à família - atitude negativa;
- De 52 a 78 pontos: dão importância à família - atitude positiva;
- De 78 a 104 pontos: dão muita importância à família - atitude muito positiva.

Estas informações encontram-se resumidas no quadro 2, onde são apresentadas as diferentes dimensões da IFCE-AE, os respetivos itens constituintes, bem como a pontuação e o score possível para cada dimensão.

*Quadro 2: Dimensão, itens, pontuação e score da IFCE-AE*

| Dimensão                                            | Itens                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Número de itens | Pontuação dos Itens                                                                                                                 | Intervalo de score possível |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Família:<br>Parceiro dialogante e recurso de coping | <p>4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6. No primeiro contato com os membros da família, convido-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 contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12. Procuro 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 quando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p> | 12              | <p>Pontuação dos itens:</p> <p>1 - Discordo completamente</p> <p>2- Discordo</p> <p>3- Concordo</p> <p>4-Concordo completamente</p> | 12 - 48                     |
| Família:                                            | 1. É importante saber quem são os membros da família do utente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10              | Pontuação dos                                                                                                                       | 10-40                       |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                         |        |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| recurso nos cuidados de enfermagem | <p>3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22. É importante dedicar tempo às famílias.</p> |    | <p>Ítems:</p> <p>1 - Discordo completamente</p> <p>2 - Discordo</p> <p>3 - Concordo</p> <p>4 - Concordo completamente</p>               |        |
| Família:<br><br>Fardo              | <p>2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26. A presença de membros da família deixa-me em stress.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4  | <p>Pontuação dos ítems:</p> <p>1 - Discordo completamente</p> <p>2 - Discordo</p> <p>3 - Concordo</p> <p>4 - Concordo completamente</p> | 4-16   |
| Total IFCE-AE                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 26 |                                                                                                                                         | 26-104 |

Importa ainda referir que, no que respeita às propriedades psicométricas do instrumento, a escala original apresentou um *Alpha de Cronbach* global de 0,88, enquanto a versão portuguesa validada evidenciou um Alpha de Cronbach de 0,87, o que demonstra consistência interna adequada e reforça a fiabilidade da IFCE-AE para utilização em contexto de investigação (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Fica, assim, apresentada a estrutura da IFCE-AE, instrumento utilizado na presente investigação para avaliar as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem.

#### 4.2.4. Procedimentos de recolha e análise de dados

Uma vez identificadas as variáveis em estudo e caracterizado o instrumento de recolha de dados, importa explicitar os procedimentos adotados na recolha e análise dos dados, por constituírem etapas fundamentais

para o desenvolvimento rigoroso da investigação. Com efeito, a recolha de dados corresponde a um processo sistemático de obtenção de informação pretendida junto dos participantes, recorrendo aos instrumentos de medida previamente selecionados para esse fim (Fortin, 1999).

Tendo em conta os aspetos éticos e institucionais subjacentes à recolha de dados, bem como os constrangimentos temporais do calendário académico, recorreu-se à aplicação de um questionário em formato online. Neste âmbito, Nunes (2013), refere que a aplicação dos questionários a enfermeiros no seu contexto de trabalho requer autorização institucional, atendendo à natureza dos dados recolhidos. Assim, considerando que o tempo de resposta das instituições poderia não ser compatível com os prazos definidos para a realização do estudo, optou-se por esta modalidade de recolha.

Acresce que a utilização de questionários eletrónicos apresenta vantagens como a rapidez, facilidade de administração, a conveniência para o participante, que pode responder no momento em que lhe for mais oportuno, e a possibilidade de alcançar um número alargado de participantes. Contudo, esta modalidade pode igualmente apresentar limitações, nomeadamente a necessidade de literacia digital, a dependência da motivação dos participantes e o risco de uma taxa de resposta reduzida (Batista et al., 2021).

A recolha de dados concretizou-se assim, através da aplicação de um questionário online, transposto para a plataforma “Forms” do *Microsoft® Office 365* e divulgado pela lista de contactos da investigadora, com recurso ao *WhatsApp*, tendo decorrido de 27 de novembro a 10 de dezembro de 2025.

Concluída a fase de recolha de dados, importa agora explicitar os procedimentos adotados na sua organização, tratamento e análise, de forma a assegurar uma leitura rigorosa e fundamentada da informação obtida.

Como refere Coutinho (2020), a análise dos dados tem como finalidade organizar e descrever a informação de forma clara, identificar o que é típico e atípico, evidenciar diferenças, relações e/ou padrões, e encontrar respostas ao problema em estudo. Tendo em conta, a natureza do presente estudo, recorreu-se à análise estatística, entendida como um processo de transformação dos dados em informação (Coutinho, 2020). Para o efeito, os dados recolhidos foram introduzidos e analisados com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics), versão 31.0.0.0 (117), amplamente utilizado na manipulação, análise e apresentação de dados no âmbito das ciências sociais e humanas (Marôco, 2021).

A análise realizada apoiou-se na estatística descritiva e inferencial. Segundo Fortin (1999) as estatísticas descritivas pretendem, tal como o nome indica, descrever as características da amostra em que os dados foram colhidos, bem como os valores obtidos pela medição das variáveis. Neste âmbito recorreu-se ao cálculo

de frequências absolutas e relativas, bem como a medidas de tendência central, nomeadamente a média, moda e mediana, e a medidas de dispersão, designadamente os valores mínimo e máximo e o desvio padrão.

No que respeita à fiabilidade do instrumento, a consistência interna da IFCE-AE foi avaliada através do Alpha de Cronbach, por se tratar do procedimento mais utilizado em escalas com itens organizados segundo uma estrutura do tipo *Likert* (Marôco & Marques, 2006). Uma vez que a IFCE-AE é constituída por 26 itens distribuídos por três dimensões, o Alpha de Cronbach foi calculado para a escala global, assim como para cada uma das suas dimensões (Dixe, 2022).

Relativamente à estatística inferencial, esta assume particular relevância no âmbito da análise de hipóteses, na medida em que possibilita inferir resultados da amostra para a população. A seleção dos testes estatísticos teve em consideração as características das variáveis e da amostra, bem como o cumprimento de pressupostos da aplicação de testes paramétricos. Segundo Coutinho (2020), estes testes exigem que a variável em análise apresente pelo menos uma escala intervalar, distribuição aproximadamente normal, homogeneidade de variâncias e independência das observações. Neste sentido, para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis recorreu-se ao *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, considerando que valores de significância superiores a 0,05, indicam que as variáveis seguem uma distribuição normal. Para verificar a homogeneidade das variâncias utilizou-se o *Teste de Levene* (Marôco, 2021).

Verificados os respetivos pressupostos, recorreu-se ao *Teste t de Student* para as amostras independentes, à análise da variância ANOVA one-way e ao coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ), de acordo com os objetivos definidos no estudo. O *Teste t de Student* foi utilizado para comparar médias em dois grupos independentes, com diferenças estatisticamente significativas para valores de  $p$  inferiores a 0,05. A análise de variância (ANOVA one way) foi utilizada para comparar médias entre dois ou mais grupos, quando em estudo se encontrava apenas um fator em que também se consideram diferenças estatisticamente significativas para valores de  $p$  inferiores a 0,05. Quanto ao coeficiente de correlação de *Pearson*, este tem o objetivo de avaliar a direção e a intensidade da associação linear entre duas variáveis quantitativas (Fortin, 1999; Marôco, 2021). O coeficiente de correlação de *Pearson* assume valores entre -1 e 1, em que o sinal indica o sentido da relação entre as variáveis e o valor absoluto  $|r|$  traduz a sua intensidade. Para efeitos de interpretação consideram-se correlações fracas quando  $|r| < 0,25$ , moderadas quando  $0,25 \leq |r| < 0,5$ , fortes quando  $0,5 \leq |r| < 0,75$ ; muito fortes quando  $|r| \geq 0,75$  e perfeitas quando  $|r| = 1$ . Complementarmente, recorreu-se à regressão linear simples para analisar a associação entre duas variáveis quantitativas, permitindo verificar de que modo a variação de uma variável se relaciona com a variação da outra.

Por fim, tal como refere Coutinho (2020), o nível de significância corresponde ao limiar estabelecido pelo investigador para a aceitação ou rejeição das hipóteses. Neste estudo foi considerado um nível de significância ( $p$ ) de 0,05, considerando a existência de significância estatística para valores de  $p < 0,05$ , e ausência de evidência estatisticamente significativa para valores de  $p \geq 0,05$ .

Tendo em conta os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas, os testes estatísticos selecionados para a análise inferencial encontram-se sintetizados no Quadro 3.

*Quadro 3: Testes estatísticos utilizados na análise da associação entre as variáveis independentes e a variável dependente*

| Variável                          | Testes Paramétricos       |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Género                            | Test t Student            |
| Idade                             | Correlação de Pearson     |
| Estado Civil                      | ANOVA                     |
| Nível de Escolaridade             | ANOVA                     |
| Título Profissional               | Test t Student            |
| Área de Especialização            | ANOVA                     |
| Anos de exercício profissional    | Teste de Regressão Linear |
| Formação em Enfermagem de Família | Test t Student            |
| Contexto da formação              | Test t Student            |

Deste modo, explicitados os procedimentos metodológicos relativos a recolha e análise dos dados segue-se a apresentação das considerações éticas subjacentes à realização do estudo.

#### **4.2.5. Considerações Éticas**

A ética assume particular relevância na investigação em saúde, exigindo que todo o processo investigativo respeite os direitos, a dignidade e a autonomia das pessoas participantes, bem como a necessidade de pertinência da realização do estudo (Deodato, 2022). Neste sentido a investigação deve salvaguardar princípios fundamentais como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo, bem como a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2022). Como refere Nunes (2000), a ética em investigação atravessa todas as etapas do processo na qualidade ética dos procedimentos adotados e no respeito pelos princípios e valores que orientam a investigação.

No âmbito da investigação em seres humanos, a Declaração de Helsínquia, adotada pela World Medical Association, estabelece princípios éticos fundamentais, designadamente a necessidade de apreciação prévia de protocolos por uma comissão de ética, a salvaguarda da privacidade e da confidencialidade dos dados pessoais e a obtenção do consentimento informado dos participantes (WMA, 2013). De igual modo, importa

assegurar que a participação decorra de forma livre e esclarecida, distinguindo claramente a participação no estudo da prestação de cuidados, com salvaguarda do interesse da pessoa participante (Nunes, 2013).

Neste estudo, estes princípios foram respeitados ao longo de todo o processo investigativo. Foi garantido o caráter voluntário da participação mediante a inclusão do consentimento informado, livre e esclarecido no início do questionário, no qual foram apresentados de forma sintética, o contexto do estudo, os seus objetivos, os procedimentos de recolha e análise de dados e os pressupostos éticos subjacentes. Foram ainda assegurados o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida, não sendo possível identificar os participantes a partir das respostas obtidas.

Acresce que o presente estudo insere-se no projeto de investigação 'CuidarFAM' - A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, que obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o parecer nº P808-10-2021, de 09 de novembro de 2021, com autorização para a sua aplicação nas Escolas Superiores de Enfermagem do país (Anexo II).

Deste modo, considera-se que foram asseguradas as condições éticas e legais necessárias ao desenvolvimento da presente investigação.

### **4.3. Apresentação, análise e interpretação dos resultados**

Neste capítulo, procede-se à apresentação, análise e interpretação dos resultados, com vista a responder aos objetivos e hipóteses definidos para o estudo. Tal como refere Coutinho (2020), a análise dos resultados permite organizar e transformar os dados recolhidos em informação pertinente, facilitando a compreensão do fenómeno em estudo. Neste enquadramento, a apresentação dos resultados procura produzir uma leitura útil sobre a forma como os enfermeiros dos dois contextos valorizam a família nos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, inicia-se pela caracterização da amostra, em termos sociodemográficos e profissionais, por meio da análise das variáveis independentes. Em seguida, apresentam-se a análise descritiva da variável dependente, avaliada pela escala IFCE-AE, e, por fim, a análise inferencial das hipóteses formuladas.

#### **4.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

A caracterização da amostra assume particular importância no âmbito da apresentação dos resultados, por permitir identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo. Assim, apresentam-se de seguida as principais variáveis descritas da amostra, de modo a contextualizar a análise subsequente.

A amostra deste estudo é constituída por 72 participantes distribuídos por dois locais, Ovar e Évora. Dos participantes incluídos, 31 pertencem a Ovar, o que corresponde a 43,1% da amostra, e 41 participantes são de Évora, o que perfaz 56,9%.

Na tabela 1 encontra-se sistematizada a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, recorrendo-se, para as variáveis qualitativas, à apresentação de frequências absolutas e relativas, enquanto, para as variáveis quantitativas, à apresentação de medidas de tendência central e dispersão, designadamente a média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

*Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra*

| Variável               |                         | Ovar                       |                            | Évora                      |                            | Sig.<br>(p) |
|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|
|                        |                         | Frequência absoluta<br>(n) | Frequência relativa<br>(%) | Frequência absoluta<br>(n) | Frequência relativa<br>(%) |             |
| Género                 | Feminino                | 28                         | 90,3                       | Omisso                     | NA                         | NA          |
|                        | Masculino               | 3                          | 9,7                        |                            |                            |             |
| Idade (Anos)           | Média                   | 48,68                      | NA                         | 50,83                      | NA                         | 0,142*      |
|                        | Mínimo                  | 41                         |                            | 36                         |                            |             |
|                        | Máximo                  | 65                         |                            | 66                         |                            |             |
|                        | Desvio padrão           | 7,47                       |                            | 7,55                       |                            |             |
| Estado Civil           | Casado/União Facto      | 24                         | 77,4                       | 30                         | 73,2                       | 0,659**     |
|                        | Separado/Divorciado     | 5                          | 16,1                       | 6                          | 14,6                       |             |
|                        | Solteiro                | 2                          | 6,5                        | 3                          | 7,3                        |             |
|                        | Viúvo                   | 0                          | 0                          | 2                          | 4,9                        |             |
| Escolaridade           | Doutoramento            | 0                          | 0                          | 1                          | 2,4                        | 0,236**     |
|                        | Mestrado                | 5                          | 16,1                       | 15                         | 36,6                       |             |
|                        | Especialista            | 1                          | 3,2                        | 0                          | 0                          |             |
|                        | Licenciatura            | 16                         | 51,6                       | 16                         | 39                         |             |
|                        | Pós-Graduação           | 8                          | 25,8                       | 9                          | 22                         |             |
|                        | Bacharelato             | 1                          | 3,2                        | 0                          | 0                          |             |
| Título Profissional    | Enfermeiro              | 18                         | 58,1                       | 20                         | 48,8                       | 0,435**     |
|                        | Enfermeiro Especialista | 13                         | 41,9                       | 21                         | 51,2                       |             |
| Área de Especialização | E.C. Saúde Familiar     | 2                          | 6,5                        | 2                          | 4,9                        | 0,246**     |
|                        | E.C. Saúde Pública      | 3                          | 9,7                        | 9                          | 22                         |             |
|                        | E. Materna e Obstétrica | 2                          | 6,5                        | 3                          | 7,3                        |             |
|                        | E. Reabilitação         | 2                          | 6,5                        | 3                          | 7,3                        |             |
|                        | E.S. Mental e Psiq.     | 3                          | 9,7                        | 0                          | 0                          |             |

|                                      |                            |       |      |       |      |         |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|------|-------|------|---------|
|                                      | E.S. Infantil e Pediátrica | 1     | 3,2  | 5     | 12,2 |         |
|                                      | E.M.C – Situação Crítica   | 0     | 0    | 1     | 2,4  |         |
|                                      | Total                      | 13    | 41,9 | 23    | 56,1 |         |
|                                      | Não Aplicável              | 18    | 58,1 | 18    | 43,9 |         |
| Anos de Exercício Profissional       | Média                      | 25,81 | NA   | 27,27 | NA   | 0,101*  |
|                                      | Mínimo                     | 18    |      | 14    |      |         |
|                                      | Máximo                     | 44    |      | 45    |      |         |
|                                      | Desvio padrão              | 7,55  |      | 6,75  |      |         |
| Formação Enf. de Família             | Sim                        | 18    | 58,1 | 15    | 36,6 | 0,070** |
|                                      | Não                        | 13    | 41,9 | 26    | 63,4 |         |
| Contexto Formação Enfermagem Família | Académica                  | 8     | 25,8 | 8     | 19,5 | 0,611** |
|                                      | Contínua                   | 10    | 32,3 | 7     | 17,1 |         |
|                                      | Total                      | 18    | 58,1 | 15    | 36,6 |         |
|                                      | Não aplicável              | 13    | 41,9 | 26    | 63,4 |         |

Fonte: própria

\*- Correlação de Pearson;

\*\* - Teste de qui-quadrado

Da análise da Tabela 1, verifica-se que, em Ovar, predomina o sexo feminino, com 28 enfermeiros (90,3%), enquanto 3 participantes (9,7%) são do sexo masculino. No caso de Évora, esta variável foi omissa, uma vez que, aquando da realização do estudo, este item não foi contemplado no questionário.

No que respeita à idade, os participantes de Ovar apresentaram uma média de 48,68 anos (DP = 7,47), com idades entre 41 e 65 anos. Em Évora, a média etária é de 50,83 (DP = 7,55), com idade dos participantes entre 36 e 66 anos. A análise comparativa entre os dois grupos não evidenciou diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ( $p=0,142$ ).

Relativamente ao estado civil, em ambos os contextos predominaram os participantes casados ou em união de facto: em Ovar, com 24 participantes (77,4%), e em Évora, com 30 participantes (73,2%). Seguem-se os participantes separados/divorciados, com 5 (16,1%) em Ovar e 6 (14,6%) em Évora; os solteiros, com 2 (6,5%) e 3 (7,3%), respetivamente. Apenas em Évora se registaram 2 participantes viúvos (4,9%). A comparação entre Ovar e Évora, relativamente ao estado civil, indica que não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,659$ ).

Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que a licenciatura constitui o grau académico mais representado em ambos os grupos, com 16 participantes (51,6 %) em Ovar e 16 participantes (39%) em Évora. Em Ovar,

seguem os participantes com pós-graduação: num total de 8 (25,8%), mestrado, com 5 participantes (16,1%), especialista, com 1 participante (3,2%), bacharelato, com 1 participante (3,2%), e sem registo de participantes com doutoramento. Em Évora, após a licenciatura, destaca-se o mestrado, com 15 participantes (36,6%), seguido da pós-graduação, com 9 participantes (22%), e 1 participante com doutoramento (2,4%). Não se registaram participantes com especialidade ou bacharelato. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p=0,236$ )

No que concerne ao título profissional em Ovar, predominam os enfermeiros, com 18 participantes (58,1%), face a 13 enfermeiros especialistas (41,9%). Em Évora, observa-se uma distribuição semelhante, com ligeira predominância de enfermeiros especialistas, com 21 participantes (51,2%) face a 20 enfermeiros (48,8%). Também nesta variável não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,435$ ).

Relativamente à área de especialização em Ovar destaca-se a área de Enfermagem de Saúde Pública e de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ambas com 3 participantes (9,7%) seguidas de ESF, da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e da Enfermagem de Reabilitação, cada uma com 2 participantes (6,5%). A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta 1 participante (3,2%). Em Évora, a área mais representativa é a Enfermagem de Saúde Pública, com 9 participantes (22%), seguida da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com 5 (12,2%), e das áreas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de Enfermagem de Reabilitação, ambas com 3 participantes (7,3%). Registam-se ainda 2 participantes (4,9%) na área de ESF e 1 participante (2,4%) na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Situação Crítica. Também nesta variável não se observaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,246$ ).

No que diz respeito aos anos de exercício profissional, os participantes de Ovar apresentam uma média de 25,81 anos ( $DP = 7,55$ ), com um intervalo entre 18 e 44 anos, enquanto os participantes de Évora apresentam uma média de 27,27 anos ( $DP = 6,75$ ), com um intervalo entre 14 e 45 anos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,101$ ), o que sugere que uma amostra integra profissionais com percursos profissionais longos e consolidados.

No que se refere à formação de Enfermagem de Família, esta revela-se mais expressiva em Ovar, onde 18 participantes (58,1%) referiram ter formação nesta área, enquanto 13 (41,9%) indicaram não a possuir. Em Évora, 15 participantes (36,6%), referiram possuir formação em Enfermagem de Família, em contraste com os 26 participantes (63,4%) que indicaram não a ter. Ainda assim, a comparação entre os dois grupos não revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p= 0,07$ ).

Quanto ao contexto de aquisição dessa formação, em Ovar, 8 participantes (25,8%) referiram tê-la obtido em contexto académico e 10 (32,3%) em contexto de formação contínua. Em Évora 8 participantes (19,5%) indicaram tê-la adquirido em contexto académico e 7 (17,1%) em formação contínua. Também nesta variável não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,611$ ).

Em síntese, a análise comparativa entre os contextos de Ovar e Évora não evidenciou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade, estado civil, nível de escolaridade, título profissional, área de especialização, anos de exercício profissional, formação em enfermagem de família e contexto dessa formação, uma vez que todos os valores de  $p$  foram superiores ao nível da significância de 0,05.

#### **4.3.2. Nível de importância atribuída à família**

Após a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, procede-se à apresentação, análise e interpretação dos resultados relativos ao nível da importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre Ovar e Évora.

Para avaliar esta variável centro do estudo recorreu-se a escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira et al., (2011). Esta escala apresenta um score total compreendido entre 26 e 104, sendo que, quanto mais elevado for o score obtido, mais favoráveis são as atitudes dos enfermeiros em relação à família e, por conseguinte, maior é a importância que lhe atribuem no contexto da prestação de cuidados.

De modo a proporcionar uma leitura global da distribuição dos resultados obtidos, apresenta-se na figura 1, a variação do score total da IFCE-AE, entre Ovar e Évora, o que permite visualizar a dispersão dos valores relativos ao nível de importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros.

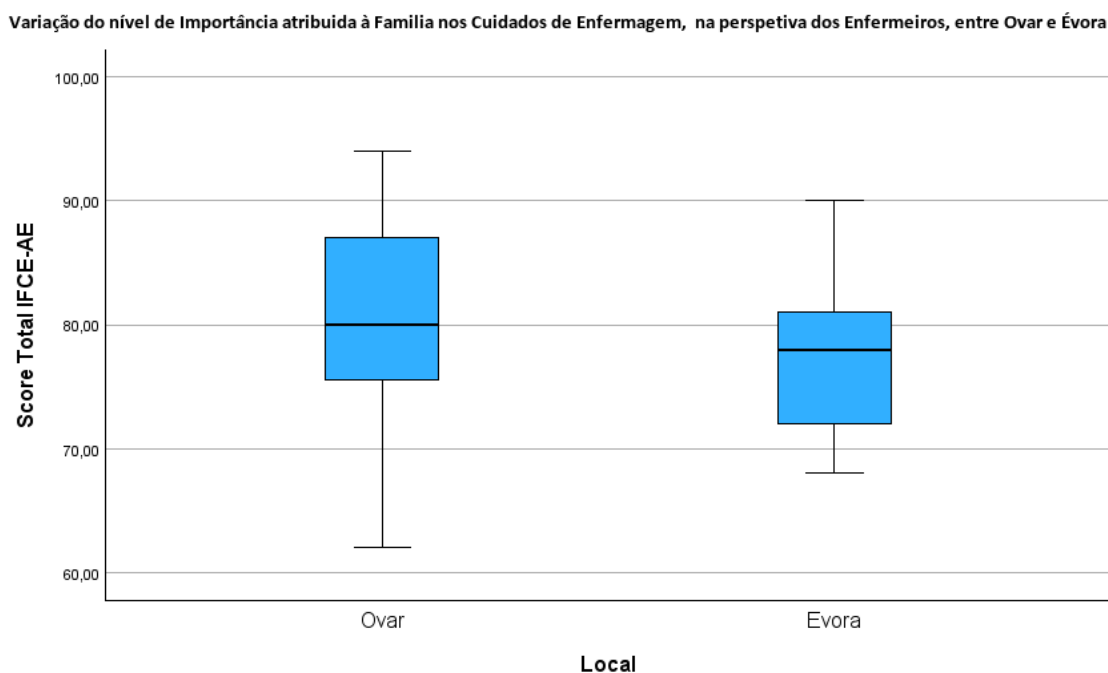


Figura 1: Distribuição do score total da IFCE-AE entre Ovar e Évora

De forma a complementar apresenta-se na tabela 2 a estatística descritiva do score total da IFCE-AE no contexto de Ovar e Évora, que permite uma leitura mais detalhada dos valores observados

Tabela 2: Estatística descritiva do Score Total IFCE-AE, entre Ovar e Évora

|               | Ovar  | Évora |
|---------------|-------|-------|
| Média         | 80,03 | 77,93 |
| Mínimo        | 62,00 | 68,00 |
| Máximo        | 94,00 | 90,00 |
| Variância     | 57,23 | 41,82 |
| Desvio padrão | 7,57  | 6,47  |

Fonte: própria

Da análise conjugada da Figura 1 e da Tabela 2, verifica-se que os participantes, de ambos os contextos, apresentam scores totais da IFCE-AE elevados, o que corresponde a valores mais elevados, na escala dos enfermeiros, quanto à importância da família na prestação de cuidados de enfermagem. Em Ovar, observa-se um score médio de 80,03, com valores compreendidos entre 62,00 e 94,00 pontos, enquanto, em Évora, a média é de 77,93, com valores que oscilam entre 68,00 e 90,00. Estes resultados evidenciam, em termos descritivos, uma ligeira tendência para valores mais elevados em Ovar.

Por outro lado, o gráfico permite visualizar que a distribuição dos resultados apresenta maior dispersão em Ovar, aspeto igualmente corroborado pelos valores de variância (57,23) e de desvio padrão (7,57), enquanto, em Évora, a variância é de 41,82 e o desvio padrão de 6,47. Desta forma, embora em ambos os grupos se observe uma valorização positiva da família na prestação de cuidados de enfermagem, os enfermeiros de Ovar apresentam respostas mais heterogéneas, enquanto, em Évora, os resultados são mais concentrados.

Assim, os dados apontam para uma perceção globalmente favorável quanto à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem em ambos os contextos em estudo, ainda que com ligeiras diferenças descritivas entre os grupos.

Com o objetivo de avaliar a consistência interna da escala IFCE-AE na amostra em estudo, procedeu-se a análise da fiabilidade do instrumento, quer para o score total, quer para as respetivas dimensões, bem como para os dois contextos em estudo. Para uma melhor contextualização dos resultados obtidos incluíram-se ainda os valores de *Alpha de Cronbach* reportados no estudo de validação portuguesa de Oliveira et al., (2011) se apresentam na Tabela 3.

*Tabela 3: Consistência interna da escala IFCE-AE e das respetivas dimensões na amostra em estudo e no estudo de validação portuguesa*

| Escala/ Dimensão                                          | Ovar  | Évora | Amostra total | Oliveira et al., (2011) |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|---------------|-------------------------|
| Score Total IFCE-AE                                       | 0,864 | 0,848 | 0,857         | 0,87                    |
| Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping | 0,873 | 0,872 | 0,872         | 0,90                    |
| Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem      | 0,827 | 0,860 | 0,844         | 0,84                    |
| Dimensão Família: fardo                                   | 0,564 | 0,649 | 0,610         | 0,49                    |

Fonte: própria

Da análise da Tabela 3 verifica-se que a escala IFCE-AE apresenta bons níveis de consistência interna na amostra em estudo, quer para o score total da escala IFCE-AE, assim como para as suas respetivas dimensões. O score total apresenta um Alpha de Cronbach para Ovar de 0,864, para Évora de 0,848 e na amostra total de 0,857, o que comparado com o estudo de Oliveira et al., al (2011) ( $\alpha = 0,87$ ) apresenta valores muito próximos. Relativamente às dimensões, os valores também se consideram aceitáveis, uma vez que em cada dimensão os valores se encontram próximos do alfa de Cronbach do estudo de validação da escala. Na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, o Alpha de Cronbach da amostra total ( $\alpha = 0,872$ ) é ligeiramente mais baixo que o de Oliveira et al. ( $\alpha = 0,90$ ), mas sem expressão significativa, bem como o de Ovar ( $\alpha = 0,873$ ) e de Évora ( $\alpha = 0,872$ ). Na dimensão *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, o valor do Alpha para Ovar é de 0,827, para Évora de 0,860, sendo este último ligeiramente superior ao da amostra total ( $\alpha = 0,844$ ) e ao do

estudo de Oliveira et al. (2011) ( $\alpha = 0,84$ ). Quanto à dimensão *Família: fardo*, em Ovar o valor de Alpha de Cronbach apresenta-se mais baixo ( $\alpha = 0,564$ ) comparativamente a Évora ( $\alpha = 0,649$ ) e à amostra total ( $\alpha = 0,49$ ). No entanto, o Alpha de Cronbach da amostra total é superior ao estudo de Oliveira et al., (2011) que apresenta um valor de 0,49. Perante os resultados obtidos considera-se que a escala apresenta níveis de fiabilidade adequados à presente investigação o facilita a análise factorial (Vilelas, 2022).

Antes da análise inferencial, procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição do score total da escala IFCE-AE em cada um dos contextos, assim como à homogeneidade das variâncias da amostra total em estudo, como se apresenta na tabela 4.

Tabela 4: Testes de Normalidade e Homogeneidade

|                      |       | Normalidade        |          |              |          | Homogeneidade         |          |
|----------------------|-------|--------------------|----------|--------------|----------|-----------------------|----------|
|                      |       | Kolmogorov-Smirnov |          | Shapiro-Wilk |          |                       |          |
| Score Total IFCE- AN |       | Estatística        | Sig. (p) | Estatística  | Sig. (p) | Estatística de Levene | Sig. (p) |
|                      | Ovar  | 0,144              | 0,100    | 0,967        | 0,443    | 0,319                 | 0,574    |
|                      | Évora | 0,137              | 0,050    | 0,944        | 0,042    |                       |          |

Fonte: própria

Da análise da Tabela 4, pode-se aferir que, em Ovar, o teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p = 0,100$ ) e o de Shapiro-Wilk ( $p = 0,443$ ) apresentam valores de significância maiores que 0,05, o que, segundo a metodologia, indica que a distribuição da amostra é considerada normal e que poderão ser usados testes paramétricos. Em Évora a significância encontra-se no limite ( $p = 0,05$ ) no teste de *Kolmogorov-Smirnov* e abaixo no teste de Shapiro-Wilk ( $p = 0,042$ ) o que representa o oposto, nomeadamente um desvio à normalidade da amostra, com possível uso de testes não paramétricos. No entanto, como o teste de Levene, usado para avaliar a igualdade das variâncias, apresenta um valor de significância de 0,574 pode-se aferir que os dados de Ovar e Évora são homogéneos, e consequentemente usar testes paramétricos na análise estatística de associação, mesmo com ligeiras imperfeições na normalidade.

De modo geral, os resultados evidenciam que, em ambos os contextos, os enfermeiros atribuem um elevado nível de importância à família nos cuidados de enfermagem.

#### 4.3.3. Análise Inferencial (Hipóteses)

Após a análise descritiva dos dados e a verificação dos pressupostos estatísticos relativos à normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias, procedeu-se à análise inferencial dos dados, com o objetivo de

testar as hipóteses formuladas, isto é, verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre Ovar e Évora e explorar associações entre as variáveis analisadas. Neste âmbito foram aplicados testes paramétricos adequados por se considerar que os dados apresentavam uma distribuição normal.

Numa primeira etapa analisou-se a hipótese de investigação H1: Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre os contextos de Ovar e Évora.

*Tabela 5: Comparação do nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, entre Ovar e Évora*

| Local | n  | Média | Desvio Padrão | t     | df | Sig. (p) |
|-------|----|-------|---------------|-------|----|----------|
| Ovar  | 31 | 80,03 | 7,57          | 1,271 | 70 | 0,208    |
| Évora | 41 | 77,93 | 6,47          |       |    |          |

Fonte: própria

Como se pode observar na Tabela 5, os enfermeiros de Ovar atribuíram em média maior importância ( $M=80,03$ ;  $DP=7,57$ ) à família nos cuidados de enfermagem do que os de Évora ( $M=77,93$ ;  $DP=6,47$ ). No entanto, os resultados do teste t-Student indicam que estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $t= 1,271$ ;  $p=0,208$ ) entre os dois contextos. Deste modo não se confirma a hipótese de investigação H1.

Quanto à hipótese de investigação H2: Existe associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, os resultados encontram-se representados na tabela 6.

*Tabela 6:– Associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem*

| Variável     | Categorias            | n  | Média | Desvio padrão | Teste Estatístico<br>( $\beta$ , t ou F) | Sig. (p) |
|--------------|-----------------------|----|-------|---------------|------------------------------------------|----------|
| Idade        | Anos de idade         | 72 | 49,90 | 7,54          | $\beta = -0,262$                         | 0.426    |
| Género       | Feminino              | 28 | 80,18 | 6,92          | t = 0,324                                | 0,748    |
|              | Masculino             | 3  | 78,67 | 14,43         |                                          |          |
| Estado Civil | Casado/União de Facto | 54 | 78,67 | 7,50          | F = 0,243                                | 0,866    |
|              | Separado/ Divorciado  | 11 | 78,45 | 6,01          |                                          |          |
|              | Solteiro              | 5  | 80,00 | 2,55          |                                          |          |
|              | Viúvo                 | 2  | 82,50 | 7,78          |                                          |          |

|              |               |    |       |      |           |       |
|--------------|---------------|----|-------|------|-----------|-------|
| Escolaridade | Mestrado      | 20 | 79,00 | 6,67 | F = 0,475 | 0,794 |
|              | Especialista  | 1  | 80,00 | -    |           |       |
|              | Licenciatura  | 32 | 77,91 | 7,70 |           |       |
|              | Pós-Graduação | 17 | 79,94 | 6,44 |           |       |
|              | Bacharelato   | 1  | 87,00 | -    |           |       |
|              | Doutoramento  | 1  | 77,00 | -    |           |       |

Fonte: própria

No que diz respeito à idade verificou-se que a idade média dos enfermeiros participantes no estudo é de 49,90 anos (DP= 7,54). Por outro lado, há uma associação negativa entre a idade e o nível de importância atribuído à família ( $\beta=-0,262$ ), o que indica que à medida que a idade aumenta, há uma tendência para uma ligeira diminuição da importância da família nos cuidados de enfermagem. No entanto, esta associação não tem significado estatístico, uma vez que apresenta um valor de significância ( $p=0,426$ ) superior a 0,05.

Relativamente ao género, apurou-se que os enfermeiros do sexo feminino apresentam uma média superior ( $M=80,18$ ;  $DP=6,92$ ) comparativamente aos do sexo masculino ( $m=79,67$ ;  $DP=78,67$ ) quanto ao nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Ainda assim, o teste t- Student mostra que a diferença não é estatisticamente significativa ( $t=0,324$ ;  $p=0,748$ ), pelo que se pode aferir que o género não parece influenciar de forma significativa a valorização da família nos cuidados de enfermagem. Importa salientar que esta amostra diz respeito apenas aos participantes de Ovar, uma vez que não foram recolhidos dados relativos a esta variável em Évora.

Quanto ao estado civil, os valores médios, nesta variável, são muito próximos e variam entre 82,50 ( $DP=7,78$ ) para os viúvos e 78,45 ( $DP=6,01$ ) para os separados/divorciados, apesar da grande maioria ser casado ( $n=71$ ) com uma média de 78,67 ( $DP=7,50$ ) enquanto os solteiros apresentam uma média de 80,00 ( $DP=2,75$ ). Apesar destas variações, o teste de ANOVA one way mostra que estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $F=0,243$ ;  $p=0,866$ ), pelo que se pode referir que o estado civil não evidencia associação significativa com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

No que se refere à escolaridade também se verificam algumas diferenças nos valores médios. A média mais elevada correspondeu ao bacharelato (87,00), seguida do título de especialista 80,00), da pós-graduação com 79,94 ( $DP=6,44$ ), do mestrado com 79,00 ( $DP=6,67$ ), da licenciatura com 77,91 ( $DP=7,70$ ) e do doutoramento com uma média de 77,00. No entanto, estes resultados devem ser lidos com alguma cautela uma vez que as categorias bacharelato, doutoramento e especialista apenas correspondem a um participante cada. Acresce ainda que a categoria especialista não corresponde a um grau académico, mas sim a um título profissional, o

que tem de ser tido em conta na interpretação dos dados. De acordo com o teste de ANOVA one way ( $F=0,475$ ;  $p=0,794$ ), a associação da variável escolaridade com o nível de importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem não é estatisticamente significativa.

Assim, conclui-se que, nesta amostra, não se verificam associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, pelo que a hipótese de investigação H2 não se confirma.

Por fim, analisou-se a última hipótese de investigação deste estudo, H3: Existe associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, cujos resultados encontram-se apresentados na Tabela 7.

*Tabela 7: Associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem*

| Variável                                | Categorias                 | n  | Média | Desvio padrão | Teste Estatístico<br>( $\beta$ , t ou F) | Sig. (p) |
|-----------------------------------------|----------------------------|----|-------|---------------|------------------------------------------|----------|
| Título Profissional                     | Enfermeiro                 | 38 | 78,84 | 7,58          | t = 0,011                                | 0,991    |
|                                         | Enfermeiro Especialista    | 34 | 78,82 | 6,37          |                                          |          |
| Área de Especialização                  | E.C. Saúde Familiar        | 4  | 77,75 | 5,97          | F = 3,215                                | 0,022    |
|                                         | E.C. Saúde Pública         | 9  | 74,11 | 4,17          |                                          |          |
|                                         | E.S. Materna e Obstétrica  | 5  | 78,60 | 3,97          |                                          |          |
|                                         | E. Reabilitação            | 5  | 83,20 | 5,17          |                                          |          |
|                                         | E.S. Mental e Psíqu.       | 3  | 76,67 | 10,26         |                                          |          |
|                                         | E.S. Infantil e Pediátrica | 6  | 83,67 | 4,68          |                                          |          |
| Anos de Exercício Profissional          | Anos                       | 72 | 26,64 | 7,23          | $\beta = 0,195$                          | 0,552    |
| Formação<br>Enfermagem Família          | Sim                        | 33 | 79,39 | 6,19          | t = 0,623                                | 0,535    |
|                                         | Não                        | 39 | 78,36 | 7,65          |                                          |          |
| Contexto Formação<br>Enfermagem Família | Académico                  | 16 | 77,69 | 5,47          | t = - 1,570                              | 0,127    |
|                                         | Contínuo                   | 17 | 81,00 | 6,56          |                                          |          |

Fonte: própria

Relativamente ao título profissional verificou-se que as médias obtidas pelos enfermeiros ( $M=78,84$ ;  $DP=7,58$ ) e pelos enfermeiros especialistas ( $M=78,82$ ;  $DP=6,37$ ) são muito semelhantes. Esta proximidade é confirmada pelo teste t-Student ( $t=0,011$ ;  $p=0,991$ ) que mostra não se verificam diferenças estatisticamente significativas

no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas

No que se refere à área de especialização, observam-se algumas diferenças relativamente às médias. A média mais elevada refere-se à área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ( $M=83,67$ ;  $DP=4,68$ ), seguida da Enfermagem de Reabilitação ( $M=83,20$ ;  $DP=5,17$ ), da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ( $M=78,60$ ;  $DP=3,97$ ), da Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar ( $M=77,75$ ;  $DP=5,96$ ), da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ( $M=76,67$ ;  $DP=10,26$ ) e, por fim, da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ( $M=74,11$ ;  $DP=4,17$ ). A análise inferencial, através do teste ANOVA one-way revela que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $F=3,215$ ;  $p=0,022$ ).

Quanto aos anos de exercício profissional, observou-se uma associação positiva com o nível de importância à família nos cuidados de enfermagem ( $\beta=0,195$ ) o que sugere uma ligeira tendência para os enfermeiros com mais anos de exercício profissional atribuírem mais importância à família nos cuidados de enfermagem. Ainda assim, esta associação mostra-se não ser estatisticamente significativa ( $p=0,552$ ).

No que diz respeito à formação em Enfermagem de Família, os enfermeiros que referem ter formação nesta área apresentam uma média superior ( $M=79,39$ ;  $DP=6,19$ ) aos que referem não ter formação ( $M=78,36$ ;  $DP=7,65$ ). Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa, como se pode ver pelo teste t-studen ( $t = 0,623$ ;  $p=0,535$ ).

Por último, no que diz respeito ao contexto de formação de Enfermagem de Família, os enfermeiros com formação em contexto contínuo apresentam uma média bastante superior ( $M=81,00$ ;  $DP=6,56$ ) relativamente aos enfermeiros que obtiveram essa formação em contexto académico ( $M=77,69$ ;  $DP=5,47$ ). Mesmo assim, o teste t-student mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas ( $t=-1,570$ ;  $p=0,127$ ).

Em síntese, os resultados obtidos não nos permitem confirmar integralmente a hipótese de investigação H3. Entre as variáveis analisadas, apenas a área de especialização evidenciou diferenças estatisticamente significativas no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. As restantes variáveis profissionais analisadas, título profissional, anos de exercício profissional, formação em enfermagem de família e contexto dessa formação, não apresentam associações estatisticamente significativas.

#### 4.4. Discussão dos Resultados

Concluídas a apresentação, a análise e a interpretação dos dados, segue-se a discussão dos resultados, etapa essencial para uma compreensão mais aprofundada do estudo. Nesta fase, os resultados são analisados de forma articulada com a literatura científica e com o enquadramento teórico de referência, procurando-se compreender o seu significado e alcance no contexto da problemática em estudo (Fortin, 1999).

O mesmo autor refere ainda que a discussão dos resultados se inicia com os “resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os resultados obtidos com as análises inferenciais” (Fortin, 1999, p. 329), tendo em conta os objetivos, as questões de investigação e as respetivas hipóteses, numa perspetiva crítica e reflexiva.

Neste sentido, a presente discussão organiza-se em torno dos principais resultados da investigação, procurando interpretar o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem nos contextos em estudo, bem como a associação desta variável com as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. Procura-se, assim, compreender em que medida os resultados obtidos confirmam, ou não, as hipóteses formuladas, à luz do enquadramento teórico e da literatura científica existente.

Relativamente aos resultados globais da escala IFCE-AE, verificou-se que os enfermeiros participantes, em ambos os contextos em estudo, atribuem elevada importância à família nos cuidados de enfermagem, traduzida por scores médios globais elevados, de 80,03 em Ovar e 77,93 em Évora. De acordo com a classificação proposta por Oliveira et al. (2011), segundo a qual valores entre 78 e 104 correspondem a atitudes muito positivas, o score médio observado em Ovar insere-se nesse intervalo, enquanto o valor obtido em Évora, embora ligeiramente inferior ao ponto de corte, se situa muito próximo dessa categoria. Ainda assim, os resultados obtidos traduzem atitudes positivas face à importância da família nos cuidados de enfermagem, reconhecendo-a como elemento integrante do processo de cuidar. Este resultado encontra-se em consonância com a literatura portuguesa consultada. De igual modo, Silva, Costa e Silva (2013), ao estudarem enfermeiros em CSP, evidenciaram atitudes favoráveis relativamente à importância de envolver a família nos cuidados. Também Fernandes et al. (2015), em contexto hospitalar, identificaram atitudes positivas dos enfermeiros face à família, o que reforça a ideia de que a importância atribuída à família atravessa diferentes contextos de prática clínica. Mais recentemente, Frade et al (2021) referem que a integração da família nos cuidados de enfermagem se associa à promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias, enquanto Ferreira e Kraus (2023) sublinham que a participação da família nos cuidados potencia ganhos em saúde e que as atitudes dos enfermeiros são influenciadas por múltiplos fatores. Assim, os resultados do presente estudo reforçam a ideia de que, quer em Ovar, quer em Évora, persiste uma atitude globalmente

favorável face à importância atribuída à família no processo de cuidar, em consonância com o enquadramento teórico da ESF e com a evidência portuguesa existente.

Partindo desta percepção globalmente favorável, importa analisar se a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem apresenta diferenças entre os dois contextos em estudo.

Quanto à comparação entre os contextos em estudo, verificou-se que os enfermeiros de Ovar apresentaram um score médio ligeiramente superior ao dos enfermeiros de Évora (80,03 vs. 77,93); contudo, esta diferença não assumiu significado estatístico ( $p=0,208$ ), não se confirmando, assim, a hipótese de investigação H1. Este resultado parece sugerir que, apesar das especificidades inerentes a cada contexto profissional, a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem tende a assumir um comportamento relativamente homogéneo entre os grupos em análise. Esta leitura pode ser compreendida à luz da existência de referenciais profissionais comuns, do enquadramento normativo da ESF e da progressiva integração da família enquanto foco dos cuidados de enfermagem, amplamente reconhecida na literatura portuguesa (Oliveira et al., 2011; Frade et al., 2021; Ferreira & Kraus, 2023). Por outro lado, a ausência de diferenças estatisticamente significativas poderá também estar relacionada com características metodológicas do estudo, nomeadamente a dimensão da amostra e o facto de os dois grupos, embora pertencentes a contextos geográficos distintos, partilharem realidades profissionais relativamente próximas no âmbito dos CSP. Assim, os resultados obtidos parecem indicar que o contexto geográfico, por si só, não constitui um fator suficientemente diferenciador da importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à hipótese de investigação H2, os resultados obtidos não permitiram confirmar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Com efeito, nenhuma das variáveis analisadas — idade, género, estado civil e escolaridade — apresentou associação estatisticamente significativa com a variável em estudo. Este resultado sugere que, na presente amostra, a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem não parece depender, de forma significativa, das características sociodemográficas dos participantes. Ainda assim, a análise descritiva evidenciou algumas diferenças entre grupos, o que justifica a sua discussão à luz da literatura portuguesa consultada, procurando compreender em que medida os resultados obtidos se aproximam, ou não, da evidência existente.

Quanto à idade, observou-se uma associação negativa com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem ( $\beta=-0,262$ ;  $p=0,426$ ), sugerindo que, à medida que a idade aumenta, tende a verificar-se uma ligeira diminuição dessa importância, embora sem significado estatístico. A média etária da amostra foi de 49,90 anos, valor superior ao descrito na literatura portuguesa consultada, na qual os valores

médios se situam globalmente entre os 35,8 anos, em Oliveira et al. (2011), e cerca de 42 anos, em Frade et al., (2021) e Ferreira e Kraus (2023), sendo também inferiores a 40 anos nos estudos de Silva, Costa e Silva (2013) e Fernandes et al. (2015). Os resultados obtidos aproximam-se dos encontrados por Silva, Costa e Silva (2013), Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Francisco (2017), Bértolo (2021), Santos (2021) e Caria (2022), que não identificaram influência estatisticamente significativa desta variável. Por outro lado, Frade et al., (2021) e Ferreira e Kraus (2023) apresentam resultados que apontam para uma relação positiva entre a idade e a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Assim, embora no presente estudo se observe uma tendência inversa, a ausência de significância estatística não permite sustentar a existência de uma relação consistente entre a idade e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, podendo este resultado estar relacionado com as características específicas da amostra e do contexto em análise.

No que respeita ao género, os enfermeiros do sexo feminino apresentaram uma média ligeiramente superior à dos enfermeiros do sexo masculino (80,18 vs. 78,67), embora essa diferença não tenha assumido significado estatístico ( $p=0,748$ ). Este resultado deve, contudo, ser analisado com prudência, uma vez que esta variável apenas foi recolhida no contexto de Ovar, não permitindo a sua análise na totalidade da amostra. Na literatura portuguesa, Santa (2014), Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Francisco (2017), Bértolo (2021) e Santos (2021) apontam globalmente no mesmo sentido, ao não identificarem associação estatisticamente significativa entre o género e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, enquanto Caria (2022) surge como exceção. Em termos descritivos, Tavares (2017) e Francisco (2017) observaram valores mais elevados no sexo masculino, ao contrário de Santa (2014) e Bértolo (2021), que identificaram valores superiores no sexo feminino. Assim, os resultados obtidos parecem sugerir que o género, por si só, não constitui um fator determinante no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

A análise do estado civil evidenciou valores médios globalmente próximos entre as diferentes categorias, sem que essas diferenças assumissem significado estatístico ( $p=0,866$ ). Esta leitura deve, contudo, ser prudente, considerando a reduzida representatividade de algumas categorias, o que limita a robustez da comparação. Também na literatura portuguesa se observam resultados pouco consensuais. Fernandes et al. (2015), Tavares (2017) e Santa (2014) não identificaram influência estatisticamente significativa do estado civil no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. No entanto, Maiorgas (2024) encontrou associação estatisticamente significativa, com valores mais elevados nos enfermeiros casados ou em união de facto. Assim, os resultados do presente estudo aproximam-se dos trabalhos que não identificam influência

estatisticamente significativa desta variável, sugerindo que o estado civil não constitui, por si só, um fator determinante no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Também a escolaridade não evidenciou associação estatisticamente significativa com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem ( $F=0,475$ ;  $p=0,794$ ). Apesar de se observarem algumas diferenças entre as médias dos vários grupos, estes resultados devem ser interpretados com prudência, uma vez que algumas categorias apresentam reduzida representatividade, o que limita a robustez da comparação. Na literatura portuguesa consultada, Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Santa (2014), Santos (2021) e Bértolo (2021) também não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Em contrapartida, Francisco (2017) e Nóbrega et al. (2020) encontraram diferenças estatisticamente significativas, sugerindo resultados mais favoráveis em alguns grupos com habilitações académicas mais elevadas. Assim, embora a literatura portuguesa não seja totalmente consensual, os resultados obtidos apontam para uma influência pouco consistente da escolaridade no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Globalmente, os resultados relativos às variáveis sociodemográficas não permitiram confirmar a hipótese de investigação H2, uma vez que não se verificaram associações estatisticamente significativas entre género, idade, estado civil e escolaridade e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Embora alguns resultados descritivos revelem tendências distintas entre grupos, a sua expressão estatística não foi suficiente para sustentar uma relação consistente. Assim, na presente investigação, as variáveis sociodemográficas parecem ter uma influência pouco expressiva na forma como os enfermeiros atribuem importância à família no contexto dos cuidados.

Ultrapassada a análise das variáveis sociodemográficas, importa discutir a associação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à hipótese de investigação H3, os resultados obtidos não permitiram a sua confirmação integral, uma vez que apenas a área de especialização evidenciou diferenças estatisticamente significativas no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. As restantes variáveis profissionais analisadas — título profissional, anos de exercício profissional, formação em Enfermagem de Família e contexto dessa formação — não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável em estudo. Ainda assim, a análise descritiva revelou algumas diferenças entre grupos, o que justifica a sua discussão, procurando compreender em que medida os resultados obtidos se aproximam, ou não, da evidência existente.

No que respeita ao título profissional, os resultados evidenciaram médias praticamente idênticas entre enfermeiros e enfermeiros especialistas (78,84 vs. 78,82), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,991$ ). Este resultado sugere que, na presente amostra, o título profissional, por si só, não parece influenciar o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Na literatura portuguesa, os resultados mostram-se pouco consensuais. Por um lado, Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Bértolo (2021) e Santos (2021) não identificaram diferenças estatisticamente significativas associadas a esta variável. Por outro, Francisco (2017) encontrou diferenças em aspetos específicos da IFCE-AE, enquanto Maiorgas (2024), num outro contexto de CSP, identificou associação estatisticamente significativa entre o título profissional e a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Assim, embora os resultados agora obtidos não apontem para uma influência significativa desta variável, a evidência portuguesa disponível sugere que o seu efeito poderá variar em função das características da amostra e do contexto profissional considerado.

Particular destaque merece a área de especialização, por ter sido a única variável profissional a evidenciar diferenças estatisticamente significativas no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem ( $F=3,215$ ;  $p=0,022$ ). Em termos descritivos, os valores médios mais elevados observaram-se nas áreas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (83,67) e de Enfermagem de Reabilitação (83,20), enquanto a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública apresentou o valor médio mais baixo (74,11). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, atendendo à distribuição desigual dos participantes pelas diferentes áreas de especialização, o que limita a robustez comparativa entre grupos. Ainda assim, a literatura sustenta que as atitudes dos enfermeiros face à família podem variar em função do contexto de prática, da formação recebida e da forma como os cuidados são organizados (Silva, Costa e Silva, 2013; Barbieri-Figueiredo et al., 2012). Neste sentido, poderá admitir-se que o percurso de especialização influencie a forma como a família é integrada no processo de cuidar, em função da natureza das experiências clínicas, do grau de proximidade com a família e do tipo de necessidades habitualmente acompanhadas em cada área de exercício. Acresce que a ESF constitui uma área de especialização relativamente recente em Portugal, quando comparada com outras áreas, o que poderá traduzir percursos formativos e tempos de consolidação diferenciados (OE, 2018). Por outro lado, o exercício profissional em contexto de USF, embora favoreça a proximidade e a continuidade dos cuidados, não se traduz automaticamente numa abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados, podendo a prática manter-se predominantemente orientada para o indivíduo, como também referem Barbieri-Figueiredo et al. (2012). Na literatura portuguesa, os resultados não são totalmente consensuais. Silva, Costa e Silva (2013) identificaram diferenças na forma como os enfermeiros perspetivam a família nos cuidados, enquanto Bértolo (2021) não encontrou diferenças estatisticamente significativas. Mais recentemente, Alexandre-Sousa et al. (2024), ao compararem

enfermeiros em formação académica de segundo ciclo em diferentes áreas, observaram atitudes mais favoráveis nos enfermeiros da área de ESF em aspetos específicos da relação com a família. Assim, embora a literatura portuguesa não apresente resultados uniformes, os achados do presente estudo reforçam a possibilidade de a área de especialização constituir um fator relevante na forma como os enfermeiros atribuem importância à família nos cuidados de enfermagem, o que justifica maior aprofundamento desta variável em futuros trabalhos de investigação.

Quanto aos anos de exercício profissional, observou-se uma associação positiva com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem ( $\beta=0,195$ ;  $p=0,552$ ), sugerindo uma ligeira tendência para que os enfermeiros com mais anos de exercício atribuam maior importância à família, embora sem significância estatística. A média de anos de exercício profissional da amostra foi de 26,64 anos, valor superior ao descrito na literatura portuguesa consultada, nomeadamente em Oliveira et al. (2011), com média de 12,9 anos, em Fernandes et al. (2015), com 16,2 anos, e em Frade et al. (2021) e Ferreira e Kraus (2023), cujos valores rondam os 19 anos. No que respeita à associação entre esta variável e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, os resultados obtidos aproximam-se dos encontrados por Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Francisco (2017), Bértolo (2021) e Santos (2021), que não identificaram diferenças estatisticamente significativas no score total da IFCE-AE. Em contrapartida, Silva, Costa e Silva (2013), Frade et al. (2021) e Ferreira e Kraus (2023) apontam para uma tendência no sentido de os enfermeiros com mais anos de exercício profissional atribuírem maior importância à família nos cuidados de enfermagem. Assim, embora no presente estudo se observe uma tendência positiva, a ausência de significância estatística não permite sustentar a existência de uma relação consistente entre os anos de exercício profissional e o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem, podendo este resultado estar relacionado com as características específicas da amostra e com o contexto profissional em análise.

Relativamente à formação em Enfermagem de Família e ao contexto em que esta foi adquirida, os resultados não evidenciaram associação estatisticamente significativa com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros que referiram possuir formação nesta área apresentaram uma média ligeiramente superior à dos que referiram não a possuir (79,39 vs. 78,36), sem significado estatístico ( $p=0,535$ ). Do mesmo modo, entre os participantes com formação, os que a adquiriram em contexto contínuo apresentaram uma média superior à dos que a obtiveram em contexto académico (81,00 vs. 77,69), não se verificando, contudo, diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,127$ ). Estes resultados devem ser interpretados com prudência, não só pela reduzida dimensão dos grupos em comparação, mas também pelo facto de estas variáveis não permitirem distinguir a duração, os conteúdos ou o grau de aprofundamento da formação realizada. Na literatura portuguesa, Pires (2016) também não identificou associação

estatisticamente significativa entre a formação profissional, a formação em Enfermagem de Família e as atitudes dos enfermeiros face à importância da família. Por outro lado, Henriques e Santos (2019) demonstraram que a implementação de programas formativos na avaliação familiar favorece a transferência de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, enquanto Alexandre-Sousa et al. (2024) verificaram resultados mais favoráveis nos enfermeiros em formação académica na área de ESF. Também Frade et al. (2021) e Ferreira e Kraus (2023) reforçam que a integração da família no processo de cuidar exige competências específicas e é influenciada por múltiplos fatores profissionais e contextuais. Deste modo, embora nesta investigação não se tenha verificado uma associação estatisticamente significativa, os resultados sugerem que o impacto da formação poderá depender não apenas da sua existência, mas também da forma como é desenvolvida, da sua profundidade e da articulação com a prática clínica.

De forma global, os resultados obtidos indicam que a influência das variáveis profissionais no nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem não é homogênea. Embora a maioria das variáveis analisadas não tenha apresentado associação estatisticamente significativa, a área de especialização destacou-se nesta investigação como a dimensão profissional mais relevante, sugerindo que o percurso formativo e a natureza da prática especializada poderão contribuir para diferentes formas de integração da família no processo de cuidar. Ainda que as restantes variáveis profissionais revelem algumas tendências descritivas, a sua expressão estatística não foi suficiente para sustentar uma relação consistente. Assim, os resultados da presente investigação permitem admitir uma confirmação apenas parcial da hipótese H3, reforçando a necessidade de continuar a aprofundar o conhecimento sobre os fatores profissionais que podem influenciar a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

Do ponto de vista da prática clínica, os resultados obtidos reforçam a necessidade de continuar a investir numa ESF que vá além do reconhecimento conceptual da importância da família. Embora os enfermeiros revelem atitudes globalmente favoráveis, importa que esta valorização se traduza de forma mais sistemática na avaliação familiar, no planeamento dos cuidados, na capacitação dos cuidadores, na documentação clínica e na continuidade assistencial.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre Ovar e Évora sugere que a valorização da família pode constituir uma orientação relativamente transversal aos enfermeiros dos CSP. Contudo, reconhecer a importância da família não garante, por si só, uma prática efetivamente centrada na família enquanto unidade de cuidados. Para que essa valorização se traduza em prática clínica, são necessários formação, instrumentos de avaliação familiar, tempo, registos adequados e uma cultura organizacional sensível à família.

A área de especialização, ao ter evidenciado diferenças estatisticamente significativas, merece também particular atenção, ainda que este resultado deva ser interpretado com prudência. Para a prática, este achado reforça a importância da formação especializada e da formação contínua em ESF, bem como da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, como o Modelo Calgary e o MDAIF. Nesta perspetiva, investigar a importância atribuída à família não é apenas produzir conhecimento académico; é também abrir espaço para melhorar os cuidados e tornar mais visível o contributo do enfermeiro de família.

Depois de discutidos os principais resultados, importa refletir sobre as limitações do estudo. A utilização de uma amostragem não probabilística por conveniência e a reduzida dimensão da amostra ( $n=72$ ) são aspetos que limitam a possibilidade de generalização dos resultados. Por outro lado, a comparação entre os contextos de Ovar e Évora apresenta algumas fragilidades metodológicas, uma vez que os dados de Évora resultam de um estudo anteriormente realizado, o que poderá introduzir um viés temporal relativamente aos dados recolhidos em Ovar. Do mesmo modo, a omissão da variável género em Évora impediu a sua análise na totalidade da amostra, condicionando a comparação entre os dois contextos. Refira-se ainda que algumas categorias analisadas, quer sociodemográficas quer profissionais, apresentam reduzida representatividade, o que fragiliza a robustez estatística das comparações efetuadas. Relativamente à opção metodológica pela utilização de testes paramétricos, verificou-se em Évora um ligeiro desvio à normalidade no teste de Shapiro-Wilk, circunstância que recomenda prudência na interpretação dos resultados obtidos. Finalmente, o recurso ao questionário de autopreenchimento em formato online e o carácter transversal do estudo constituem igualmente limitações, na medida em que podem introduzir enviesamentos associados ao autorrelato e não permitem estabelecer relações causais entre as variáveis em análise.

Por outro lado, alguns aspetos metodológicos poderiam ter contribuído para reforçar a robustez da análise e a sensibilidade estatística do estudo. Entre eles, destacam-se uma amostra de maior dimensão, a recolha de dados no mesmo período temporal nos dois contextos em estudo, a inclusão das mesmas variáveis em ambos os grupos e uma maior representatividade das diferentes categorias analisadas. Também uma caracterização mais detalhada da formação em Enfermagem de Família, designadamente no que respeita à duração, ao tipo de formação realizado e ao seu grau de aprofundamento, poderia ter permitido compreender de forma mais consistente a sua relação com o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à validade interna, considera-se que o estudo apresenta aspetos metodológicos que reforçam a sua consistência. Em primeiro lugar, o delineamento adotado mostra-se ajustado aos objetivos da investigação, tendo sido claramente definido como quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e comparativo. Por outro lado, a utilização da escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa, constitui

um elemento de rigor metodológico, reforçado pelos bons níveis de consistência interna obtidos na presente amostra, com um alpha de Cronbach global de 0,857, valor muito próximo do observado no estudo de validação portuguesa. Também os procedimentos estatísticos adotados evidenciam cuidado metodológico, nomeadamente pela verificação prévia dos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias antes da aplicação dos testes paramétricos. Para além disso, o estudo respeitou os princípios éticos fundamentais da investigação, assegurando o consentimento informado, o anonimato e a integração num projeto com parecer favorável da Comissão de Ética. Neste sentido, considera-se que foram asseguradas, dentro das condições do estudo, as exigências metodológicas necessárias para reforçar a credibilidade dos resultados obtidos.

No que diz respeito à validade externa, esta deve ser analisada com prudência, uma vez que a utilização de uma amostragem não probabilística por conveniência, a reduzida dimensão da amostra e a especificidade dos contextos em estudo limitam a possibilidade de generalização dos resultados a outros grupos de enfermeiros e a outras realidades assistenciais. Acresce que a comparação entre Ovar e Évora assenta em dados recolhidos em momentos distintos, o que reforça a necessidade de cautela na extrapolação dos resultados. Ainda assim, o estudo apresenta condições que favorecem a sua reprodutibilidade, uma vez que o percurso metodológico, os critérios de inclusão, o instrumento utilizado e os procedimentos de análise estatística se encontram claramente descritos. Deste modo, embora a generalização dos resultados seja limitada, considera-se que o estudo poderá ser replicado em contextos semelhantes, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o nível de importância atribuído à família nos cuidados de enfermagem.

Perante os resultados discutidos, verifica-se que os enfermeiros participantes atribuíram globalmente elevada importância à família nos cuidados de enfermagem, apesar das especificidades dos contextos em estudo e das diferenças observadas entre grupos. A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre Ovar e Évora, bem como entre a maioria das variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, sugere que esta importância tende a assumir carácter relativamente transversal, ainda que a área de especialização tenha emergido como dimensão profissional relevante. Assim, e tendo em conta as limitações identificadas, os resultados obtidos reforçam a pertinência de continuar a aprofundar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, particularmente no âmbito da ESF e da prática especializada baseada na evidência.

## Conclusão

A elaboração deste relatório representou a síntese de um percurso académico, profissional, clínico e investigativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de ESF. Mais do que descrever atividades realizadas em contexto de estágio, procurou-se construir uma reflexão integrada sobre a prática especializada, tendo como eixo central a família enquanto unidade de cuidados, parceira no processo terapêutico e presença constante no mapa do cuidar.

O enquadramento teórico mobilizado ao longo do relatório permitiu sustentar esta leitura da prática. A compreensão da família como sistema, a utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, a valorização das forças familiares e a atenção aos processos de transição contribuíram para consolidar uma visão mais ampla do cuidado. Estes referenciais não foram entendidos como conteúdos separados da realidade clínica, mas como instrumentos que ajudam a organizar o pensamento, orientar a avaliação, fundamentar a decisão e tornar mais visível a intervenção especializada do enfermeiro junto das famílias.

Ao longo deste percurso, a caracterização do contexto da prática clínica permitiu compreender que a ESF se constrói num espaço de proximidade, continuidade e conhecimento longitudinal das pessoas e das famílias. A análise da unidade funcional, do ficheiro do Enfermeiro de Família, dos programas de vigilância, das consultas de enfermagem e dos resultados em saúde evidenciou a complexidade dos cuidados prestados em contexto de CSP. Contudo, permitiu também reconhecer que, por detrás de cada indicador, de cada registo e de cada consulta, existe uma pessoa inserida numa família, numa história, numa rede de relações e num contexto de vida próprio.

Neste sentido, os estágios constituíram um espaço privilegiado para aprofundar uma prática mais intencional, mais reflexiva e mais centrada na família. A consulta de enfermagem, a visita domiciliária, a avaliação familiar e a análise dos contextos permitiram compreender que a intervenção do enfermeiro de família não se limita ao cumprimento de programas de saúde ou à monitorização de parâmetros clínicos. Pelo contrário, cada contacto pode constituir uma oportunidade para identificar recursos, fragilidades, cuidadores, transições, necessidades de apoio e possibilidades de intervenção familiar.

O desenvolvimento das competências do EEESF foi transversal a todo este percurso. As competências comuns e específicas foram mobilizadas na prestação de cuidados, na tomada de decisão clínica, na reflexão ética, na melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados, na comunicação, na articulação com a equipa e na utilização da evidência científica. Este percurso permitiu consolidar uma identidade profissional mais consciente da

responsabilidade do EE na promoção de cuidados centrados na família, na visibilidade da intervenção de enfermagem e na transformação gradual da prática clínica.

A aplicação do processo de enfermagem à família permitiu, de forma particular, aproximar a teoria da prática. A avaliação familiar, o recurso a instrumentos estruturados, a identificação de necessidades e recursos, a formulação de intervenções e a reflexão sobre os resultados obtidos evidenciaram a importância de uma abordagem sistematizada, mas suficientemente flexível para respeitar a singularidade de cada família. Esta experiência reforçou a ideia de que cuidar da família implica escutar, observar, perguntar, compreender e negociar, reconhecendo que a mudança familiar não se impõe, mas se constrói com a família, no seu tempo e a partir da sua realidade.

A componente de Prática Especializada Baseada na Evidência assumiu, neste relatório, um papel estruturante. A investigação desenvolvida no âmbito do projeto CuidarFam permitiu aprofundar o conhecimento sobre a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros, comparando os contextos de Ovar e Évora. A utilização da escala IFCE-AE possibilitou uma análise objetiva desta dimensão, permitindo articular a experiência clínica com dados empíricos e com a evidência científica disponível.

Os resultados obtidos evidenciaram que, em ambos os contextos, os enfermeiros atribuem elevada importância à família nos cuidados de enfermagem. Embora os enfermeiros de Ovar tenham apresentado um score médio ligeiramente superior ao dos enfermeiros de Évora, esta diferença não foi estatisticamente significativa, não se confirmando a hipótese relativa à existência de diferenças entre os dois contextos. Do mesmo modo, as características sociodemográficas analisadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de importância atribuído à família. Entre as variáveis profissionais, apenas a área de especialização revelou diferenças estatisticamente significativas, permitindo admitir uma confirmação parcial da hipótese formulada para este domínio.

Estes resultados devem ser interpretados com prudência, considerando as limitações metodológicas identificadas, nomeadamente a utilização de uma amostra não probabilística por conveniência, a dimensão reduzida da amostra, a comparação entre dados recolhidos em momentos distintos, a ausência da variável género no contexto de Évora, a reduzida representatividade de algumas categorias e o recurso a questionário de autopreenchimento. Ainda assim, o estudo contribuiu para reforçar a reflexão sobre o lugar da família nos cuidados de enfermagem e sobre os fatores que podem influenciar a forma como os enfermeiros a integram na prática clínica.

A investigação realizada permitiu ainda reconhecer que atribuir importância à família não significa, necessariamente, que a família esteja sempre plenamente integrada nos cuidados. Entre a valorização da família e a sua efetiva inclusão na avaliação, no planeamento, na intervenção e nos registos de enfermagem pode existir uma distância marcada por constrangimentos organizacionais, pressão assistencial, tempo disponível, formação, cultura profissional e sistemas de informação. Esta constatação constitui uma das principais implicações para a prática clínica, reforçando a necessidade de tornar a intervenção familiar mais intencional, documentada e visível.

Neste sentido, a prática especializada em ESF deve continuar a afirmar-se pela capacidade de transformar contactos clínicos em oportunidades de cuidado familiar. Importa reforçar a formação dos enfermeiros nesta área, promover a utilização sistemática de instrumentos de avaliação familiar, valorizar os registos centrados na família, integrar a família nos planos de cuidados e desenvolver indicadores que traduzam melhor a complexidade da intervenção do enfermeiro de família. A evidência produzida e discutida neste relatório aponta, assim, para a necessidade de continuar a aproximar aquilo que se reconhece como importante daquilo que se consegue concretizar no quotidiano dos cuidados.

A realização deste relatório permitiu também reconhecer que a PBE não se limita à aplicação de resultados científicos. Implica questionar a prática, analisar contextos, produzir conhecimento, interpretar dados, reconhecer limitações e procurar respostas mais adequadas às necessidades das pessoas e famílias. Neste percurso, a investigação não surgiu desligada da prática clínica; pelo contrário, ajudou a olhar para a prática com maior rigor, a problematizar o lugar da família nos cuidados e a sustentar uma intervenção especializada mais consciente e fundamentada.

Concluir este relatório é, por isso, reconhecer um percurso de crescimento. Um percurso em que a experiência profissional anterior foi revisitada à luz da formação especializada, ganhando maior intencionalidade científica, ética e relacional. A família deixou de ser apenas o contexto onde a pessoa vive para se afirmar como unidade de cuidados, recurso terapêutico, parceira e foco da intervenção de enfermagem. Esta mudança de olhar constitui uma das aprendizagens mais significativas deste percurso.

Assim, a família no mapa do cuidar não representa apenas o título deste trabalho. Representa a síntese de uma forma de compreender a ESF: uma enfermagem que olha para a pessoa sem a desligar das suas relações, que reconhece a complexidade dos contextos familiares, que valoriza a evidência científica sem perder a dimensão humana do cuidado e que encontra, em cada contacto, a possibilidade de tornar a família mais visível, mais envolvida e mais cuidada.

## Referências Bibliográficas

Alarcão, M. (2000). (Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica. Quarteto Editora.

Alexandre-Sousa, P., Tavares, M., Louro, M. C., & Frade, J. (2024). Integration of families in nursing care: A comparative study between different master's degrees in nursing. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(24), e36437. <https://doi.org/10.29352/mill0224.36437>

Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M., Andrade, L., Vilar, I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP. <http://hdl.handle.net/10400.26/31850>

Batista, B., Rodrigues, D., Moreira, E., & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: Inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista? In P. Sá, A. P. Costa, & A. Moreira (Eds.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: Recolha de dados* (pp. 13–36). UA Editora.

Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162–180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>

Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B.-I. (2008). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes — An instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97–117. <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>

Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

Bértolo, A. (2021). Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.8/7252>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Caria, D. (2022). Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.8/7550>
- César-Santos, B., Bastos, F., Dias, A., & Campos, M. J. (2024). Family nursing care during the transition to parenthood: A scoping review. *Healthcare*, 12(5), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050515>
- Coutinho, C. P. (2020). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Almedina.
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: De tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/>
- Dixe, M. A. (2022). Validação e adaptação de instrumentos de medida. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). The importance of families in nursing care: Nurses' attitudes in the hospital environment. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), 21–30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Ferreira, M., & Kraus, T. (2023). Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22058. <https://doi.org/10.12707/RVI22058>
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Avaliação familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. <http://hdl.handle.net/10400.26/33461>
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Fortin, M.-F. (1999). O processo de investigação: Da conceção à realização. Lusociência.

- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Francisco, E. (2017). Atitude dos enfermeiros e a família na área hospitalar [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4534>
- Freixo, M. J. V. (2011). Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas (3.ª ed.). Instituto Piaget.
- Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer Publishing Company
- Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- International Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação* [Tradução portuguesa de *Closing the gap: From evidence to action*]. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. International Council of Nurses.
- International Family Nursing Association. (2017). IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>
- Maiorgas, S. C. S. (2024). Enfermeiro/Família: Parceiros no cuidar — Importância da família [Relatório final de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. <http://hdl.handle.net/10400.8/9962>
- Marôco, J., & Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.ª ed.). 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.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.

Mileski, M., McClay, R., Heinemann, K., & Dray, G. (2022). Efficacy of the use of the Calgary Family Intervention Model in bedside nursing education: A systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 1323–1347. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S370053>

Misra, D. P., Gasparyan, A. Y., Zimba, O., Yessirkepov, M., Agarwal, V., & Kitas, G. D. (2021). Formulating hypotheses for different study designs. *Journal of Korean Medical Science*, 36(50), e338. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e338>

Nichols, M. P. (2007). The essentials of family therapy (3rd ed.). Pearson.

Nóbrega, M. P. S. S., Fernandes, C. S. N. N., Angelo, M., & Chaves, S. C. S. (2020). Importance of families in nursing care for people with mental disorders: Attitudes of Portuguese and Brazilian nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03594. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018045603594>

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem, ESS/IPS. [https://www.researchgate.net/publication/303686244\\_Consideracoes\\_eticas\\_a\\_atender\\_nos\\_trabalhos\\_de\\_investigacao\\_academica\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacao_academica_de_enfermagem)

Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. C. A. B., Andrade, L. M. C., Carvalho, J. C. M., & Martins, M. M. F. P. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care — Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331–1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em enfermagem: Tomada de posição. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCEEC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, n.º 135/2018, 19354–19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Familiar.

Ordem dos Enfermeiros. (2025). Regulamento n.º 395/2025: Regulamento de atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série.

Pinto, A. C., & Neves da Mota, L. A. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de scoping review. RevSALUS: Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14030>

Santa, A. (2014). Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2565>

Santos, S. (2021). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.8/7305>

Santos, J. R., & Henriques, S. (2021). Inquérito por questionário: Contributos de conceção e utilização em contextos educativos. Universidade Aberta. <https://doi.org/10.34627/3s9s-k971>

- Santos, L. A. B., & Lima, J. M. M. (Coords.). (2019). Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação (2.<sup>a</sup> ed., revista e atualizada). Instituto Universitário Militar.
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.). F. A. Davis.
- Silva, M. A. N. C. G. M., Costa, M. A. S. M., & Silva, M. M. F. P. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11), 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>
- Singh, A. P., Vadakedath, S., & Kandi, V. (2023). Clinical research: A review of study designs, hypotheses, errors, sampling types, ethics, and informed consent. *Cureus*, 15(1), e33374. <https://doi.org/10.7759/cureus.33374>
- Sousa, P. E. A. (2023). Importância das famílias para os enfermeiros em formação académica de segundo ciclo: Relatório de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar realizados em contexto clínico [Relatório final de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria] <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9348/1/A%20familia%20no%20processo%20de%20cuidar.pdf>
- Tavares, M. (2017). Atitude dos enfermeiros: A importância da família no cuidar [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>
- Vilelas, J. (2022). Investigação: O processo de construção do conhecimento (3.<sup>a</sup> ed.). Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2025, December 5). Primary health care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família (5.<sup>a</sup> ed.). Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.). F. A. Davis.

## **APÊNDICES**

# **Apêndice I – Processo de Enfermagem à Família com Recurso ao Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar**

## **Nota introdutória e salvaguarda ética**

O presente apêndice apresenta o processo de enfermagem desenvolvido junto de uma família, em contexto de estágio, com recurso ao Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. A sua inclusão pretende evidenciar a mobilização do raciocínio clínico, a avaliação sistémica da família, a identificação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções e a avaliação dos resultados obtidos. Por razões éticas e de confidencialidade, todos os elementos identificativos foram omitidos ou substituídos por iniciais fictícias, salvaguardando o anonimato da família.

## **Objetivos do processo de enfermagem à família**

No desenvolvimento do presente processo de enfermagem à família, foram consideradas as seguintes linhas orientadoras:

- Identificação da família que vai ser objeto do processo de enfermagem;
- Utilização da metodologia do processo de enfermagem: o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (avaliação nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional);
- Avaliar a funcionalidade da família no equilíbrio entre as forças que impulsionam para a mudança e os mecanismos que apoiam a estabilidade;
- Avaliar a perceção dos membros da família sobre a funcionalidade familiar;
- Avaliar as preocupações da família relacionadas com a saúde;
- Avaliar dinamicamente e ecologicamente a família como um sistema;
- Identificar e diagnosticar necessidades específicas na família, com base nos problemas percecionados pela mesma como um todo e os seus subsistemas individualmente;
- Analisar dados objetivos e subjetivos, com vista à prestação de cuidados seguros à família;
- Mobilizar conhecimentos para, com a família, dar respostas específicas às necessidades da mesma;
- Promover a participação da família, de acordo com os recursos internos e externos, incentivando os membros a explorar possíveis soluções para os seus problemas;

- Utilizar métodos participativos que promovam a capacidade da família e integrem respostas afetivas e cognitivas resultantes da interação entre o EE e a família;
- Reflexão sobre as implicações éticas e deontológicas dos cuidados;
- Reflexão sobre os cuidados prestados à luz das Competências Específicas do EEESF;
- Tomar decisões fundamentadas na PBE científica.

### Colheita de dados e avaliação familiar

Recuando no tempo e para contextualizar, até há dez anos atrás, em 2015, a Sr.<sup>a</sup> A residia com o marido, que faleceu nesse mesmo ano, vítima de queda. Desde então, a Sr.<sup>a</sup> A passou a residir com a filha, a Sra. AL e, com o genro, o Sr. ML, que até então, este agregado familiar era composto apenas pelo casal. Entre 2015 e 2020, a Sr.<sup>a</sup> A frequentava o centro de dia, mas, com o aparecimento da pandemia de COVID-19, a família decidiu que, por questões de segurança e pelo risco de contágio, esta deveria permanecer em casa, o que levou consequentemente a perder a vaga nesse mesmo local.

A avaliação familiar iniciou-se em junho de 2025 em contexto de visita domiciliária de enfermagem, motivada pela necessidade de avaliação da utente, após internamento hospitalar da Sr.<sup>a</sup> A. Esta utente na última semana de maio e na primeira semana de junho de 2025, foi internada devido ao agravamento da sua doença renal crónica, provocada por uma infeção urinária. Após as duas semanas de internamento, regressou ao domicílio com um nível de dependência maior nas atividades de vida diária, necessitando atualmente de assistência para subir e descer escadas, deambular, realizar transferências, vestir-se, despir-se, usar o sanitário e tomar banho, pelo que a família solicitou a orientação da EEESF.

Apresenta-se, de seguida, a avaliação realizada a esta família, de acordo com os parâmetros de avaliação do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Figura AP1.1).

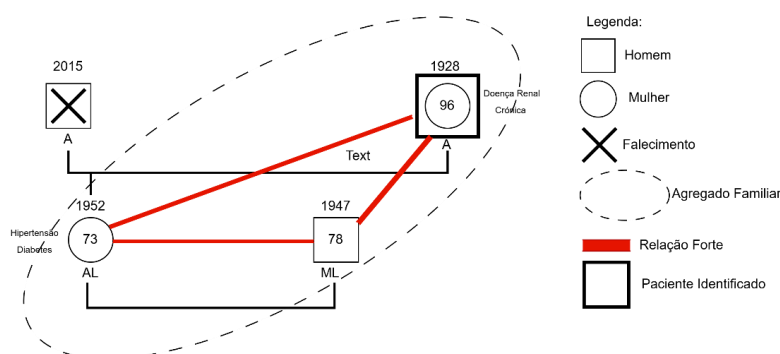


**Figura AP1.1 - Diagrama de árvore do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary**  
Fonte: Adaptado de Shajani & Snell (2019).

## Avaliação Estrutural

*Composição, gênero e orientação sexual:* Como demonstra a figura AP1.2, o agregado familiar é composto por 3 membros, nomeadamente pela Sr.<sup>a</sup> A (paciente identificada), de 97 anos, sexo feminino e pelo casal constituído pela Sr.<sup>a</sup> AL, de 73 anos, sexo feminino e o Sr. ML (genro), de 78 anos, do sexo masculino, presumindo-se uma orientação heterossexual. A Sr.<sup>a</sup> A é a paciente identificada, na medida em que é a paciente designada pela família como aquela que motiva a procura de cuidados de saúde.

*Subsistemas e limites:* De acordo com o modelo estrutural de Minuchin, a família é composta por um subsistema conjugal (composto pela Sr.<sup>a</sup> AL e o Sr. ML), com limites internos bem definidos e saudáveis, em que o casal partilha de forma equilibrada as responsabilidades domésticas. Por outro lado, nesta família também se encontra presente o subsistema parental/filial (composto pela Sr.<sup>a</sup> A, mãe e a Sr.<sup>a</sup> AL, filha). Neste caso, estamos perante uma transição normativa, com uma evolução natural do ciclo de vida familiar, onde os filhos adultos assumem o papel de cuidadores dos pais idosos, com uma redefinição funcional dos papéis devido ao envelhecimento (Minuchin & Fishman, 1981).

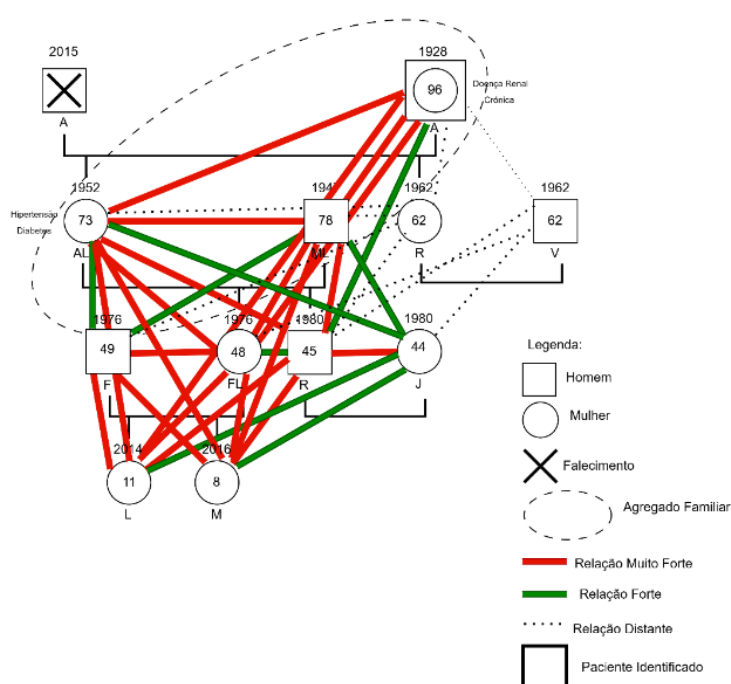


**Figura AP1.2 – Genograma da Família**  
Fonte: Autora do trabalho

*Família extensa:* O genograma de três gerações elaborado durante a primeira entrevista familiar (Figura AP1.3) mostra que Sr.<sup>a</sup> A, encontra-se viúva desde 2015 e tem duas filhas, ambas casadas. A Sr.<sup>a</sup> A que reside com a filha mais velha, a Sr.<sup>a</sup> AL, que se encontra casada com o Sr. ML e ambos tiveram um casal de filhos, agora já adultos, sendo a Sr.<sup>a</sup> F a filha mais velha e o Sr. R, o filho mais novo. Estes já constituíram família, vivendo em moradias próprias. No entanto, o Sr. R não tem filhos, enquanto a Sr.<sup>a</sup> F tem duas filhas. No que

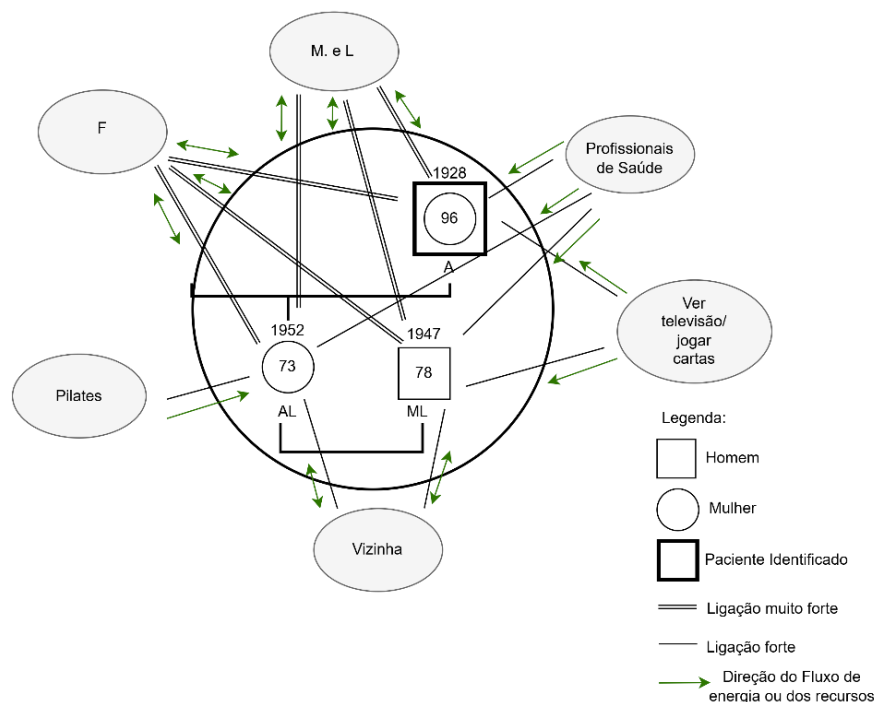
diz respeito ao tipo de relação com os familiares diretos (filhos e netas) do casal, é considerada como sendo uma boa relação, forte e consolidada, ajudando-se mutuamente, interagindo diariamente por via telefónica e pessoalmente.

Relativamente à filha mais nova da Sr.<sup>a</sup> A, a Sr.<sup>a</sup> R, encontra-se casada com o Sr. V, mas sem filhos. A relação destes para com a Sr.<sup>a</sup> A e o casal, a Sr.<sup>a</sup> AL e o Sr. ML, é uma relação distante, devido a conflitos com as partilhas de bens. Esta relação de distância faz com que existam poucos contactos entre os familiares e, que não exista nenhuma ajuda por parte destes, para cuidar da Sr.<sup>a</sup> A.



**Figura AP1.3 – Genograma da família extensa**  
**Fonte:** Autora do trabalho

*Sistemas mais amplos:* Como demonstra o ecomapa da Figura AP1.4, os subsistemas com os quais a família estabelece uma ligação comum são os profissionais de saúde e, principalmente, a neta F e as suas respetivas filhas, a L e a M.



**Figura AP1.4 – Ecomapa da família**

**Fonte:** Autora do trabalho

Cada um dos membros interage, por sua vez, em conjunto ou separadamente, com outras estruturas suprasistêmicas, nomeadamente com outros elementos do mesossistema (Bronfenbrenner, 1979). A Sr.ª AL, por exemplo, é frequentadora 1 vez por semana da aula de pilates e refere que é um bocadinho que sai de casa e que cuida de si, enquanto o Sr. ML e a Sr.ª A apreciam ver televisão e jogar as cartas um com o outro. O casal, a Sr.ª AL e o Sr. ML, interage com a vizinha que partilha de uma situação semelhante à deles do ponto de vista familiar.

*Etnia, raça e classe social:* Todos os membros da família são caucasianos, naturais de Portugal e dizem partilhar valores comumente aceites na cultura portuguesa. Segundo a escala de Graffar adaptada, a família situa-se na classe IV – classe social média, com uma pontuação parcelar de 3 no item profissão, 3 no item nível de instrução, 4 no item origem do rendimento familiar, 2 no item tipo de habitação e 2 no item local de residência, perfazendo um total de 14 pontos (Figura AP1.5).

| GRAUS | PROFISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INSTRUÇÃO                                                                                                        | ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR                                                                                                                                       | TIPO DE HABITAÇÃO                                                                                                                                              | LOCAL DE RESIDÊNCIA                         | PONTUAÇÃO          |                    |                    | POSIÇÃO SOCIAL                            |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------------------|
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |                                             | c/5 itens          | c/4 itens          | c/3 itens          |                                           |
| 1     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gr. Industriais e Comerciantes</li> <li>- Gestores de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>- Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>- Brigadeiro/General/Marechal</li> <li>- Profissões liberais de topo</li> <li>- Altos dirigentes políticos</li> </ul>                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucros de empresas, de propriedades</li> <li>- Heranças</li> <li>- Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul>   | - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto                                                                                                        | - Zona residencial elegante                 | 5<br>↑<br>↓<br>9   | 4<br>↑<br>↓<br>7   | 3                  | I<br>CLASSE ALTA<br>DATA __/__/__         |
| 2     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos Industriais e Comerciantes</li> <li>- Dirigentes de médias empresas</li> <li>- Agricultores / Proprietários</li> <li>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado</li> <li>- Oficiais das Forças Armadas</li> <li>- Profissões liberais</li> <li>- Professores Ens. Básico</li> <li>- Professores Ens. Secundário</li> <li>- Professores Universitários (s/ Doutoramento)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>                                           | - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável                                                                                                                | - Bom local                                 | 10<br>↑<br>↓<br>13 | 8<br>↑<br>↓<br>10  | 4<br>↓<br>6        | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br>DATA __/__/__  |
| 3     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequ. Industriais e Comerciantes</li> <li>- Quadros médios; Chefes de Secção</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↑)</li> <li>- Médicos agricultores</li> <li>- Sargentos e equiparados</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12º Ano</li> <li>- Nove ou mais anos de escolaridade</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vencimentos certos</li> </ul>                                                                                              | - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais                                                         | - Zona intermédia                           | 14<br>↑<br>↓<br>17 | 11<br>↑<br>↓<br>13 | 7<br>↑<br>↓<br>9   | III<br>CLASSE MÉDIA<br>DATA __/__/__      |
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequ. Agricultores/Rendeiros</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↓)</li> <li>- Operários semi-qualificados</li> <li>- Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolaridade ≥ 4 anos e &lt; 9 anos</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>- Pensionistas ou Reformados</li> <li>- Vencimentos incertos</li> </ul> | - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível                                                                      | - Bairro social / operário<br>- Zona antiga | 18<br>↑<br>↓<br>21 | 14<br>↑<br>↓<br>16 | 10<br>↑<br>↓<br>12 | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br>DATA __/__/__ |
| 5     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assalariados agrícolas</li> <li>- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não sabe ler ou escrever</li> <li>- Escolaridade &lt; 4 anos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência (subsídios)</li> <li>- RMG</li> </ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impróprio (barraca, andar ou outro)</li> <li>- Coabitación de várias famílias em situação de promiscuidade</li> </ul> | - Bairro de lata ou equivalente             | 22<br>↑<br>↓<br>25 | 17<br>↑<br>↓<br>20 | 13<br>↑<br>↓<br>15 | V<br>CLASSE BAIXA<br>DATA __/__/__        |

**Figura AP1.5 – Escala de Graffar adaptada**

**Fonte:** Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). MDAIF: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência

**Religião e espiritualidade:** A Sr.<sup>a</sup> A identifica-se como católica e, apesar das suas limitações de mobilidade, mantém-se assídua à missa dominical, assistindo-a semanalmente através da televisão. De forma semelhante, a Sr.<sup>a</sup> AL também se declara católica, frequentando a missa presencial apenas em ocasiões especiais, nomeadamente festas religiosas das netas. Nos restantes domingos, acompanha a mãe na missa televisiva, enquanto concilia esta prática com a preparação do almoço para os filhos e respectivas famílias. Já o Sr. ML afirma ser católico, embora se considere "não praticante" (sic).

**Ambiente:** A família em estudo vive na cidade de Évora, habitando numa moradia própria constituída por cave, rés do chão e primeiro andar, sem elevador. A cave é onde se encontra a garagem; O rés do chão é composto por uma entrada principal, uma cozinha com área de refeição, a lareira, bem como, os

eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, caldeira, máquina de lavar roupa), uma sala de estar e jantar e uma casa de banho. No piso um encontram-se os quartos: um para o casal (com uma varanda para o exterior), um de arrumos e, outro para Sr<sup>a</sup> A. e, por fim uma casa de banho. Os três pisos são interligados com escadas. Nesta habitação, não existe qualquer animal doméstico. A casa tem boas condições de higiene e habitabilidade, aquecimento pela lareira, abastecimento de água da rede pública e ligação à rede de saneamento básico.

### **Avaliação de Desenvolvimento**

*Estadio de desenvolvimento:* De acordo com a classificação de Duvall, citada por Joronen e Rantanen (2014), a família encontra-se no 8º e último estadio do ciclo vital (família idosa – da reforma à morte de um ou ambos os cônjuges). De acordo com McGoldrick, Preto e Carter (2016), encontra-se no 7º e último estadio (famílias a aproximar-se do fim de vida) e, segundo Relvas (2000), encontra-se na 5ª e última etapa do ciclo vital (família com filhos adultos).

*Tarefa:* Considerando os modelos de classificação anteriormente descritos, constata-se que esta família se encontra na etapa final do ciclo vital, o que demonstra uma consonância entre os diferentes referenciais quanto às transições normativas e às tarefas associadas a este período do desenvolvimento familiar. Conforme referido por Wright e Leahey (2012), esta fase pode implicar tarefas como a transmissão do legado familiar e o reajuste nas interações com a comunidade envolvente. No caso em análise, salientam-se como mais relevantes a adaptação progressiva ao processo de envelhecimento, a resposta às limitações físicas e cognitivas, a preparação para a morte e a reorganização dos papéis familiares, nomeadamente entre o casal, a geração mais velha (a Sr.<sup>a</sup> A) e também a geração mais nova (filhos, netas e nora) (McGoldrick, Preto & Carter, 2016). Importa ainda referir que a família demonstra satisfação com o contacto mantido com os filhos e respetivos companheiros, verificando-se consenso relativamente à distribuição dos papéis familiares. Não foram identificados conflitos de papéis nem sinais de sobrecarga neste domínio.

Contudo, importa salientar que, paralelamente a este equilíbrio relacional, o casal enfrenta atualmente uma nova exigência: o desempenho do papel de prestador de cuidados. Esta responsabilidade emerge na sequência do agravamento do estado de saúde da Sr.<sup>a</sup> A, exigindo uma reorganização das dinâmicas familiares para assegurar o apoio necessário à sua condição de dependência. Este papel, conforme descrito por Figueiredo (2012), traduz-se num padrão de interação guiado por valores e expectativas do sistema familiar, em consonância com os valores sociais sobre a forma como as famílias devem atuar perante situações de dependência. Envolve dimensões como o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso, e potenciais sinais de conflito ou saturação.

Durante a entrevista, foram identificados indicadores de possível saturação do papel, nomeadamente queixas de cansaço físico e episódios de lombalgia, associados ao esforço exigido pelo cuidado, dada a condição física da Sr.<sup>a</sup> A. O casal referiu ainda limitações significativas na sua liberdade, como a impossibilidade de sair de casa espontaneamente e o facto de já não conseguirem usufruir de férias com a filha e as netas, há mais de cinco anos. Apesar destas dificuldades, é expectável que, com o tempo, o casal possa desenvolver estratégias de adaptação e de gestão do papel de cuidador, ajustando-se progressivamente às exigências decorrentes desta nova fase do ciclo familiar.

Durante a entrevista com o casal, observou-se uma preocupação evidente relativamente ao futuro da Sr.<sup>a</sup> A e, por consequência, ao impacto que uma eventual dependência total poderá ter na dinâmica conjugal. Esta apreensão, expressa de forma mais intensa pela Sr.<sup>a</sup> AL, é partilhada por ambos e revela não só uma reflexão conjunta sobre o tema, mas também uma abertura para considerar estratégias e recursos que possam assegurar a continuidade dos cuidados e promover a resiliência familiar. Embora este núcleo familiar seja essencialmente constituído pelo casal, mantém-se permeável às interações com os filhos, o que implica que os profissionais de saúde devem alargar o seu olhar para além do subsistema conjugal, integrando também a complexidade das relações com a família alargada e a comunidade. Numa perspetiva de cuidados antecipatórios, torna-se particularmente relevante considerar a possibilidade de os filhos assumirem um papel mais ativo – para além da higiene corporal geral – na prestação de cuidados ou na tomada de decisões, à medida que as vulnerabilidades do casal, nomeadamente as limitações físicas da Sr.<sup>a</sup> AL, se tornam mais evidentes. Não obstante, o casal refere ainda não ter envolvido os filhos na aquisição de competências ligadas aos cuidados da geração mais velha, justificando esta opção com a intenção de não os sobrecarregar, dado o contexto profissional exigente e as responsabilidades familiares associadas à educação das netas.

Neste sentido, e tendo em conta que o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary contempla igualmente a análise das tarefas familiares em articulação com o seu desenvolvimento, considerou-se pertinente complementar a avaliação com a identificação de eventos normativos e não normativos suscetíveis de gerar stress familiar. Para esse efeito, recorreu-se à Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. Importa esclarecer que esta escala não mede diretamente a capacidade adaptativa da família, mas sim o nível de stress resultante de transições ocorridas no último ano, permitindo aferir o grau de exigência adaptativa e o risco de surgimento de problemas de saúde associados (Holmes & Rahe, 1967; Rahe, Mahan & Arthur, 1970). A avaliação da efetiva adaptação a esses eventos deverá ser aprofundada no âmbito da análise funcional da família.

Como se observa na Tabela AP1.1, a aplicação da escala revelou a ocorrência de doença grave da Sr.<sup>a</sup> A (53 pontos), mudanças nas condições de vida (25 pontos), alteração dos hábitos pessoais (24 pontos) e mudanças

das atividades sociais (18 pontos) do casal, totalizando 120 pontos. Este valor encontra-se abaixo do limiar mínimo de risco (150-200 pontos), o que sugere uma baixa probabilidade de incidência de doenças.

| Acontecimento                                  | Valor médio |
|------------------------------------------------|-------------|
| 1 Morte de cônjuge                             | 100         |
| 2 Divórcio                                     | 73          |
| 3 Separação conjugal                           | 65          |
| 4 Saída da cadeia                              | 63          |
| 5 Morte de um familiar próximo                 | 53          |
| 6 Acidente ou doença grave                     | 53          |
| 7 Casamento                                    | 50          |
| 8 Despedimento                                 | 47          |
| 9 Reconciliação conjugal                       | 45          |
| 10 Reforma                                     | 45          |
| 11 Doença grave de família                     | 44 ✓        |
| 12 Gravidez                                    | 40          |
| 13 Problemas sexuais                           | 39          |
| 14 Aumento do agregado familiar                | 39          |
| 15 Readaptação profissional                    | 39          |
| 16 Mudança da situação económica               | 38          |
| 17 Morte de um amigo íntimo                    | 37          |
| 18 Mudança no tipo de trabalho                 | 36          |
| 19 Alteração n.º de discussões com cônjuge     | 35          |
| 20 Contrair um grande empréstimo               | 31          |
| 21 Acabar de fazer um grande empréstimo        | 30          |
| 22 Mudança de responsabilidade no trabalho     | 29          |
| 23 Filho que abandona o lar                    | 29          |
| 24 Dificuldades com a família do cônjuge       | 29          |
| 25 Acentuado sucesso pessoal                   | 27          |
| 26 Cônjuge que inicia/termina emprego          | 26          |
| 27 Início ou fim de escolaridade               | 26          |
| 28 Mudança nas condições de vida               | 25 ✓        |
| 29 Alteração dos hábitos pessoais              | 24 ✓        |
| 30 Problemas com o patrão                      | 23          |
| 31 Mudança de condições ou hábitos de trabalho | 20          |
| 32 Mudança de residência                       | 20          |
| 33 Mudança de escola                           | 19          |
| 34 Mudança de diversões                        | 18          |
| 35 Mudança de atividades religiosas            | 19          |
| 36 Mudança de atividades sociais               | 18 ✓        |
| 37 Contrair uma pequena dívida                 | 17          |
| 38 Mudança nos hábitos de sono                 | 16          |
| 39 Mudança no número de reuniões familiares    | 15          |
| 40 Mudança nos hábitos alimentares             | 15          |
| 41 Férias                                      | 13          |
| 42 Natal                                       | 12          |
| 43 Pequenas transgressões à lei                | 11          |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>120</b>  |

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

### **Tabela AP1.1 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe**

**Fonte:** Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). MDAIF: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência.

Este resultado decorreu do agravamento da doença crónica da Sr.ª A, que culminou num internamento hospitalar de duas semanas. Situação esta que gerou mudanças significativas nas condições de vida do casal, impondo-lhes novas responsabilidades nos cuidados à Sr.ª A. Como consequência, houve alterações nas atividades sociais da família, como expressa pela Sr.ª AL: “Agora estamos limitados na nossa liberdade, já nem sequer consigo sair de casa momentaneamente” (sic). Essas mudanças refletiram-se diretamente nos hábitos sociais do núcleo familiar, restringindo a sua dinâmica e interação com o exterior.

*Vínculos:* De acordo com Wright e Leahey (2012), nesta fase do ciclo vital, os laços familiares tendem a ser mais próximos com as filhas adultas (ou noras) do que com os filhos adultos. No entanto, no presente caso, o casal refere manter uma relação mais forte com os filhos do que com o genro e a nora, apesar de esta também ser forte. Ambos os filhos almoçam quase diariamente em casa dos pais, o que revela um contacto frequente e uma dinâmica familiar bastante ativa. Ainda assim, é a filha F quem está mais presente no quotidiano familiar, em parte porque o casal desempenha um papel fundamental no apoio às suas netas, nomeadamente através do acompanhamento escolar, das atividades extracurriculares e da permanência das crianças na casa dos avós em períodos sem aulas ou quando assim o desejam. As netas mantêm, por sua vez, um vínculo afetivo muito forte com os avós, visitando-os diariamente e pernoitando com frequência em sua casa.

Este contexto revela um sistema familiar coeso e interdependente, mas também coloca o casal numa posição de particular exigência, ao terem de responder simultaneamente às necessidades da Sr.ªA, que depende cada vez mais de cuidados, e às necessidades de apoio às netas. Esta situação insere o casal na chamada “geração sanduíche” (Bertini, 2011), na medida em que se vêem pressionados a cuidar tanto da geração anterior como da seguinte, o que poderá comprometer, a médio prazo, a estabilidade do apoio que prestam, especialmente se as vulnerabilidades da Sr.ª A se agravarem.

### **Avaliação Funcional**

*Funcionamento instrumental / atividades de vida diária:* No que respeita às atividades instrumentais da vida diária, a Sr.ª A apresenta um grau significativo de dependência em várias áreas do autocuidado, sendo os cuidados assegurados maioritariamente por membros da família. Esta realidade reforça o papel central da rede familiar como principal sistema de suporte na manutenção do bem-estar da utente.

A Sr.ª A revela dependência total no que diz respeito à higiene pessoal (assumida na sua totalidade pela neta F) e ao vestuário, sendo esta tarefa assumidas principalmente pela filha, a Sr.ª AL. Também no uso do sanitário

e na mobilidade geral (atividade física), é necessária a presença e intervenção ativa da família, o que reflete o envolvimento diário destes cuidadores informais.

Apesar da autonomia preservada nas funções de alimentação e ingestão de líquidos, é evidente a necessidade de apoio noutras dimensões importantes da vida diária. A gestão do regime terapêutico, a vigilância do estado geral de saúde e a administração da medicação são asseguradas pelo genro, o Sr. ML, demonstrando-se um cuidador atento e implicado nestas responsabilidades, o que é indicativo de uma dinâmica familiar funcional e colaborativa.

Importa ainda sublinhar que, embora a Sr.<sup>a</sup> A. mantenha alguma autonomia em áreas como o sono-reposo e o lazer, o seu grau de dependência global exige uma coordenação familiar contínua e um esforço repartido entre diferentes membros, facto que poderá implicar um risco de sobrecarga futura, especialmente perante o envelhecimento ou fragilização dos cuidadores principais.

Apesar do envolvimento contínuo no cuidado à Sr.<sup>a</sup> A, a filha AL mantém-se funcional e ativa na gestão do seu agregado familiar. Demonstra elevado empenho na confeção das refeições, atividade que realiza com muito gosto, o que denota não apenas competência doméstica, mas também um esforço consciente na preservação das rotinas e da identidade familiar.

O Sr. ML revela igualmente um envolvimento significativo nas tarefas do quotidiano, nomeadamente nas atividades de manutenção da higiene da habitação, e no apoio logístico à geração mais nova, no sentido de ir buscar as netas à escola. Esta partilha de responsabilidades domésticas e familiares demonstra uma dinâmica conjugal cooperante, marcada pela complementaridade de papéis e por um elevado nível de compromisso intergeracional.

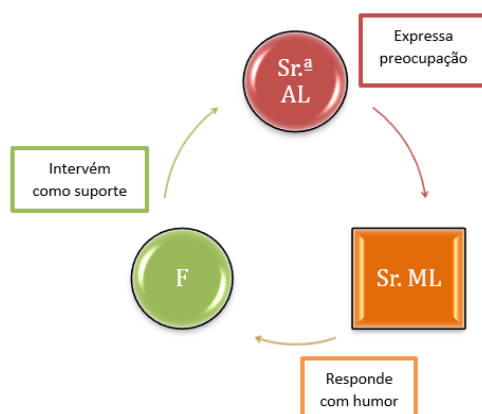
*Comunicação emocional e comunicação verbal e não-verbal:* Segundo as autoras do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, estas categorias, bem como as subsequentes, não devem ser interpretadas como critérios absolutos para determinar a saúde emocional de uma família. Com exceção de casos de violência ou abuso, o aspeto mais relevante, de acordo com Wright e Leahey (2012), reside na perceção que a própria família tem sobre o seu funcionamento.

No domínio da comunicação familiar, observa-se uma dinâmica funcional e favorável, tanto ao nível emocional como verbal e não verbal. Relativamente à comunicação emocional, a Sr.<sup>a</sup> AL é quem mais frequentemente expressa os seus sentimentos, embora o Sr. ML também o faça de forma relevante. Os membros da família demonstram satisfação com a forma como as emoções são comunicadas, e essa expressão é acolhida com aceitação, promovendo um ambiente emocionalmente seguro e coeso.

No que diz respeito à comunicação verbal e não verbal, todos os elementos da família revelam clareza e assertividade na forma como comunicam. Destaca-se, em particular, o Sr. ML, cuja expressão verbal é frequente e marcada por um estilo descontraído e bem-humorado, recorrendo com regularidade a jogos de palavras e brincadeiras linguísticas. Esta forma de comunicar, embora menos formal, contribui para um clima relacional positivo, facilitando a aproximação entre os membros e reforçando os laços afetivos. A congruência entre o conteúdo verbal e os sinais não verbais mantém-se globalmente eficaz, assegurando uma boa compreensão mútua.

*Comunicação circular e resolução de problemas:* De acordo com o exposto anteriormente no plano da comunicação circular, verifica-se um fluxo comunicacional recíproco e satisfatório. Os membros da família sentem-se escutados e compreendidos, e a forma como cada um se expressa tem um impacto globalmente positivo no funcionamento do sistema familiar, sustentando relações de confiança e apoio mútuo.

No que concerne à resolução de problemas, destaca-se novamente a Sr.<sup>a</sup> AL como a figura que tende a expressar mais frequentemente os sentimentos associados aos desafios familiares, assumindo também, com regularidade, a iniciativa na procura de soluções. O Sr. ML, embora menos proeminente nesse aspeto, participa igualmente no processo de comunicação emocional. A família demonstra abertura para discutir os problemas que enfrenta e expressa satisfação quanto à forma como essas discussões ocorrem. Além disso, recorre a recursos externos – nomeadamente os filhos da Sr.<sup>a</sup> AL e do Sr. ML – como suporte na resolução de dificuldades. As experiências anteriores de resolução bem-sucedida de problemas, com o envolvimento desses membros, reforçam a confiança nas estratégias utilizadas e revelam uma rede de apoio sólida e funcional. Como se pode ver a figura AP1.6 exemplifica o padrão descrito, uma vez que os diagramas de comunicação circular propostos por Tomm (2014) ajudam a elucidar este tipo de padrão.



**Figura AP1.6 – Diagrama de padrão circular**

**Fonte:** Autora do trabalho

Para complementar a avaliação da funcionalidade familiar, optou-se também pela aplicação do APGAR familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012; Smilkstein, 1978). Esta escala permite avaliar a percepção de cada um dos membros da família sobre a funcionalidade familiar, indicando se a família constitui (presumivelmente) ou não um recurso para cada elemento.

Os resultados obtidos revelaram uma percepção altamente positiva da funcionalidade familiar por parte de todos os membros avaliados (Sr. A, Sr. AL e o Sr. ML) (Tabela AP1.1). Cada um dos participantes atribuiu a pontuação máxima (10 pontos), assinalando a opção "Quase sempre" em todas as cinco dimensões avaliadas: apoio em momentos de preocupação, partilha e resolução de problemas, incentivo à autonomia, expressão afetiva e tempo de qualidade em família.

#### Sr.ª A

|                                                                                                                                              | 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           |               |             |

#### Sr.ª AL

|                                                                                                                                              | 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           |               |             |

#### Sr. ML

|                                                                                                                                  | 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 |  |  |

Pontuação:

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

#### **Tabela AP1.2: APGAR familiar de Smilkstein**

**Fonte:** Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). MDAIF: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência.

Ainda que a literatura recente questione a validade preditiva do APGAR familiar (Yaphe, 2018), os dados obtidos foram valiosos para fomentar o diálogo terapêutico, permitindo explorar de forma mais aprofundada as dinâmicas relacionais e os significados atribuídos pelos membros à sua vivência familiar.

A utilização desta escala, neste contexto, não se limitou à quantificação da funcionalidade familiar, mas serviu como ponto de partida para uma reflexão conjunta sobre os aspetos que fortalecem os laços familiares e os possíveis desafios que, embora não evidenciados na escala, possam emergir em contextos específicos do quotidiano.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão da dinâmica familiar, foi também utilizada a segunda versão da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II), desenvolvida por Olson, Bell e Portner, conforme citado por Amaral (2015). Esta escala, composta por 30 itens, foi aplicada seguindo as orientações propostas, e os resultados, apresentados no Tabela AP1.3, indicaram uma pontuação de 60 na subescala de coesão — classificando a família como ligada — e de 54 na subescala de adaptabilidade — caracterizando-a como flexível (Amaral, 2015). Estas pontuações sugerem que, de forma geral, a família apresenta um funcionamento moderadamente equilibrado.

|                                                                                                           | 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 |   |
| 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 |   |   |
| 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 |

[1] Quase nunca [2] De vez em quando [3] Às vezes [4] Muitas vezes [5] Quase sempre

### **Tabela AP1.3: Faces II**

**Fonte:** Adaptado de Fernandes, citada por Amaral, A. P. F. P. (2015). Qualidade do sono em estudantes do ensino profissional. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.19/2866>

*Papéis, influência e poder:* No que respeita à interação de papéis familiares, a divisão de responsabilidades revela-se bem estruturada e consensual, sem registos de conflito ou sobrecarga associada ao desempenho dos diferentes papéis. O papel de provedor é assumido por vários membros, nomeadamente o Sr. ML, a Sr.ª AL e a Sr.ª A, denotando uma partilha equilibrada e intergeracional do suporte económico e funcional. A gestão financeira é exclusivamente atribuída ao Sr. ML, com aceitação plena por parte dos restantes membros. No que toca aos cuidados domésticos e ao papel de parente, a Sr.ª AL assume um papel principal, embora com colaboração ativa do Sr. ML, o que reflete uma dinâmica conjugal cooperante. O papel recreativo é predominantemente desempenhado pelo Sr. ML, contribuindo para a manutenção da coesão familiar em contextos informais e lúdicos.

Em termos de influência e poder, o membro identificado como tendo maior poder na família é o Sr. ML, facto que não suscita insatisfação nem perceção de desigualdade por parte dos outros elementos. A família refere sentir-se confortável com a forma como cada membro influencia os comportamentos e decisões dos demais, sugerindo uma estrutura de poder funcional e adaptativa.

*Crenças:* No que diz respeito às crenças familiares, o agregado familiar identifica-se como católico não praticante, revelando uma filiação religiosa mais cultural do que ritualizada, sem envolvimento regular em práticas religiosas formais. Esta posição sugere que, embora a religião possa influenciar simbolicamente a identidade familiar, não se configura como eixo central na organização quotidiana ou na tomada de decisão.

No plano dos valores fundamentais, destacam-se a honestidade, empatia, sinceridade e respeito, princípios que orientam as interações entre os membros da família e sustentam uma convivência pautada por compreensão mútua, transparência relacional e cuidado interpessoal. Estes valores refletem uma coesão ética partilhada que contribui para a estabilidade emocional do sistema familiar e o reforço da sua resiliência em contextos de adversidade.

*Alianças e coligações:* são evidentes os laços fortes entre o casal (Sr.<sup>a</sup> AL e Sr. ML) e os seus filhos e netos, bem como uma ligação afetiva particularmente intensa entre a Sr.<sup>a</sup> A e os netos/bisnetos. Estas alianças reforçam a estabilidade emocional e funcional do sistema familiar, sendo percecionadas de forma positiva por todos os envolvidos.

### **Orientação Metodológica dos Diagnósticos e Intervenções**

A avaliação e intervenção junto da família foram orientadas pelos pressupostos do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Numa perspetiva de parceria colaborativa, e considerando que as famílias são sistemas abertos à informação, mas com uma organização interna própria, as intervenções devem ser construídas em conjunto com a família, respeitando aquilo que, para ela, tem significado (Alarcão, 2000). Assim, o papel do enfermeiro não é o de impor normas ou condutas, mas sim o de atuar como facilitador no processo de descoberta e mudança, apoiando a família na identificação de estratégias que façam sentido no seu contexto e momento de vida.

A formulação escrita dos diagnósticos, resultados esperados e intervenções, com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), baseou-se nas orientações do MDAIF (Figueiredo, 2012).

### **Diagnósticos de Enfermagem**

No contexto da família em análise, destacam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Dimensão Estrutural: não se identificaram alterações relevantes.
2. Dimensão de Desenvolvimento: não se verificaram necessidades específicas.
3. Dimensão Funcional: Papel de prestador de cuidados não adequado com base nos seguintes critérios de diagnóstico:
  - Autocuidado – Atividade recreativa: Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer não demonstrado
  - Autocuidado – Atividade física: Aprendizagem de Habilidades / Conhecimento do prestador de Cuidados sobre técnicas de mobilização e equipamentos adaptativos não demonstrado

- Saturação do papel de prestador de cuidados

### Planeamento de Cuidados e Intervenções de Enfermagem

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco:</b> Papel Prestador de Cuidados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Juízo:</b> Não demonstrado                                              |
| <b>Dimensão:</b> Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Juízo:</b> Não demonstrado                                              |
| <p><b>Dados de caracterização:</b> A Sr.<sup>a</sup> A gosta de jogar às cartas, mas revela que, neste momento não tem companhia para o fazer. Menciona que: "Gosto de jogos como a sueca, o burro ou o king; deixam-me entretida." (sic) e, "É uma forma simples, mas divertida, de passar o tempo." (sic).</p> <p>De facto, durante a entrevista, a filha e o genro mencionaram que, antes da hospitalização, a Sr.<sup>a</sup> A jogava frequentemente às cartas e apreciava muito essa atividade. Contudo, após o internamento e o aumento da dependência da mãe, os cuidadores relataram não ter disponibilidade nem tempo para continuar a realizar jogos com ela.</p> |                                                                            |
| <b>Critérios de Diagnóstico:</b> Conhecimento Não Demonstrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Papel Prestador de Cuidados Não Adequado |
| <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de incentivar e manter a prática de jogar cartas como uma atividade recreativa, social e estimulante para o bem-estar cognitivo e emocional da Sr.<sup>a</sup> A</li> <li>• Fazer uso de estratégias que permitam o prestador de cuidados usufruir de atividades de lazer;</li> <li>• Dinamizar de forma recorrente atividades de lazer entre família;</li> <li>• Aumentar a frequência do contacto com o meio envolvente.</li> </ul>                                                                                                 |                                                                            |
| <p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o Prestador de Cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer (jogar cartas é uma atividade que combina estimulação cognitiva, socialização e entretenimento, promovendo benefícios para a saúde mental e emocional, contribuindo desta forma para um cuidado mais holístico e centrado na pessoa);</li> <li>• Advogar prestador de cuidados para a promoção de atividades de lazer (identificados os momentos adequados para integrar o jogo de cartas na rotina da Sr.<sup>a</sup> A antes da hora do jantar);</li> </ul>                                                         |                                                                            |

- Motivar prestador de cuidados para a promoção de atividades de lazer (atividades como jogar as cartas ajudam a preservar funções cognitivas, como memória, atenção e raciocínio lógico, especialmente em pessoas idosas)

**Avaliação:** Confirmou-se a integração da atividade de lazer (jogo de cartas) na rotina diária, nomeadamente no período anterior ao jantar, conforme planeado/ajustado pela família

**Quadro AP1.1-** Papel do Prestador de Cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer: diagnósticos e intervenções

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco:</b> Papel Prestador de Cuidados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Juízo:</b> Não demonstrado                                              |
| <b>Dimensão:</b> Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do Prestador de Cuidados sobre técnicas de mobilização e de equipamentos adaptativos não demonstrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Juízo:</b> Não demonstrado                                              |
| <b>Dados de caracterização:</b> Até ao momento do internamento hospitalar, a utente Sr. <sup>a</sup> A apresentava autonomia nas atividades de vida diária (AVD), incluindo marcha independente, transferências e mobilidade geral. Após um período de hospitalização de aproximadamente duas semanas, observou-se um declínio significativo da sua funcionalidade, com limitações evidentes na marcha, nas transferências (cama-cadeira, sentado-de pé) e na manutenção da posição sentada. Durante a visita domiciliária, verificou-se que o prestador de cuidados informal não possuía conhecimentos adequados sobre técnicas de mobilização segura, o que poderá comprometer a segurança da utente e do próprio cuidador, além de dificultar a promoção da sua reabilitação funcional. |                                                                            |
| <b>Critérios de Diagnóstico:</b> Conhecimento/ Aprendizagens de Habilidades Não Demonstrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Papel Prestador de Cuidados Não Adequado |
| <b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimento sobre técnicas de mobilização e as aplique corretamente na Sr.<sup>a</sup> A, com supervisão;</li> <li>• Que o prestador de cuidados expresse maior confiança e autonomia na mobilização/transferência da Sr.<sup>a</sup> A;</li> <li>• Que o prestador de cuidados identifique o andador como equipamento adaptativo na marcha da Sra. A;</li> <li>• Aumentar a confiança do prestador de cuidados na promoção da independência da Sr.<sup>a</sup> A;</li> <li>• Promover um espaço seguro para diminuir o risco de quedas.</li> </ul>                                                                                                                                      |                                                                            |

**Intervenções:**

- Ensinar/ Instruir e Treinar o Prestador de Cuidados sobre técnicas de mobilização;
- Ensinar/ Instruir e Treinar o prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos (andarelo);
- Avaliar o risco de queda e consequentemente gerir o ambiente físico;

(Orientação sobre a relevância da prática de exercícios ativos e da marcha, mesmo que por curtos períodos; Demonstração e treino prático das técnicas de mobilização e transferências; Visualização de vídeos explicativos para reforçar os ensinamentos; Colaboração ativa na execução de todos os procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras e correção das técnicas aplicadas)

**Avaliação:** Na consulta de enfermagem seguinte em contexto domiciliário a Sr.ª AL executava corretamente as técnicas de mobilização e transferência da Sr.ª A, como explicado no último contacto de enfermagem.

**Quadro AP1.2-** Papel do Prestador de Cuidados sobre técnicas de mobilização e de equipamentos adaptativos: diagnósticos e intervenções

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco:</b> Papel Prestador de Cuidados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Juízo:</b> Não demonstrado                                              |
| <b>Dimensão:</b> Saturação do papel do prestador de cuidados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Juízo:</b> Sim                                                          |
| <b>Dados de caracterização:</b> Foi verificado existir algum cansaço da família, quando estes, a Sr.ª AL e o Sr. ML referem problemas físicos: “cuidar dela exige muito de mim e deixa-nos exaustos” (sic) “ando com uma lombalgia terrível porque tenho de a ajudar a levantar” (sic), emocionais: “dedico demasiado tempo a cuidá-la e sinto que o tempo é insuficiente para mim, já não vamos de férias à mais de cinco anos com a minha filha” (sic) e, psicológicos: “sensação de estar preso e isolado, por vezes só queria sair de casa momentaneamente, sem preocupação sobre ela” (sic). |                                                                            |
| <b>CrITÉRIOS de Diagnóstico:</b> Saturação SIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Papel Prestador de Cuidados Não Adequado |
| <b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender os limites do cuidador no que respeita ao papel de prestador de cuidados;</li><li>• Encontrar estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer em torno de rotinas gratificantes tendentes ao bem-estar;</li><li>• Redução do impacto do cuidar na sua saúde física (lombalgias da Sr.ª AL);</li><li>• Conhecer os direitos e recursos sociais e comunitários existentes.</li></ul>                                                                                                                                 |                                                                            |
| <b>Intervenções:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Avaliar a saturação do papel;
- Promover estratégias de coping para o papel;
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);
- Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);
- Requerer serviços de saúde;
- Orientar para serviços sociais;
- Requerer serviço social.

(Promovida uma consciencialização sobre o processo de cuidar e suas consequências, destacando a importância de reconhecer limitações e de solicitar apoio e colaboração sempre que necessário. Foi sugerido à Sr.ª AL. que organizasse períodos dedicados a atividades de sua preferência, como o pilates, bem como momentos pessoais, divididos em dois períodos do dia. Paralelamente, foi incentivada a aceitar a ajuda da filha durante esses intervalos, de acordo com a disponibilidade semanal da mesma.

Considerando que a família não concorda com a contratação de um cuidador a tempo inteiro nem com a colocação da Sr.ª A novamente num centro de dia, foi também proposta a alternativa de um serviço de apoio domiciliário. Esta solução visa proporcionar descanso aos cuidadores e permitir maior liberdade para realizarem outras tarefas.)

**Avaliação:** Durante a visita domiciliar de enfermagem, fui informada de que a Sr.ª AL solicitou apoio domiciliário uma vez por dia para auxiliar na higiene da mãe. Foi relatado que, desde o início deste serviço, duas auxiliares comparecem diariamente, trocando a roupa da cama, realizando a higiene e vestindo a Sr.ª A. Esse apoio tem proporcionado maior alívio e disponibilidade para a Sra. AL realizar outras atividades, reduzindo sua preocupação direta com essas tarefas. Porém, esta ajuda ainda se mantinha apenas no período da manhã.

#### **Quadro AP1.3 - Papel do Prestador de Cuidados na saturação do papel: diagnósticos e intervenções**

Conforme referido anteriormente, as intervenções implementadas basearam-se no Modelo de Intervenção Familiar de Calgary. No contexto deste modelo, a avaliação familiar não ocorre, obrigatoriamente, de forma separada das intervenções, já que algumas perguntas utilizadas visam não só avaliar, mas também estimular mudanças, tendo, por isso, um carácter simultaneamente avaliativo e interventivo. O simples ato de questionar pode levar a família a refletir sobre as suas crenças, perceções ou comportamentos, proporcionando assim uma oportunidade de mudança que, por si só, constitui uma forma de intervenção (Wright & Leahey, 2013).

Desta forma, diversas intervenções de enfermagem nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental foram conduzidas através de questões circulares, concebidas para identificar diferenças, promover alterações de comportamento ou fomentar a reflexão através de perguntas hipotéticas ou orientadas para o futuro, adaptadas a cada interação familiar (Wright & Leahey, 2013).

Adicionalmente, algumas intervenções ocorreram no contexto do reconhecimento e valorização das forças familiares e individuais, destacando os recursos existentes e aquilo que funciona bem no seio da família, reforçando, assim, a sua resiliência e a sensação de segurança perante as dificuldades.

Paralelamente, foram realizadas intervenções de carácter mais técnico, centradas na aplicação das técnicas de mobilização e transferência, que decorreram em articulação com momentos de ensino dirigidos a ambos os membros do casal. Esta abordagem teve como objetivo potenciar sinergias entre as diferentes dimensões do cuidado de enfermagem, combinando a componente educativa com a prática clínica. Tendo em conta que a família revela um bom nível de funcionalidade global, as intervenções prioritárias neste contexto passam, sobretudo, pelo reforço de estimular e consequentemente restaurar a independência.

### **Reavaliação**

A 23 de junho de 2025 a Sr.ª A faleceu no hospital após o seu quadro clínico se ter agravado.

Consequentemente, a perda da utente alvo de cuidados constituiu um momento marcante no percurso de intervenção junto da família, exigindo uma reformulação dos objetivos terapêuticos e do meu papel enquanto futura enfermeira especialista em ESF. Embora a utente fosse inicialmente o centro dos cuidados, a família, enquanto sistema relacional, permanece como foco de atenção e intervenção, de acordo com os princípios fundamentais do Modelo de Calgary e do MDAIF (Figueiredo, 2012).

O falecimento de um elemento central da dinâmica familiar representa não só uma experiência de perda, mas também um momento de transição e reconfiguração dos papéis, rotinas e significados partilhados. Nesta fase, a minha intervenção centrou-se no apoio ao processo de luto, na validação emocional, e na promoção da resiliência familiar, reconhecendo as respostas individuais e coletivas ao sofrimento.

Tornou-se importante criar espaço para a expressão da dor, escutar ativamente as narrativas da família sobre a perda, e ajudá-la a encontrar formas de integrar a memória da Sr.ªA, falecida, no seu novo quotidiano. Para além disso, importa acompanhar a família na reconstrução do seu equilíbrio interno, identificando forças, recursos relacionais e possibilidades de reorganização, respeitando sempre o ritmo e a cultura familiar.

A continuidade da intervenção após a perda permite não só honrar o vínculo terapêutico estabelecido, como também afirmar o papel da ESF na promoção da saúde relacional e emocional das famílias em momentos de crise e transição. Este acompanhamento contribui para a prevenção de luto complicado, para o fortalecimento das ligações familiares e para a criação de estratégias adaptativas perante a adversidade.

### **Reflexão crítica sobre o processo desenvolvido**

O processo de enfermagem apresentado anteriormente exemplifica a extensão e a profundidade com que foi trabalhado o primeiro domínio de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar. A partir da primeira entrevista familiar, recorreu-se a diversos instrumentos de avaliação recomendados por Figueiredo (2012) e outros autores, como a escala de Graffar, a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e o APGAR familiar, procurando avaliar os parâmetros sociais, o impacto das transições familiares e a percepção da funcionalidade familiar.

Posteriormente, a aplicação da escala FACES II permitiu uma análise mais detalhada da coesão e da adaptabilidade familiar. A escolha desta versão prendeu-se com a sua menor extensão, em comparação com a FACES IV, o que a tornava mais viável no contexto prático. Ainda assim, a sua implementação revelou desafios significativos, nomeadamente no tempo exigido, na necessidade de abordagem presencial. O facto de a aplicação da escala ter ocupado a totalidade do tempo disponível para o contacto familiar também implicou restrições, como a impossibilidade de realizar outras intervenções planeadas.

Além disso, foi possível observar que, embora as escalas forneçam dados estruturados importantes, podem, por vezes, condicionar a espontaneidade da conversa terapêutica, afastando o enfermeiro da escuta ativa e da valorização das narrativas familiares. A leitura contínua dos itens inibiu, em alguns momentos, a livre expressão das preocupações e dos sentimentos dos familiares, dificultando a construção de um plano de cuidados verdadeiramente colaborativo.

Este aspeto remete para a necessidade de se repensar o uso das escalas na prática clínica, ponderando o seu risco-benefício. Por vezes, a utilização seletiva de apenas alguns itens-chave pode constituir uma alternativa mais ajustada, funcionando como ponto de partida para exploração terapêutica, promovendo a reflexão da família sobre a sua realidade e facilitando a relação terapêutica.

O estágio também trouxe à luz as dificuldades na utilização da linguagem classificada para o registo das forças familiares, quer pela ausência de diagnósticos positivos suficientemente abrangentes, quer pelas limitações do programa SClínico, que atualmente não permite planear intervenções como “Identificar forças” ou

“Mobilizar forças”. Este constrangimento informático, aliado à limitação de tempo para registos, compromete a operacionalização plena do modelo centrado na família, especialmente em contextos de contacto breve.

Apesar destas limitações, ficou claro que é possível fazer uma avaliação familiar de qualidade através de contactos curtos e focados, como defendem Wright e Leahey (2012), recorrendo a estratégias como a boa comunicação, a construção de genogramas e ecomapas, a colocação de questões terapêuticas e a valorização das forças familiares.

Por fim, esta experiência de estágio revelou-se uma ferramenta de aprendizagem transformadora, permitindo integrar teoria e prática, aprofundar o raciocínio clínico e refletir sobre os desafios e oportunidades da atuação em ESF. A intervenção foi orientada por uma lógica de parceria colaborativa com as famílias, respeitando os seus ritmos e significados, e sempre com o objetivo de gerar ganhos em saúde com base numa abordagem personalizada, flexível e centrada nas relações.

## Apêndice II - Percurso Formativo e Científico Desenvolvido no âmbito do Estágio

As atividades apresentadas sistematizam o percurso formativo, científico e de disseminação do conhecimento desenvolvido entre 2025 e 2026, evidenciando o investimento na atualização profissional, na PBE e na consolidação das competências do EEESF.

### 1. Formação Contínua

| Data    | Atividade Formativa                                                                       | Entidade Promotora        | Local/ Plataforma                          | Tipo de Participação | Contributo para o Desenvolvimento de Competências                                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2026 | Webinar - Feridas: Está a fazer o melhor?                                                 | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Atualização de conhecimentos na prevenção e tratamento de feridas, com contributo para a segurança, qualidade dos cuidados e tomada de decisão clínica. |
| 04/2026 | WEBINAR - Cuidados na Comunidade: Desafios e Boas Práticas na Gestão de Feridas Complexas | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Atualização de conhecimentos na gestão de feridas complexas, com contributo para a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados na comunidade       |
| 03/2026 | Webinar - Assistência pré-natal: desafios atuais e de futuro                              | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Aprofundamento de conhecimentos na vigilância pré-natal e no acompanhamento da família em transição para a parentalidade                                |
| 03/2026 | EaQ - Unidades de Investigação em Enfermagem: da Conceção à Implementação Transformadora  | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Reforço de competências de investigação, inovação e transferência do conhecimento para a prática clínica                                                |
| 03/2026 | Webinar – Do Hospital à Comunidade: Estratégias Inovadoras no Cuidar da Pessoa com AVC    | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Atualização sobre continuidade de cuidados e articulação entre níveis de cuidados à pessoa e família em situação de AVC                                 |
| 03/2026 | EaQ – Contextos para a Prática Clínica de Excelência                                      | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Reflexão sobre ambientes de prática, qualidade dos cuidados e desenvolvimento profissional contínuo                                                     |
| 03/2026 | Webinar – Cuidar com Consciência – Ética e Deontologia em Reflexão – parte 3              | Ordem dos Enfermeiros     | Plataforma digital<br>"Cisco Webex Events" | Participante         | Reforço da responsabilidade ética e deontológica, sustentando uma tomada de decisão fundamentada                                                        |
| 02/2026 | Curso Fundamentos da Felicidade Organizacional                                            | Happiness Business School | Plataforma NAU                             | Participante         | Desenvolvimento de competências relacionadas com bem-estar profissional, cultura organizacional e qualidade dos contextos de trabalho                   |

|         |                                                                                               |                                                        |                                            |              |                                                                                                                          |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02/2026 | Workshop – Como escrever um artigo científico – 1.º Encontro de Investigação e Inovação       | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Desenvolvimento de competências de escrita científica, comunicação académica e disseminação do conhecimento              |
| 02/2026 | Curso Tudo sobre Diabetes                                                                     | Instituto Politécnico de Viana do Castelo              | Plataforma NAU                             | Participante | Atualização de conhecimentos na gestão da doença crónica, educação terapêutica e capacitação da pessoa e família         |
| 02/2026 | Curso Competências para a Interculturalidade                                                  | Instituto Nacional de Administração, I.P.              | Plataforma NAU                             | Participante | Reforço de competências de comunicação intercultural, equidade e prestação de cuidados culturalmente sensíveis           |
| 02/2026 | Webinar – Investigação Hands On: Conhecer, Usar e Criar!                                      | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Aprofundamento de competências de investigação aplicada e PBE                                                            |
| 01/2026 | Webinar – Desafios da Gestão em Enfermagem                                                    | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Reforço de competências de gestão, liderança clínica e organização dos cuidados                                          |
| 01/2026 | Módulo 0 do Curso FMAL – Formação Multidisciplinar no Apoio ao Luto                           | Universidade de Aveiro                                 | Universidade de Aveiro                     | Participante | Aprofundamento de conhecimentos no acompanhamento de situações de perda, luto e transições familiares                    |
| 11/2025 | EaQ - Vacinação: Governação e Prática na Atualidade                                           | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Atualização de conhecimentos em vacinação, governação clínica e práticas preventivas nos CSP                             |
| 11/2025 | Webinar - Diabetes                                                                            | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Reforço de conhecimentos sobre doença crónica, adesão terapêutica e capacitação da pessoa e família                      |
| 10/2025 | Webinar - Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas em fim de vida e pessoas em luto | Ordem dos Enfermeiros                                  | Plataforma digital<br>“Cisco Webex Events” | Participante | Aprofundamento da abordagem a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, fim de vida e luto                      |
| 05/2025 | Curso Prevenção da Doença Respiratória                                                        | Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto | Plataforma NAU                             | Participante | Atualização de conhecimentos em promoção da saúde e prevenção da doença respiratória                                     |
| 04/2025 | Curso Comunicar com Clareza                                                                   | NAU - Cenjor                                           | Plataforma NAU                             | Participante | Reforço de competências comunicacionais, com impacto na relação terapêutica, literacia em saúde e comunicação científica |

Quadro AP2.1 – Atividades de formação contínua desenvolvidas no âmbito do estágio

## 2. Participação em eventos científicos

| Data    | Evento Científico                                                                                                                                                                                                                   | Entidade Organizadora                                                    | Local/ Plataforma                                                     | Tipo de Participação | Contributo para o Desenvolvimento de Competências                                                                                                                                |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2026 | XXIV Congresso Anual da APECSP – Desafios da Integração dos CSP nas ULS                                                                                                                                                             | APECSP – Associação Portuguesa de Enfermeiros de CSP                     | Escola de Enfermagem da Universidade de Lisboa, Pólo Artur Ravara     | Participante         | Reflexão sobre os desafios da integração dos CSP nas ULS, com contributo para a articulação de recursos, continuidade dos cuidados e qualidade das respostas à pessoa e família. |
| 03/2026 | II Simpósio da APEF – Enfermagem de Saúde Familiar em Análise: Evidências e Caminhos para a consolidação                                                                                                                            | APEF – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Família                   | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo | Participante         | Contacto com evidência atual e reflexão crítica sobre os caminhos de consolidação da ESF                                                                                         |
| 03/2026 | Workshop – Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem Familiar (II Simpósio da APEF – Enfermagem de Saúde Familiar em Análise: Evidências e Caminhos para a Consolidação)                                                              | APEF – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Família                   | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo | Participante         | Aprofundamento da tomada de decisão clínica especializada no cuidado à família                                                                                                   |
| 03/2026 | Webinar – Registos de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar e Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (2.º Congresso internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar) | Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém         | Participante         | Valorização dos registos especializados como instrumento de continuidade, qualidade e visibilidade dos cuidados                                                                  |
| 02/2026 | 2 <sup>nd</sup> International Congress Family Health (ICFH'26)                                                                                                                                                                      | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                       | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                    | Participante         | Contacto com investigação internacional e experiências relevantes no âmbito da saúde familiar                                                                                    |
| 02/2026 | Workshop – Perdas e Transições Familiares (2 <sup>nd</sup> International Congress Family Health (ICFH'26)                                                                                                                           | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                       | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                    | Participante         | Aprofundamento da intervenção junto de famílias em processos de perda, adaptação e transição                                                                                     |
| 01/2026 | 2.º Congresso internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar                                                                                                                                      | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém            | Online                                                                | Participante         | Atualização científica em enfermagem comunitária, saúde pública e saúde familiar                                                                                                 |
| 12/2025 | IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores                                                                                                                                                    | Ordem dos Enfermeiros                                                    | Centro Pastoral Paulo VI                                              | Participante         | Reflexão sobre liderança, gestão, desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade dos cuidados                                                                              |

|         |                                                                                                                   |                                                                      |                                                             |              |                                                                                                              |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/2025 | X Jornadas de Enfermagem do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira E.P.E.R.                                  | Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira E.P.E.R.                 | Centro Cultural e de Congressos de Angra do Heroísmo        | Participante | Contacto com práticas clínicas diversificadas e experiências de melhoria em diferentes contextos de cuidados |
| 10/2025 | II Encontro Internacional de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica                              | Ordem dos Enfermeiros                                                | Universidade de Aveiro                                      | Participante | Atualização de conhecimentos sobre cuidados à criança, jovem e família ao longo do desenvolvimento           |
| 09/2025 | 4.º Seminário Nacional/1º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, CSP da ULS São João – O Debate | CSP da ULS São João                                                  | Online                                                      | Participante | Reflexão sobre desafios, práticas e evidência em ESF nos CSP                                                 |
| 09/2025 | Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária                                                                 | Ordem dos Enfermeiros                                                | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra                    | Participante | Atualização científica na intervenção comunitária, promoção da saúde e continuidade dos cuidados             |
| 06/2025 | II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar                                                                       | Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria | Participante | Aprofundamento de conhecimentos específicos em ESF e partilha de experiências profissionais                  |
| 06/2025 | III Congresso Internacional A Criança no Mundo Hoje e Amanhã                                                      | Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu   | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu  | Participante | Atualização sobre saúde da criança, adolescente e família, com enfoque ético e comunitário                   |
| 05/2025 | VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar                                                           | SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar         | Escola Superior de Saúde de Santa Maria                     | Participante | Contacto com evidência, práticas inovadoras e investigação centrada na família como unidade de cuidados      |
| 05/2025 | Workshop – Famílias no Final do Ciclo Vital (VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar)             | SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar         | Escola Superior de Saúde de Santa Maria                     | Participante | Aprofundamento da intervenção com famílias em situações de fim de vida, perda e adaptação familiar           |

Quadro AP2.2 – Participação em eventos científicos no âmbito do percurso formativo

### 3. Comunicações Científicas: Comunicações Orais e Pósteres

| Data    | Tipo de Trabalho | Título                                                                                  | Evento Científico                                                                                        | Entidade Organizadora                                | Local/ Plataforma                                                     | Tipo de autoria/<br>Participação | Distinção                               | Contributo para o Desenvolvimento de Competências                                                                                                                                                       |
|---------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2026 | Comunicação Oral | Quem decide na vacinação? A arquitetura da decisão clínica do Enfermeiro de Família     | XXIV Congresso Anual da APECSP – Desafios da Integração dos CSP nas ULS                                  | APECSP – Associação Portuguesa de Enfermeiros de CSP | Escola de Enfermagem da Universidade de Lisboa, Pólo Artur Ravara     | Coautora                         |                                         | Reflexão crítica sobre a tomada de decisão clínica do enfermeiro de família no âmbito da vacinação, com contributo para a prevenção da doença, segurança dos cuidados e promoção da literacia em saúde. |
| 03/2026 | Comunicação Oral | Da Sobrecarga ao Equilíbrio: uma Jornada Guiada pelo Modelo de Calgary                  | II Simpósio da APEF – Enfermagem de Saúde Familiar em Análise: Evidências e Caminhos para a consolidação | Associação Portuguesa de Enfermagem Familiar         | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo | Apresentadora<br><br>Coautora    |                                         | Disseminação de uma intervenção familiar sustentada no Modelo Calgary, com enfoque na avaliação sistémica e capacitação da família                                                                      |
| 03/2026 | Comunicação Oral | Identificar o Invisível: Avaliação Sistémica e Gestão Familiar da Doença Crónica em CSP | II Simpósio da APEF – Enfermagem de Saúde Familiar em Análise: Evidências e Caminhos para a consolidação | Associação Portuguesa de Enfermagem Familiar         | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo | Coautora                         |                                         | Contributo para a visibilidade da avaliação familiar e da gestão da doença crónica em contexto de CSP                                                                                                   |
| 02/2026 | Comunicação Oral | Atividade Documental dos Cuidados prestados à família nos CSP portugueses no ano 2024   | 2 <sup>nd</sup> International Congress Family Health (ICFH'26)                                           | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro   | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                    | Coautora                         |                                         | Reflexão crítica sobre a documentação dos cuidados à família e a visibilidade da ESF                                                                                                                    |
| 09/2025 | Comunicação Oral | Comunicação Familiar em Perspetiva Cinematográfica: O                                   | 4.º Seminário Nacional/1º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde                                 | CSP da ULS São João                                  | Online                                                                | Apresentadora<br><br>Coautora    | Menção Honrosa de Originalidade do tema | Desenvolvimento de uma abordagem reflexiva e pedagógica sobre                                                                                                                                           |

|         |                  |                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                      |                                                             |                           |                              |                                                                                                                         |
|---------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                  | Enfermeiro de Família como Facilitador Terapêutico                                                              | Familiar, CSP da ULS São João – O Debate                                            |                                                                      |                                                             |                           |                              | comunicação familiar e papel terapêutico do enfermeiro de família                                                       |
| 06/2025 | Comunicação Oral | Registos Omissos, Cuidados Comprometidos – Impacto na Enfermagem Familiar                                       | II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar                                         | Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria | Coautora                  | 1.º Prémio Comunicação Oral  | Disseminação de conhecimento sobre o impacto dos registos na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados à família |
| 06/2025 | Póster           | Modelo de Calgary: Avaliação Familiar e Impacto na Prática do Enfermeiro de Família                             | II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar                                         | Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria | Coautora                  |                              | Divulgação da aplicação do Modelo Calgary como instrumento de avaliação e intervenção familiar                          |
| 06/2025 | Comunicação Oral | Contraceção de Emergência na Adolescência: Um Dilema Ético                                                      | III Congresso Internacional A Criança no Mundo Hoje e Amanhã                        | Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu   | Online                                                      | Apresentadora<br>Coautora |                              | Reflexão ética sobre a tomada de decisão em saúde sexual e reprodutiva na adolescência                                  |
| 05/2025 | Comunicação Oral | Registos de Enfermagem nas USF: Foco nos Indicadores ou Qualidade dos Cuidados?                                 | VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar                             | SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar         | Escola Superior de Saúde de Santa Maria                     | Coautora                  |                              | Reflexão crítica sobre a relação entre indicadores, registos e qualidade dos cuidados em contexto de USF                |
| 04/2025 | Comunicação Oral | Vacinação Antipneumocócica em Idosos: Dois Anos Após o Fim do PMCQ, o que mudou?                                | XXIII Congresso Anual da APECSP – Desafios e Oportunidades para a Enfermagem em CSP | APECSP – Associação Portuguesa de Enfermeiros de CSP                 | Auditório do Município de Barcelos                          | Apresentadora<br>Coautora | 2.º Prémio Comunicação Livre | Disseminação de uma intervenção de prevenção em saúde, com enfoque na avaliação de resultados e melhoria contínua       |
| 02/2025 | Póster           | PMCQ: Intervenção de Enfermagem à Família em Processo de Luto                                                   | International Congress Family Health (ICFH'25)                                      | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                   | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro          | Apresentadora<br>Coautora |                              | Partilha de uma intervenção de enfermagem à família em situação de luto e transição familiar                            |
| 02/2025 | Póster           | Estratégias de Intervenção à Família em Transição para a Parentalidade nos CSP, um Protocolo de Revisão Scoping | International Congress Family Health (ICFH'25)                                      | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro                   | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro          | Coautora                  |                              | Desenvolvimento de competências de investigação e síntese da evidência sobre transição para a parentalidade             |

|         |        |                                                                           |                                                |                                                    |                                                    |          |  |                                                                                               |
|---------|--------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02/2025 | Póster | Estudo de Caso: o Papel do Enfermeiro na Capacitação da Família Cuidadora | International Congress Family Health (ICFH'25) | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | Coautora |  | Divulgação de uma intervenção centrada na capacitação da família cuidadora em contexto de CSP |
|---------|--------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro AP2.3 – Comunicações científicas desenvolvidas no âmbito do percurso académico e profissional

## 4. Publicações

| Data | Título do trabalho                                                                                              | E - Book                                                                                                | Tipo de participação | Entidade                                                   | ISBN/DOI/URL            | Contributo para o Desenvolvimento de Competências                                                                                                                                                |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025 | Comunicação Familiar em Perspetiva Cinematográfica: O Enfermeiro de Família como Facilitador Terapêutico        | 4.º Seminário Nacional & 1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar – Livro de resumos | Coautora             | Unidade Local de Saúde de São João.                        | ISSN 2975               | Produção e disseminação de conhecimento sobre comunicação familiar, relação terapêutica e papel facilitador do enfermeiro de família, valorizando uma abordagem reflexiva e centrada na família. |
| 2025 | Contraceção de emergência na adolescência: um dilema ético                                                      | III International Congress The Child in The World Today and Tomorrow – Proceedings                      | Coautora             | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu | ISBN: 978-989-36624-0-3 | Produção e disseminação de conhecimento científico sobre ética, adolescência e tomada de decisão em enfermagem                                                                                   |
| 2025 | Estratégias de Intervenção à Família em Transição para a Parentalidade nos CSP um Protocolo de Revisão Scoping; | <i>International Congress of Family Health – ICFN25: Proceedings</i>                                    | Coautora             | Universidade de Aveiro                                     | ISBN 978-989-9253-10-0  | Produção científica orientada para a intervenção familiar e para a PBE em CSP                                                                                                                    |
| 2025 | Estudo de Caso: o Papel do Enfermeiro na Capacitação da Família Cuidadora                                       | <i>International Congress of Family Health – ICFN25: Proceedings</i>                                    | Coautora             | Universidade de Aveiro                                     | ISBN 978-989-9253-10-0  | Disseminação de conhecimento sobre capacitação familiar, continuidade dos cuidados e intervenção do enfermeiro de família                                                                        |
| 2025 | PMcq: Intervenção de Enfermagem à Família em Processo de Luto                                                   | <i>International Congress of Family Health – ICFN25: Proceedings</i>                                    | Coautora             | Universidade de Aveiro                                     | ISBN 978-989-9253-10-0  | Partilha de conhecimento sobre intervenção familiar em processos de perda, luto e adaptação                                                                                                      |
| 2025 | Registos de Enfermagem nas USF: Foco nos Indicadores ou Qualidade dos Cuidados?                                 | Livro de Resumos do VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar                          | Coautora             | Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar       | ISBN: 978-989-54290-0-4 | Produção científica sobre registos, indicadores, qualidade dos cuidados e visibilidade da ESF                                                                                                    |

Quadro AP2.4 – Publicações científicas desenvolvidas no âmbito do percurso académico e profissional

## **ANEXOS**

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

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

| Submetido para parecer e autorização das Instituições Parceiras



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

**Domínio Científico:** Ciências da Saúde

**Descritores (MeSH)**

Transição  
Família  
Cuidar  
Enfermagem

**Data do início do projeto:** janeiro de 2018

**Data prevista do término:** Final de 2026

**Previsão de Instituições Envolvidas:**

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

Escola Superior de Saúde de Leiria

## ENQUADRAMENTO

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

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

O projeto está estruturado em seis fases:

**Fase I: Revisão Sistemática da Literatura:** A Revisão sistemática da literatura representa a utilização de método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários.

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

face às famílias.

A pesquisa será feita tendo por base os descritores definidos (MeSH ou caso não seja possível, utilizar palavras chave) e os artigos a selecionar têm por base os seguintes critérios de inclusão: artigos datados de um período pós-2005 (ou seja, com menos de dez anos); artigos cujo título contenha uma ou mais palavras dos nossos descritores em português, inglês ou espanhol; artigos que embora não incluindo as palavras anteriormente referidas, após a leitura do seu resumo/*abstract* apresentem potencial relevância para o trabalho em questão. Proceder-se-á à leitura e avaliação crítica do estado da arte no domínio em estudo. Para a realização desta fase deverá utilizar-se como referencial teórico o Modelo das Transições de Afaf Meleis (2000), o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e a taxonomia CIPE® (versão 2.0).

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

Esta escala é uma adaptação da *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003. Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do que relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright e Leahey, 2012), e os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Barbiéri, MC et al., 2009). A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Barbiéri, MC et al., 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou dimensões: família como um recurso nos cuidados

de enfermagem – 10 itens; família como um parceiro dialogante – 8 itens; família como um fardo – 4 itens e família como próprio recurso – 4 itens. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família. A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Barbiéri, MC. et al., (2009). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduzem-se na Tabela 1.

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

Tabela 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

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

O projeto aqui apresentado servirá de base à possibilidade de diferentes estudos, sejam estes de cariz descritivo ou de cariz correlacional. O mesmo será aplicado a enfermeiros portugueses e que aceitem participar voluntariamente na investigação, independentemente do seu contexto laboral. Serão tidos em consideração todos os procedimentos éticos inerentes à realização e condução de

uma investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes (Anexo I)

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

**Fase IV: Elaboração do relatório final.**

## **GOALS**

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

## **QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

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

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

## **POPULAÇÃO ALVO**

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

- Enfermeiros portugueses/Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou a desenvolverem a sua prestação de cuidados/ensino clínico em Portugal;

- Enfermeiros/Estudantes que concordem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

## **ENTIDADE PROMOTORA**

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

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

## **EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO**

### **Coordenadores do Projeto de Investigação**

- 
- João Frade, PhD, MPH, RN, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria
  - Carolina Miguel Graça Henriques, Pós-Doc, PhD, MsC, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, [carolina.henriques@ipleiria.pt](mailto:carolina.henriques@ipleiria.pt).

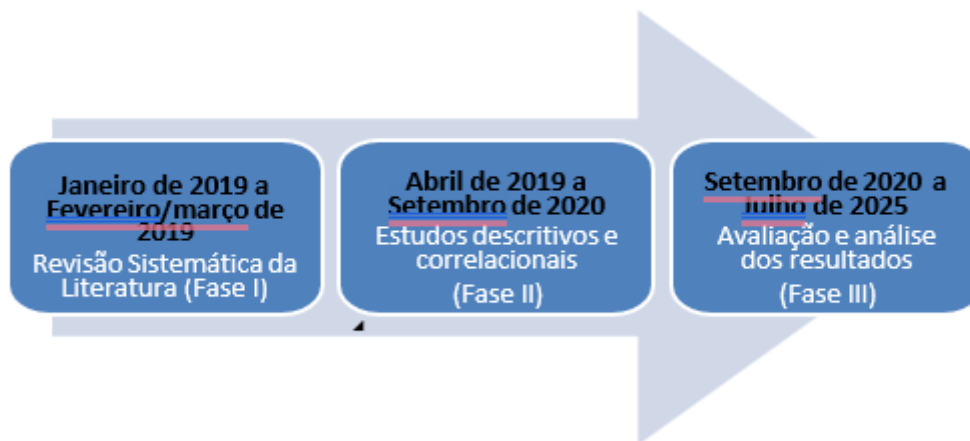
### **Equipa de Investigação**

- 
- Estudantes de enfermagem da formação pré (licenciatura) e pós

graduada (mestrados).

- Outros docentes que venham a colaborar no projeto

## CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



## DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

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

## ANEXOS

### INFORMAÇÃO SOBRE A INVESTIGAÇÃO

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

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-se como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria,

no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

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

Obrigado pela sua colaboração.

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

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

---

### **Declaração de Consentimento**

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador e colaboradores. Fui alertada para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário. A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nº/Código \_\_\_\_\_

### **QUESTIONÁRIO**

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

*Professora Doutora Carolina Henriques, RN, M.Sc., Ph.D.,*

*Pos-Doc Professora Doutora Maria Clarisse Martins Louro, RN,*

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

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

**Estudantes**

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

*Tel.: (+351) 244 845 300*

## Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_(anos)

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

- ☐ Solteira
- ☐ União de fato/ Casada
- ☐ Separada/Divorciada
- ☐ Viúva

3. Qual o seu nível de escolaridade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

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

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Especialista

5. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. Selecione a opção que mais se adequa à sua situação.

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

6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Anos: \_\_\_\_\_

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem?

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- ☐ Cuidados de Saúde Diferenciados

☐ Cuidados de Saúde Primários

☐ Lares

☐ Outro: \_\_\_\_\_

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

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

☐ **Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

☐ Contexto Académico ☐ Formação Continua ☐ Outro: \_\_\_\_\_

☐ **Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

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

**X**

**1-** Discordo completamente

**2-** Discordo

**3-** Concordo

**4-** Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

|                                                                                                                                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 1. É importante saber quem são os membros da família do utente                                                                   |          |          |          |          |
| 2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho                                                                     |          |          |          |          |
| 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.                                                       |          |          |          |          |
| 4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.            |          |          |          |          |
| 5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)                                                     |          |          |          |          |
| 6. No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente |          |          |          |          |
| 7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.                                                            |          |          |          |          |
| 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias                                                                                      |          |          |          |          |

|                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro |  |  |  |  |
| 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho                                                           |  |  |  |  |
| 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente          |  |  |  |  |
| 12. 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 da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.                                               |  |  |  |  |
| 16. Pergunto às famílias como as posso apoiar                                                                                   |  |  |  |  |
| 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.               |  |  |  |  |
| 18. Considero os membros da família como parceiros                                                                              |  |  |  |  |
| 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente                                             |  |  |  |  |
| 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil                                                                       |  |  |  |  |
| 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho                                     |  |  |  |  |
| 22. É importante dedicar tempo às famílias                                                                                      |  |  |  |  |
| 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar                                                       |  |  |  |  |
| 24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados                                                  |  |  |  |  |
| 25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação                   |  |  |  |  |
| 26. A presença de membros da família deixa-me em Stress                                                                         |  |  |  |  |

## Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para o Projeto ‘CUIDARFAM’

### 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 Frade<sup>1</sup>, Carolina Miguel Henriques<sup>2</sup> outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

**Filiação Institucional:** <sup>1</sup> Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; <sup>2</sup> 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, por ser 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.

Faço 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:

*Núria Flomena Botelho*



Associação Portuguesa de Escolas de Enfermagem



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

FCT  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia