

Curso de 2º ciclo de estudos em Enfermagem Comunitária
na área de Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Trabalho Final da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de
Cuidados de Saúde à Família em contexto USF/UCSP com Relatório Final

Micael Areia Inês

Orientador: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, setembro de 2022

Curso de 2º ciclo de estudos em Enfermagem Comunitária
na área de Enfermagem de Saúde Familiar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Trabalho Final da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de
Cuidados de Saúde à Família em contexto USF/UCSP com Relatório Final

Apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Micael Areia Inês (n.º estudante: 5200323)

Orientador: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, setembro de 2022

Não estou a dizer que as diferentes descrições que os membros de uma família fazem são diferentes visões do mesmo sistema. Estou a dizer que não há uma maneira de o sistema ser; que não há família absoluta e objetiva.

– Humberto Maturana

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho apenas foi possível graças ao contributo de várias pessoas, às quais estou verdadeiramente grato:

À Professora Doutora Teresa Kraus, pelo voto de confiança e encorajamento, por toda a orientação, disponibilidade, conhecimento e apoio oferecido, tanto nos estágios, como nas aulas e na realização deste trabalho, o meu sincero obrigado.

À Professora Doutora Joana Sequeira, pelos conhecimentos, proficiência e entrega, obrigado por tudo.

A todos os Professores da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria que lecionaram neste curso de mestrado, estou verdadeiramente grato pelas vossas aulas e por terem partilhado o vosso conhecimento e me terem ajudado neste percurso.

À Enfermeira Alda Pereira, pela orientação, experiência, conhecimento e pragmatismo, muito obrigado pela disponibilidade e por todas as observações feitas ao longo deste percurso, que muito me ajudaram a crescer.

À minha querida família, nomeadamente à minha esposa, minhas filhas e meus pais, pela enorme e indescritível compreensão, apoio, paciência, incentivo e total disponibilidade para ajudar, obrigado a todos pelo vosso amor, do fundo do coração.

À minha estimada colega de estágio, Filipa Sousa, pelas partilhas, reflexões e apoio e às minhas estimadas colegas de trabalhos de grupo, Catarina Teixeira, Goreti Cabecinhas, Marta Duarte, Silvina Feliciano e Ana Rita Batalha, obrigado por todo o esforço, espírito de equipa, encorajamento e boa disposição – qualidades que muito valorizo em cada uma de vós. Aos meus colegas de turma, a grande maioria com mais experiência do que eu em cuidados de saúde primários, obrigado por todas as vossas partilhas e observações, que muito enriqueceram a minha aprendizagem.

Aos meus amigos e colegas que direta ou indiretamente me apoiaram nesta fase da minha vida em que estive menos disponível, o meu sincero obrigado.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AE – Atitudes dos enfermeiros

AE-IFCE – Atitudes dos enfermeiros relativamente à importância que atribuem às famílias nos cuidados de enfermagem

AVC – Acidente vascular cerebral

B – Coeficiente beta não estandardizado

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DeCS – Descritores em ciências da saúde

EC – Enfermagem comunitária

EE – Enfermeiro especialista

EF – Enfermeiro de família

ESF – Enfermagem de saúde familiar

et al. – *et alli*, e outros

FACES – Family adaptability and cohesion evaluation scale

Fam-B – *Family as a burden*, família como fardo

Fam-CP – *Family as a conversational partner*, família como parceiro dialogante

Fam-OR – *Family as own resource*, família como recurso próprio

Fam-RNC – *Family as a resource in nursing care*, família como recurso nos cuidados de enfermagem

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

IC – Insuficiência cardíaca

INR – *International normalized ratio*, rácio normalizado internacional

IDG – Índice de desempenho global

IDS – Índice de desempenho setorial

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

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

N/A – Não aplicável

NA-IFNC – *Nurses' attitudes towards the importance of families in nursing care*

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*

Q – Qualidade metodológica

q_3 – Terceiro quartil

RC – Reabilitação cardíaca

RSL – Revisão sistemática da literatura

s – *Standard deviation*, desvio padrão

SE – *Standard error*, erro padrão

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

s_p – *Pooled standard deviation*, desvio padrão combinado

SRL – *Systematic review of the literature*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OR – *Odds ratio*, rácio de chances

R^2 – Coeficiente de determinação

$R^2_{Adj.}$ – Coeficiente de determinação ajustado

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

\bar{x}_w – Média aritmética ponderada

β – Coeficiente beta estandardizado

FHN - *Family Health Nursing*

nurses' attitudes towards the importance of families in nursing care (NA-IFNC)

RESUMO

ENQUADRAMENTO: Em Enfermagem de Saúde Familiar, a translação da teoria para a prática é considerada essencial para o desenvolvimento de competências de enfermagem. Em particular, o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem é cada vez mais defendido por peritos da academia e praxis clínica. Todavia, os enfermeiros mantêm diversas atitudes quanto ao envolvimento das famílias. Apesar de a investigação identificar vários preditores destas atitudes, a evidência ainda é escassa e dispersa na literatura científica.

OBJETIVOS: analisar as competências desenvolvidas no estágio do curso de mestreado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar e identificar preditores das atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA: Efetuou-se uma análise crítica sobre as competências desenvolvidas em estágio e uma revisão sistemática da literatura. A revisão incluiu estudos analíticos publicados entre outubro de 2016 e setembro de 2021, que identificaram preditores das atitudes dos enfermeiros, recorrendo à escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* e a análises de regressão. A pesquisa foi efetuada através dos motores de busca da B-ON e EBSCOHost, sendo os estudos triados de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis 2020 Statement*. A qualidade metodológica foi aferida com a *checklist* de avaliação crítica para estudos transversais do Joanna Briggs Institute e os dados foram extraídos e resumidos em tabelas e na forma de síntese narrativa.

RESULTADOS: O estágio permitiu desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. O acervo da revisão inclui 4 estudos, abrangendo um total de 1894 enfermeiros. Estes estudos apresentam uma considerável diversidade metodológica entre si. Os preditores mais consensuais foram o contexto de trabalho, as políticas centradas na família e a zona geográfica.

CONCLUSÃO: As atitudes dos enfermeiros parecem variar com a zona geográfica, contexto de trabalho e políticas centradas na família. Contudo, a diversidade metodológica e a disparidade de resultados realçam a necessidade de mais investigação para fundamentar a prática clínica em enfermagem de saúde familiar e promover o desenvolvimento de competências específicas, particularmente o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: família, atitudes dos enfermeiros, cuidados de enfermagem, preditores

ABSTRACT

BACKGROUND: In Family Nursing, the translation of theory into practice is considered essential for the development of nursing competencies. In particular, family involvement in nursing care is increasingly advocated by experts from academia and clinical practice. However, nurses maintain different attitudes regarding the involvement of families. Although research has identified several predictors of these attitudes, evidence is still scarce and dispersed in the scientific literature.

OBJECTIVES: This work aims to analyze the competencies developed in the internship of a Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Nursing and to identify predictors of nurses' attitudes towards the importance of the family in nursing care.

METHODOLOGY: A critical analysis on competencies developed during the internship and a systematic review of the literature were undertaken. The review included analytical studies published between October 2016 and September 2021, which identified predictors of nurses' attitudes, using the Families' Importance in Nursing Care - Nurses' Attitudes scale and regression analysis. Studies were searched on B-ON and EBSCOHost search engines, and they were screened according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis 2020 Statement. Methodological quality was assessed using the Joanna Briggs Institute critical assessment checklist for cross-sectional studies and data were extracted and summarized in tables and in the form of narrative synthesis.

RESULTS: The internship allowed for the development of clinical nurse specialist competencies in Family Nursing. The corpus of the review encompasses 4 studies, covering a total of 1894 nurses. These studies show considerable methodological diversity among each other. The most consensual predictors were work setting, family-centered policies and geographic area.

CONCLUSION: Nurses' attitudes seem to vary according to the geographic area, work setting and the existence of family-centered policies. The methodological diversity and the disparity of results, however, highlight the need for more research in order to support family nursing clinical practice and to promote the development of specific competencies, particularly the involvement of families in nursing care.

Keywords: *family, nurses' attitudes, nursing care, predictors*

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
LISTA DE EQUAÇÕES	xii
INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS	15
1.1. ESTRUTURA FUNCIONAL, ÁREA DE INFLUÊNCIA E ATIVIDADE DA USF	15
1.2. PLANO DE AÇÃO, INDICADORES E RESULTADOS	18
2. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UTENTES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	20
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
3.1. CUIDAR A FAMÍLIA COMO UM TODO E CADA UM DOS SEUS MEMBROS	23
3.1.1. Visão sistémica	23
3.1.2. Capacitação, promoção da saúde e forças da família	26
3.1.3. Transição familiar	30
3.1.4. Processo de enfermagem à família	32
3.2. DEONTOLOGIA, ÉTICA E APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	54
3.3. MELHORIA DA QUALIDADE E GESTÃO DOS CUIDADOS	56
3.3.1. Projetos de melhoria e formação interprofissional	57
3.3.2. Contributos para a prática baseada em evidência	61
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIA	63
4.1. A FAMÍLIA: CONCEITOS, TEORIAS E MODELOS	63
4.1.1. A família e a saúde na família	63
4.1.2. Parceria e envolvimento da família	68
4.1.3. Importância atribuída à família: atitudes dos enfermeiros	77
4.2. METODOLOGIA	82
4.2.1. Critérios de elegibilidade	82
4.2.2. Fontes de informação	84
4.2.3. Estratégia de pesquisa	84
4.2.4. Triagem dos estudos	85
4.2.5. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	86

4.2.6. Extração e síntese de dados	86
4.2.7. Análise estatística	87
4.3. RESULTADOS	88
4.3.1. Diversidade metodológica dos estudos	92
4.3.2. Caracterização das amostras	93
4.3.3. Fatores e modelos preditores da FINC-NA total	96
4.3.4. Fatores e modelos preditores das dimensões da FINC-NA	98
4.4. DISCUSSÃO	101
4.4.1. Limitações e sugestões para investigação futura	106
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

ANEXOS

Anexo 1 – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

Anexo 2 – Representação geográfica da freguesia de Maceira e zonas limítrofes

Anexo 3 – Dados demográficos da população abrangida pela USF Fonte do Rei, referente a fevereiro de 2022

Anexo 4 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global de 2020 e 2021

Anexo 5 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global de 2020 e 2021

Anexo 6 – Tabela do Índice de Desempenho Global

Anexo 7 – Modelo de Promoção da Saúde (revisto)

Anexo 8 – Escala de Graffar adaptada

Anexo 9 – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Anexo 10 – APGAR familiar de Smilkstein

Anexo 11 – FACES II

Anexo 12 – Principais diagnósticos de morbilidade em percentagem de utentes inscritos no ACES Pinhal Litoral em 2018

Anexo 13 – Resultados de pesquisa através da EBSCOhost

Anexo 14 – Resultados de pesquisa através da B-ON

APÊNDICES

Apêndice 1 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Acesso

Apêndice 2 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Gestão da Saúde

Apêndice 3 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Gestão da Doença

Apêndice 4 – Livreto informativo sobre Hipocoagulação e vigilância do INR

Apêndice 5 – Livreto informativo “Alimentação do Bebê”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores MeSH/DeCS identificados em inglês e português.....	85
Quadro 2 – Avaliação da qualidade metodológica	90
Quadro 3 – Síntese dos dados extraídos dos estudos incluídos na RSL	91
Quadro 4 – Renomeação das variáveis	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de utentes e unidades ponderadas da USF Fonte do Rei	17
Tabela 2 – Desempenho Assistencial da USF Fonte do Rei (dezembro de 2021)	19
Tabela 3 – Principais problemas de saúde no ficheiro do EF (outubro de 2021).....	21
Tabela 4 – Resultados da Dimensão Hipertensão Arterial (maio de 2021).....	59
Tabela 5 – Características sociodemográficas dos participantes	94
Tabela 6 – Características profissionais dos participantes	94
Tabela 7 – Atitudes dos enfermeiros relativamente à importância atribuída às famílias nos cuidados de enfermagem (score total e subescalas)	95
Tabela 8 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (score total da FINC-NA)	96
Tabela 9 – Regressão logística do estudo 4 (score total da FINC-NA)	97
Tabela 10 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (dimensões Fam-RNC e Fam-CP)	98
Tabela 11 – Regressão logística do estudo 4 (dimensões Fam-RNC e Fam-CP)	99
Tabela 12 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (dimensões Fam-B e Fam-OR).....	100
Tabela 13 – Regressão logística do estudo 4, (dimensões Fam-B e Fam-OR)	100
Tabela 14 – Estudos em que as variáveis independentes foram identificadas como fatores preditores (e não preditores) das AE-IFCE	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – População residente por grupo etário	16
Figura 2 – <i>Print screen</i> da Pirâmide etária da população inscrita no ficheiro do EF (outubro 2021)	20
Figura 3 – Principais problemas de saúde no ficheiro do EF em outubro de 2021	21
Figura 4 – Diagrama de árvore do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary	34
Figura 5 – Genograma da família	34
Figura 6 – Genograma da família extensa	35

Figura 7 – Ecomapa da família 36

Figura 8 – Diagrama de padrão circular 42

Figura 9 – Fluxograma PRISMA 2020 89

LISTA DE EQUAÇÕES

$$Q = \frac{n_{sim} + (n_{pouco\ claro} \times 0,5)}{8 - n_{N/A}} \times 100 \quad (1) \dots\dots\dots 86$$

$$\bar{x}_w = \frac{\sum_{i=1}^n \bar{x}_i \cdot w_i}{\sum_{i=1}^n w_i} \quad (2) \dots\dots\dots 87$$

$$S_p = \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2 + (n_3-1)s_3^2 + \dots + (n_k-1)s_k^2}{(n_1-1) + (n_2-1) + (n_3-1) + \dots + (n_k-1)}} \quad (3) \dots\dots\dots 87$$

$$SE = \frac{(limite\ superior - limite\ inferior)}{3,92} \quad (4) \dots\dots\dots 88$$

$$R_{Adj.}^2 = 1 - \left(\frac{n-1}{n-k-1}\right) \left(\frac{n-2}{n-k-2}\right) \left(\frac{n+1}{n}\right) (1 - R^2) \quad (5) \dots\dots\dots 88$$

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se na unidade curricular “Estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP, com Relatório Final”, integrada no 3.º semestre do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária (EC) na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, que decorreu no ano letivo 2021/2022.

Este estágio de natureza profissional decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei, em Maceira, no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, com vista a desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade. O estágio teve como objetivos executar processos de cuidados de enfermagem à família, evidenciando conhecimento avançado em referenciais teóricos de ESF, utilizar em contexto clínico os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada em evidência, analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade criticorreflexiva e refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e competências desenvolvidas.

O estágio surge no seguimento de dois estágios prévios que decorreram na mesma unidade de saúde de maio a julho de 2021, pelo que a informação constante no presente trabalho agrega as aprendizagens profissionais e as competências desenvolvidas ao longo dos três estágios. Posto isto, o presente trabalho tem dois objetivos gerais:

1. Articular os objetivos do estágio com uma análise crítica das várias atividades desenvolvidas e do seu contributo para o desenvolvimento das competências do EE;
2. Contribuir para a prática especializada baseada em evidência científica em ESF.

Para alcançar estes objetivos, o trabalho começa por caracterizar a unidade de saúde no que respeita à sua estrutura física e funcional, a área geográfica de influência, população inscrita, atividade, plano de ação, indicadores e resultados. Como o estágio decorreu com a orientação contínua de um enfermeiro especialista em EC na área de ESF, efetuou-se uma caracterização do seu ficheiro de utentes para identificar prioridades de atuação.

O relatório apresenta também uma análise crítica sobre as competências do EE desenvolvidas ao longo dos três estágios, integrando referenciais teóricos relevantes, atividades realizadas, dificuldades sentidas e oportunidades de aprendizagem. Esta análise integra coerentemente as competências comuns do EE e as competências específicas do EE em EC na área de ESF, enunciadas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) e no Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018), respetivamente.

Demonstrou-se o modo como o processo de enfermagem à família pode fundamentar a prática especializada e promover o desenvolvimento de competências específicas em ESF. Para tal, descreveu-se detalhadamente um processo de enfermagem aplicado a uma família, com base no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, desenvolvido por Wright e Leahey (2013). Nele, encontramos uma anamnese da família, seguida de todo o processo de avaliação familiar, fundamentado de acordo com a literatura relevante para o efeito. Em alguns pontos do processo, nomeadamente no que respeita aos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções, recorreu-se ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido por Figueiredo (2012), a fim de melhor articular a escrita com a linguagem classificada.

Por fim, como a natureza deste estágio está intrinsecamente ligada à prática clínica com famílias, as aprendizagens profissionais e competências desenvolvidas evidenciaram também a necessidade de desenvolver competências específicas relacionadas com a promoção de uma cultura organizacional de formação, prática e investigação, contribuindo para o estudo e fundamentação da prática clínica de ESF. Em particular, destaca-se neste trabalho a temática do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, um assunto incontornável em ESF. Uma vez que a importância atribuída às famílias varia entre os enfermeiros, importa conhecer os fatores que contribuem para essa variação. Existe literatura científica nesta matéria, mas ainda de forma dispersa. Por isso, realizou-se uma revisão sistemática da literatura (RSL), com o objetivo específico de identificar os fatores que predizem as atitudes dos enfermeiros relativamente à importância que atribuem à família nos cuidados de enfermagem. Neste relatório, são discutidos os resultados desta investigação, bem como limitações identificadas e apresentam-se sugestões para investigação futura.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

1.1. ESTRUTURA FUNCIONAL, ÁREA DE INFLUÊNCIA E ATIVIDADE DA USF

O estágio do Curso de Mestrado em EC na Área de ESF decorreu na USF Fonte do Rei, que desenvolve as suas atividades desde 2016. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita naquela área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, ao abrigo do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. De acordo com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), a USF Fonte do Rei tem como visão pretender ser “uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa, sustentável e eficiente” (SPMS, 2022a).

A USF Fonte do Rei promove a sua atividade de acordo com os valores de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, definidos no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

A USF Fonte do Rei é composta por 22 profissionais - 6 enfermeiros, 7 médicos, 7 assistentes técnicas com funções administrativas e 2 assistentes operacionais. Estes profissionais trabalham em equipa, como um todo, com vista a cumprir os objetivos assistenciais da unidade. O conjunto de enfermeiros, médicos e assistentes técnicas encontra-se dividido em duas equipas alargadas, A e B, cada uma delas composta por 3 e 4 equipas nucleares, respetivamente. As equipas nucleares incluem um enfermeiro, um médico e uma assistente técnica. Na ausência de profissionais, a organização interna da USF prevê a modalidade de intersubstituição nas equipas alargadas por forma a garantir a acessibilidade da população.

Conforme previsto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, a estrutura orgânica da USF Fonte do Rei inclui um coordenador da equipa, médico, um conselho técnico, composto por um médico, uma enfermeira e uma assistente técnica, e um conselho geral, composto por todos os profissionais da unidade, desempenhando, cada um deles, as funções abrangidas pelas competências previstas nos artigos 12.º a 14.º do mesmo Decreto-Lei.

A USF Fonte do Rei está diretamente ligada a outras unidades funcionais do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, como a Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio, bem como a estruturas comuns do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) como a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, e o Conselho Clínico e de Saúde, que por sua vez se articula com a Unidade de Apoio à Gestão, a Equipa Coordenadora Local, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Conselho Executivo do ACES (Anexo 1).

A área geográfica de influência da USF Fonte do Rei abrange toda a freguesia de Maceira, a segunda maior do concelho de Leiria, estendendo-se até às zonas limítrofes das freguesias Marrazes e Barosa, Parceiros e Azoia, Marinha Grande, Alcobaça, Batalha e Porto de Mós, como demonstra o Anexo 2, e perfazendo um total de 48,18 km², de acordo com o Plano Diretor Municipal de Leiria (Câmara Municipal de Leiria, 2010).

De acordo com os resultados provisórios dos Censos de 2021 do Instituto Nacional de Estatística (2022), a freguesia de Maceira tem uma população de 9.143 residentes, constituindo 3.633 agregados domésticos. Nos últimos 10 anos, apesar de a população residente ter diminuído 7,7% no geral, a população idosa não acompanhou esta tendência, tendo aliás aumentado 19,9% como demonstra a Figura 1 (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

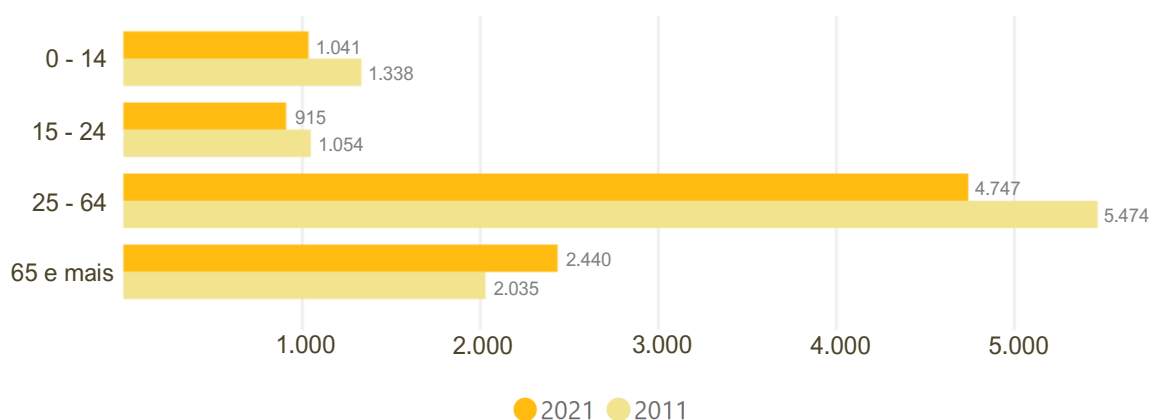


Figura 1 – População residente por grupo etário¹

¹ Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2022, mar. 11).

De acordo com a SPMS (2022a), a USF Fonte do Rei abrangia, em fevereiro de 2022, uma população inscrita de 10.258 utentes (Tabela 1), o que equivale a 13.721 unidades ponderadas, de acordo com o n.º 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

Atendendo ao facto de a USF Fonte do Rei ter apenas 6 enfermeiros, calcula-se que existam, em média, 1.710 utentes ou 2.287 unidades ponderadas por enfermeiro nesta unidade, acima das recomendações da OE para o cálculo das dotações seguras em USF, nomeadamente de 1.550 utentes ou 1.917 unidades ponderadas por enfermeiro (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019).

Tabela 1 – Número de utentes e unidades ponderadas da USF Fonte do Rei²

Idade dos utentes	Número de utentes	Fator de ponderação	Unidades ponderadas
≤ 6 anos	496	1,5	744
7 - 64 anos	7.188	1	7.188
65 - 74 anos	1.292	2	2.584
≥ 75 anos	1.282	2,5	3.205
TOTAL	10.258		13.721

A demografia da população abrangida aponta para uma pirâmide etária invertida, típica de uma população decrescente (Anexo 3). Não foi possível apurar os motivos que conduziram a esta configuração etária – se por mudança da área de residência ou se apenas por diminuição do número de filhos. Contudo, dado o facto de a USF Fonte do Rei ser a segunda USF do ACES Pinhal Litoral com maior índice de dependência de idosos (39,61%), calculado com base na percentagem de idosos relativamente à população em idade ativa, o envelhecimento da população é o parâmetro demográfico mais relevante e estes dados enfatizam a necessidade de apostar em estratégias assistenciais com vista a suprir necessidades assistenciais inerentes a esta configuração demográfica.

Para assegurar a vigilância, a promoção da saúde e a prevenção da doença nas diversas fases da vida, a USF Fonte do Rei dispõe de uma carteira básica de serviços, que inclui, no que respeita à enfermagem: planeamento familiar, saúde materna, vacinação, saúde infantil e juvenil, incluindo rastreio neonatal, consulta de doença aguda, consultas de hipertensão arterial, de diabetes, de vigilância da hipocoagulação, visitação domiciliária, tratamentos e administração de injetáveis e educação para a saúde (USF Fonte do Rei, 2019).

² Fonte: Adaptado de SMPS (2022, mar. 11).

Relativamente às consultas de Medicina Geral e Familiar, a USF oferece o mesmo tipo de serviços (dentro da sua área de competência), à exceção dos tratamentos, administração de injetáveis e vacinação. A unidade também referencia os utentes para as consultas de cessação tabágica, alcoologia e atendimento a jovens (USF Fonte do Rei, 2018). As assistentes técnicas processam os dados administrativos, e procedem ao acolhimento, informação, orientação e interligação dos utentes com o pessoal clínico da equipa de saúde.

A USF funciona nos dias úteis, das 8:00 às 20:00 e a resposta assistencial decorre numa das seguintes três modalidades: consultas no próprio dia (consulta aberta ou consulta de intersubstituição), consultas de saúde de adultos e idosos e consultas de vigilância, como veremos adiante.

Quando os utentes necessitam de atendimento por um enfermeiro ou médico fora do período de funcionamento da USF, podem ainda recorrer à consulta aberta do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, em Marrazes (aos sábados, domingos e feriados, das 9:00 às 13:00), ao serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria no restante horário (se indicado), ou então por via telefónica através do centro de contacto SNS 24.

1.2. PLANO DE AÇÃO, INDICADORES E RESULTADOS

O plano de ação de 2022 da USF Fonte do Rei encontra-se em desenvolvimento. No entanto, os planos de ação anteriores oferecem alguns indícios sobre o plano de ação que se encontra em desenvolvimento, pois inclui dados sobre a área de influência da USF Fonte do Rei e a população inscrita, a carteira básica de serviços, explanando cada uma das áreas e subáreas dos Índices de Desempenho Setoriais (IDS), bem como cada uma das dimensões que as compõem em termos de metas e indicadores, as atividades, cronograma, avaliação e monitorização, carga horária, serviços mínimos e formação prevista. Além destes, as subáreas Gestão da Saúde e Gestão da Doença discriminam também a população alvo, os objetivos e as estratégias para alcançar os objetivos.

Sendo uma USF de modelo A, a atividade da USF Fonte do Rei é monitorizada e avaliada com base em indicadores (Anexos 4 e 5). A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2020) lista o conjunto de indicadores que possibilita aferir o cumprimento de metas e determinar a respetiva atribuição de incentivos institucionais, ao abrigo da Portaria n.º

212/2017, de 19 de setembro, dos ministérios das Finanças e da Saúde. A mesma portaria organiza os indicadores em diversas dimensões, como a consulta no próprio dia, a saúde da mulher, etc.

Estas dimensões encontram-se agrupadas por subáreas, como o acesso, a gestão da saúde, etc. e, por sua vez, estas encontram-se agrupadas em 5 áreas principais: desempenho, serviços, qualidade organizacional, formação e atividade científica. As áreas e subáreas têm fatores de ponderação predefinidos para o cálculo dos IDS e, no seu conjunto, permitem calcular o Índice de Desempenho Global (IDG) da unidade funcional (Anexo 6).

O IDG da USF Fonte do Rei em dezembro de 2021 era de 51,3 (SPMS, 2022b). Os valores dos IDS na área do desempenho assistencial encontram-se evidenciados na Tabela 2 e a maioria dos indicadores da USF Fonte do Rei nas subáreas Acesso, Gestão da Saúde e Gestão da Doença apresentam resultados compreendidos no intervalo de valores aceitáveis ou esperados (Apêndices 1, 2 e 3).

Tabela 2 – Desempenho Assistencial da USF Fonte do Rei (dezembro de 2021)³

Área	Subárea	Dimensão	Valor IDS
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	60,0
		Consulta no Próprio Dia	100,0
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	100,0
		Personalização	25,0
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100
		Subtotal	85,6
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	45,5
		Doenças Aparelho Respiratório	50,0
		Hipertensão Arterial	50,0
		Subtotal	48,5
	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	61,1
		Saúde do Adulto	45,0
		Saúde do Idoso	66,7
		Saúde Infantil e Juvenil	100,0
		Subtotal	68,2
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	50,0
		Prescrição MCDT	0,0
		Subtotal	31,3
		Total	51,3

³ Fonte: SPMS (2022b)

2. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UTENTES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA (EF)

Os dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) indicam que, em outubro de 2021, o ficheiro do EF era composto por 1605 utentes, correspondendo a 607 agregados familiares – muito acima do rácio de 350 famílias por enfermeiro, fixado pela OE para as dotações seguras em USF (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019; SPMS, 2021b).

Tal como verificado nos dados globais da população inscrita na USF, a distribuição de idades neste ficheiro de utentes também revela uma população decrescente (Figura 2).

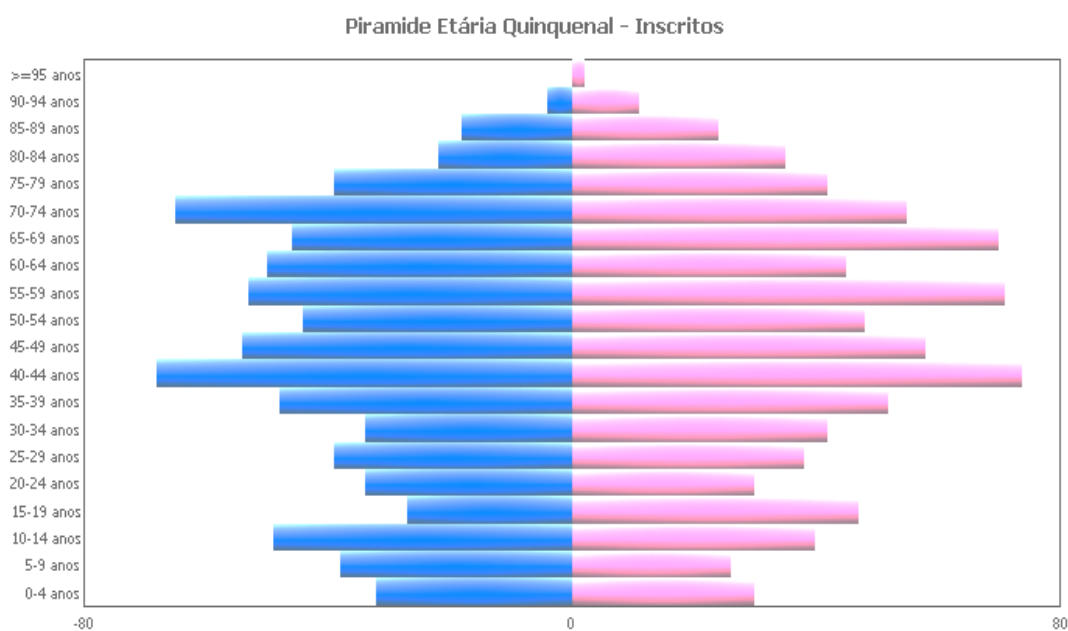


Figura 2 – Print screen da Pirâmide etária da população inscrita no ficheiro do EF (outubro 2021)⁴

Nos 12 meses que precederam julho de 2021, existiam no ficheiro do EF 334 mulheres em idade fértil, das quais 154 mulheres foram seguidas em consulta de enfermagem de planeamento familiar (SPMS, 2021a). Neste período, o ficheiro teve 14 mulheres grávidas e 11 puérperas, 4 recém-nascidos, 6 lactentes, 16 crianças de 1 ano, 16 crianças com 2 anos e, em contraste, 446 pessoas idosas (SPMS, 2021a). É visível que os indicadores definidos pela ACSS (2020) são ainda muito centrados no indivíduo, fornecendo pouca informação sobre dados das famílias. Por isso e, de acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ACSS, 2016), os principais problemas de saúde listados no ficheiro do EF são do indivíduo e não da família (Tabela 3) (SPMS, 2021c). Os problemas mais

⁴ Fonte: SMPS (2021b).

prevalentes dizem respeito a alterações do metabolismo dos lípidos, afeções da região lombar, hipertensão não complicada e perturbações depressivas.

Em quinto lugar, encontra-se o número de utentes que recorreu à unidade funcional no âmbito da medicina preventiva e acompanhamento geral. Excetuando este número de utentes e, numa lista de 545 tipologias de problemas, os principais 10 problemas de saúde representam 20,5% ($n = 2.624$) do total de problemas de saúde registados neste ficheiro (SPMS, 2021c).

Tabela 3 – Principais problemas de saúde no ficheiro do EF (outubro de 2021)⁵

	Número de problemas
1. Alterações do metabolismo dos lípidos	379
2. Sinais / sintomas da região lombar	354
3. Hipertensão sem complicações	341
4. Perturbações depressivas	267
5. Medicina preventiva / de acompanhamento geral	256
6. Sinais / sintomas dos ombros	240
7. Síndrome vertebral com irradiação de dores	234
8. Bursite / tendinite / sinovite	214
9. Sinais / sintomas do joelho	213
10. Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	195
11. Sinusite crónica / aguda	187

Desses 10 principais problemas de saúde, as afeções do sistema musculoesquelético são as mais prevalentes, representando 47,8% ($n = 1.255$). Os problemas associados a um risco acrescido de eventos cerebrocardiovasculares – incluindo a hipertensão sem complicações e as alterações do metabolismo dos lípidos – representam 27,4% ($n = 720$) e as perturbações depressivas e distúrbios ansiosos representam 17,6% ($n = 462$) dos 10 principais problemas registados neste ficheiro (Figura 3) (SPMS, 2021c).

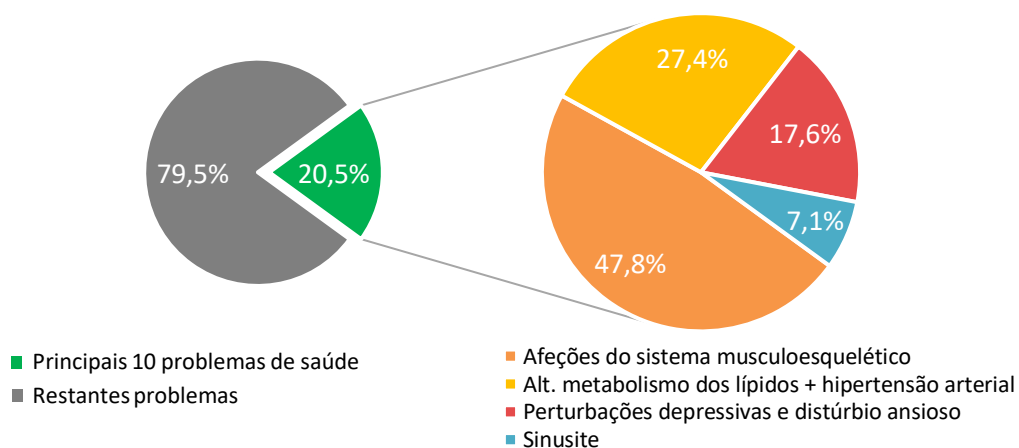


Figura 3 – Principais problemas de saúde no ficheiro do EF em outubro de 2021⁶

⁵ Fonte: SPMS (2021c).

⁶ Fonte: Adaptado de SPMS (2021c, out. 21). MIM@UF - Top Problemas > UF e Médico (referente a outubro de 2021). Não publicado. SPMS.

A maioria dos indicadores do ficheiro do EF nas subáreas Acesso, Gestão da Saúde e Gestão da Doença apresentam resultados compreendidos no intervalo de valores aceitáveis ou esperados, em linha com os resultados da USF Fonte do Rei (Apêndices 1, 2 e 3) (SPMS, 2021a).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

3.1. CUIDAR A FAMÍLIA COMO UM TODO E CADA UM DOS SEUS MEMBROS

O período de estágio do curso de mestrado em EC na área de ESF foi fundamental para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EE em EC na área de ESF definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O primeiro domínio das competências específicas na área de ESF diz respeito a cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Este regulamento acrescenta ao primeiro domínio de competências um descritivo que orienta a visão e a atuação do enfermeiro nos seguintes termos: “Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19357). Com este descritivo, a OE inclui no primeiro domínio de competências específicas a noção sistémica de totalidade, bem como as noções de capacitação, ciclo vital e transição. Importa por isso explorar o modo como estes conceitos e alguns referenciais teóricos se integraram com a prática de ESF durante o estágio, particularmente no que concerne ao desenvolvimento das competências.

3.1.1. Visão sistémica

Ao longo do estágio e, através dos vários programas de saúde desenvolvidos na USF Fonte do Rei, foi possível cuidar de muitas famílias numa diversidade de situações. O percurso teórico do curso de mestrado em EC na área de ESF viera a enfatizar a família de modo incontornável. Todavia, no estágio, verificou-se que a maior parte das consultas de enfermagem não decorrem com a presença da família. Por diversas razões, os utentes optam muitas vezes por comparecer sozinhos e, por conseguinte, coloca-se a questão de como avaliar ou intervir junto da família quando apenas está presente um dos seus membros.

Poder-se-ia supor que a avaliação e a intervenção familiar não são passíveis de ocorrer em tais circunstâncias, mas, de acordo com a teoria geral dos sistemas, tal seria uma distorção

do princípio da totalidade. A noção de totalidade pressupõe o facto de a família ser vista como um sistema, um todo não redutível à soma das suas partes e a impossibilidade de estabelecer relações lineares e unilaterais, pois os fenómenos que afetam uma parte do sistema afetam a totalidade do sistema (Alarcão, 2000; Bertalanffy, 1968; Kaakinen, 2018a; Shajani & Snell, 2019; Watson, 2012). É a partir desta visão sistémica que o EE na área de ESF avalia, formula juízos clínicos e intervém em colaboração com a família, capacitando-a com vista a uma adaptação eficaz nos seus processos de transição.

Além disso, seria igualmente uma contradição do princípio hologramático, proposto por Morin, citado por Alarcão (2000), que asseste o indivíduo como sendo simultaneamente a parte e o todo – um *holão*, nas palavras de Koestler, citado por Minuchin e Fishman (1981) – e, precisamente por isso, uma expressão de si mesmo e uma expressão da família. Neste sentido, o utente que comparece sozinho no centro de saúde é uma porta bidirecional, na medida em que traz consigo a história e as vivências da sua família e, ao mesmo tempo, é agente de mudança na família. Esse utente, representativo de todos os aqueles que, apesar de integrarem uma família, comparecem por força das circunstâncias sozinhos no centro de saúde, é simultaneamente uma abertura para se reconhecer a complexidade do sistema familiar e uma abertura para se intervir sistemicamente.

Ademais, o facto de o utente comparecer sozinho na consulta não é *per se* uma condição para declinar a avaliação ou intervenção familiar. No entanto, a prática no estágio revelou que o reconhecimento da complexidade familiar é mais evidente e imediato quando dois ou mais membros da família estão presentes. Quando tal acontece, é possível observar interações e dinâmicas familiares que não se observariam com a presença de apenas um dos membros, o que tem implicações óbvias para a formulação de hipóteses sistémicas e diagnósticos de enfermagem, bem como para o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem.

Acrescente-se também que o que faz sentido para um utente, poderá não o fazer para os membros da sua família e, por conseguinte, é expectável que os cuidados colaborativos com a família sejam mais eficazes quando vários elementos da família participam na descoberta de mudanças que lhes fazem sentido do que quando as consultas incluem apenas um membro da família.

Exemplificando com um caso concreto que decorreu numa Consulta de Diabetes durante o estágio, uma utente, mãe solteira, apresentava uma hiperglicemia acima de 300 mg/dL e referia não resistir à ingestão de bolos. Esta utente atribuía este padrão a um mecanismo compensatório por estar “saturada” (*sic*) do comportamento conflituoso com a filha de 12 anos, que se fechava diariamente no quarto por longas horas sem fazer “o que a mãe manda” (*sic*) e cujo aproveitamento escolar vinha deteriorar-se acentuadamente – uma família possivelmente numa crise normativa associada à transição de etapas do ciclo vital, com repercussões na saúde de um dos seus membros. Na consulta, esta utente pôde explicar o seu ponto de vista e foi possível compreender um pouco da dinâmica familiar, conforme ela a descreveu. No entanto, não foi possível conhecer o ponto de vista da filha, pois ela não estava presente. A intervenção colaborativa que daí sucedeu pode ter feito sentido para a utente, mas é possível que as mudanças que viessem a ser tentadas no domicílio não fizessem sentido para a filha, eventualmente fazendo perpetuar este padrão relacional e este problema de saúde.

O facto de os utentes se deslocarem sozinhos ao centro de saúde não significa por isso que estejam separados das suas famílias ou até desprovidos de outras relações suprassistémicas relevantes para a saúde. Aliás, segundo Bronfenbrenner (1979), o indivíduo existe sempre em relação com a família e esta, enquanto microssistema, existe em relação com outros microssistemas, formando uma teia de relações mesossistémicas, que interagem com estruturas mais amplas da sociedade, o macrosistema, ao longo do tempo, o cronossistema.

Mesmo quando os utentes não estavam acompanhados por familiares, foram desenvolvidas competências relacionadas com o cuidar a família como unidade de cuidados. Por exemplo, durante a execução de procedimentos que, por vezes, podem ser vistos como essencialmente técnicos, tais como a administração de injetáveis ou a execução de tratamentos a feridas, desenvolveram-se conversas terapêuticas com os utentes acerca das relações familiares, das relações com outros subsistemas da sociedade, do modo como estas relações influenciam a saúde ou a doença e do modo como são influenciadas por estas.

3.1.2. Capacitação, promoção da saúde e forças da família

Uma vez que os utentes não deixam de existir no plano relacional com o enfermeiro durante a execução de procedimentos técnicos, qualquer contexto da prestação de cuidados configurou-se propício ao desenvolvimento da relação terapêutica, à avaliação e intervenção familiar e, por conseguinte, ao cuidar a família como unidade de cuidados. Ao centrar a atenção na família e nas relações significativas dos utentes, em vez de no utente desprovido de relações, a abordagem sistémica ajudou a veicular uma humanização do cuidar e a potenciar o desenvolvimento de competências afetas à relação enfermeiro-família.

Do ponto de vista ético, a relação terapêutica enfermeiro-família pode ser vista como um fim em si mesmo, mas não deixa de ter também uma dimensão instrumental, servindo de meio para promover a eficácia do processo de enfermagem, particularmente na colheita de dados pertinentes para a saúde da família e na implementação de intervenções de enfermagem em situações complexas com vista à obtenção de ganhos em saúde. Aliás, como sugere o perfil de competências específicas do EE em EC na área de ESF, a relação com a família pode ser desenvolvida para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Efetivamente, algo que os livros ajudam a descobrir, mas que não podem ensinar com o mesmo impacto da prática clínica é que a relação terapêutica se sente na relação com os outros. Por diversas vezes ao longo do estágio, durante a interação com os utentes e membros da família, o olhar das pessoas indicou que algum *insight* acabara de emergir, algo subitamente fizera sentido.

Este fenómeno suscita no outro um sentimento de confiança relativamente ao enfermeiro e facilita o compromisso com o plano terapêutico e a consecução de objetivos de saúde que os membros da família consideram serem os seus. Apesar de as palavras não fazerem jus à experiência, estas situações foram profundamente gratificantes e calorosas – em parte, por reforçarem um sentido de autoeficácia, mas sobretudo por se vislumbrar um sentido de esperança no olhar dos outros. Como afirma Meleis, citada por Im (2014), a relação é um processo altamente recíproco que afeta tanto o cliente como o enfermeiro.

Esta relação de parceria colaborativa com a família não poderia estar mais em linha com o modelo de promoção da saúde e com o cuidar baseado nas forças. De acordo com Gottlieb

(2013), o cuidar baseado nas forças é o substrato comum que liga entre si o cuidar centrado na pessoa/família, o seu empoderamento, a promoção da saúde e a parceria colaborativa. De acordo com esta abordagem, o enfermeiro ajuda o utente e/ou a família a lidar com os seus problemas numa relação de parceria colaborativa, trabalhando com os seus pontos fortes para alcançar os seus objetivos de saúde.

Segundo Gottlieb (2013), esta parceria colaborativa pressupõe que, em vez de os membros da família serem vistos como recetores passivos de cuidados e de quem se espera que adiram a um regime prescrito pelo profissional de saúde (que por sua vez é visto como perito e decisor numa relação hierárquica e paternalista), eles sejam antes parceiros nos seus próprios cuidados de saúde. Isto pressupõe da parte do enfermeiro uma disponibilidade para partilhar o poder com a família, trabalhando com ela em torno de objetivos acordados mutuamente, reconhecendo e respeitando a perícia e a experiência de ambas as partes (Gottlieb, 2013). Além disso, esta parceria colaborativa é encorajadora para as famílias, pois através da sua capacitação e do seu empoderamento, permite que elas obtenham o tipo de ajuda que melhora se adequa às suas características e aspirações.

Esta noção de capacitação também se encontra enunciada no primeiro domínio do perfil de competências específicas do EE na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Efetivamente, um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem à família passa por capacitar os seus membros a trabalharem entre si para alcançarem e manterem a saúde da família, pelo que a promoção da saúde da família foca-se nos seus pontos fortes, nas suas competências e recursos (Kim-Godwin & Robinson, 2018). Assim, a capacitação surge da relação colaborativa entre o enfermeiro e a família, bem como do facto do primeiro fornecer informação, encorajamento e estratégias para ajudar a família a efetuar mudanças no seu estilo de vida (Kim-Godwin & Robinson, 2018).

A capacitação da família é essencial na definição de metas e planos de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Esta noção encontra-se muito presente no modelo de promoção da saúde, proposto por Nola Pender – um referencial teórico incontornável que também guiou a prática de ESF durante este estágio, particularmente no que toca ao desenvolvimento de competências relacionadas com a estimulação da família na consecução de objetivos de saúde, de acordo com aquilo que ela própria considera serem os seus objetivos de saúde. Este é um ponto essencial para a

definição conjunta de objetivos de saúde em colaboração com a família e para a conceção de um plano de ação com o qual ela consiga (e deseje) comprometer-se, a fim de promover, manter e reforçar a sua saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Ao integrar diversos referenciais teóricos, entre os quais a teoria social cognitiva, que sublinha a importância dos processos cognitivos nos comportamentos de mudança, um dos temas centrais no modelo de Pender é o modo como os indivíduos tomam decisões sobre a sua saúde no contexto da prática de enfermagem (Sakraida, 2014). De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2015), dos três pilares que compõem o modelo de promoção da saúde (esquematizado no Anexo 7), o primeiro assere que cada pessoa traz consigo características e experiências pessoais únicas, tais como fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) e comportamentos passados, que afetam a tomada de decisão e, por conseguinte, o comportamento.

De igual modo, estas autoras afirmam que algumas variáveis cognitivas e afetivas também influenciam o comportamento, formando um segundo pilar neste modelo. Estas variáveis específicas do comportamento incluem, por exemplo, a valência afetiva (positiva ou negativa) relacionada com a atividade (isto é, relacionada com a ação, o sujeito e o contexto), a perceção de autoeficácia, a perceção dos benefícios da ação, a perceção de barreiras à ação, as influências interpessoais (tais como as pressões e as normas sociais) e as influências situacionais (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015). Estas diferentes variáveis específicas do comportamento têm, segundo estas autoras, uma elevada significância do ponto de vista motivacional e constituem um núcleo crítico no âmbito dos cuidados de saúde, pois podem ser modificadas através de intervenções (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Assim sendo, os utentes e famílias que não aderem a planos de saúde definidos por si próprios não podem ser vistos como casos perdidos – uma noção próxima do conceito de equifinalidade, postulado na teoria geral dos sistemas por Bertalanffy (1969) e aprofundado no âmbito da terapia familiar (Alarcão, 2000; Nelson, 2019; Nichols & Davis, 2017), segundo o qual os sistemas abertos podem alcançar um determinado objetivo de diversas maneiras, indicando que em certas situações, intervenções e caminhos diferentes podem levar a um mesmo resultado (Carr, 2016). De acordo com Nelson (2019) e, mobilizando conhecimentos do âmbito da terapia familiar para a prática especializada em ESF, é por isso necessário atender continuamente ao que está a funcionar (ou não) em termos de consecução dos

objetivos terapêuticos dos clientes, o que exige o desenvolvimento de competências importantes para conseguirmos ajustar-nos a diferentes intervenções ou técnicas, trabalhar com diferentes grupos ou membros da família ou até mesmo mudar completamente a abordagem terapêutica de forma a alcançar os objetivos terapêuticos acordados.

Segundo o modelo de promoção da saúde, as variáveis específicas do comportamento exercem uma forte influência no compromisso com um plano de ação a delinear em conjunto com o indivíduo ou a família e determinam a consecução de ganhos em saúde. Por isso, na ausência de exigências ou preferências concorrentes, o modo como os indivíduos ou as famílias se envolvem ativamente na adoção de estratégias e comportamentos que promovem a saúde pode depender do modo como eles e o enfermeiro avaliam e intervêm ao nível dessas mesmas variáveis (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Isto abre uma panóplia de possíveis intervenções à disposição dos enfermeiros, conferindo esperança e entusiasmo no cuidar.

Em diversas ocasiões, as competências relacionadas com a estimulação do utente e da família na consecução de objetivos de saúde foram, em grande parte, desenvolvidas através de conversas terapêuticas. Veja-se o exemplo de um utente que se deslocou sozinho à USF Fonte do Rei para uma Consulta de Diabetes. Depois de se confirmar que ele tinha interesse em reduzir o valor da hemoglobina glicada, avaliou-se o grau de redução que ele considerava alcançável e explorou-se depois a implementação de medidas através de questões abertas, por exemplo: “Dadas as exigências do seu horário de trabalho e a situação que está a atravessar com a sua esposa, que mudanças gostaria então de experimentar fazer no seu dia-a-dia para alcançar este valor de hemoglobina glicada? O que é que faria sentido para si?”.

Estas e outras questões proporcionaram muitas vezes momentos únicos em que os utentes ficavam a processar o que estava a acontecer na vida pessoal e familiar, a reorganizar prioridades, a equacionar a implementação de mudanças, e com o garante de que o enfermeiro não estava ali para forçar alguma coisa ou para julgar o que quer que fosse, “apenas” proporcionando aos utentes e suas famílias um contexto para a mudança, como defendido por Wright e Leahey (2013).

Este terceiro pilar do modelo de promoção da saúde postula que as intervenções também podem ocorrer ao nível do compromisso com o plano de ação por via da identificação e facilitação de estratégias concretas acerca de quando, onde e como implementar as

mudanças de comportamento, de acordo com preferências individuais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Como é óbvio, a inclusão das preferências individuais, que acarreta consigo a noção de abordagem colaborativa, não significa que só possa ser empregue com indivíduos isoladamente, podendo ser mobilizada para o contexto dos cuidados à família. Aliás, tal como referem Victor, Lopes e Ximenes (2005), o modelo de promoção da saúde fornece uma estrutura simples e clara, na qual o enfermeiro pode realizar cuidados de forma individual ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo o planeamento, a intervenção e a avaliação das suas ações.

Pender, Murdaugh e Parsons (2015), referindo-se à noção de determinismo recíproco familiar, decorrente da teoria social cognitiva – tal como descrita por McAlister, Perry e Parcel (2008) –, avançam também que o comportamento ocorre em função do ambiente partilhado com outros membros da família e dos seus comportamentos e características. A família desempenha um papel importante na promoção da saúde porque a informação de saúde é partilhada e os comportamentos são aprendidos, praticados e reforçados por rotinas diárias, que por sua vez são facilitadas ou dificultadas por valores e crenças na família (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

A teoria social cognitiva, inscrita no modelo de promoção da saúde, foca-se não só nas capacidades potenciais das pessoas em alterar e construir ambientes que encaixem nos objetivos que delineiam para si próprias individualmente, mas também na capacidade humana para levar a cabo ações coletivas (McAlister, Perry & Parcel, 2008; Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Isto não poderia estar mais enquadrado com uma visão da enfermagem de família orientada para a promoção da saúde da família.

3.1.3. Transição familiar

O primeiro domínio de competências do perfil de competências específicas na área de ESF inclui também as noções de ciclo vital e de transição. As teorias do desenvolvimento e do ciclo vital da família fornecem um enquadramento importante para se compreender as experiências e mudanças normativas que ocorrem na família, à medida que ela evolui no ciclo vital (Kaakinen, 2018a). Ao longo dessa evolução, a família experiencia períodos de tensão e

crises decorrentes da necessidade de se readaptar a novas tarefas, papéis e expectativas, o que a coloca numa posição vulnerável e, por vezes, ao surgimento de sintomatologia (Watson, 2012). A obra de Afaf Meleis também não pode deixar de ser mencionada, dado o contributo que oferece no enquadramento conceptual da prática da enfermagem, permitindo ao EE na área de ESF o desempenho de um papel fundamental no apoio às famílias em qualquer fase do ciclo vital e nas suas transições (Im, 2014; Kaakinen, 2018a).

De facto, ao longo do estágio, não faltaram oportunidades para desenvolver a prática clínica de ESF à luz da teoria das transições, facilitando a resposta da família em situação de transição complexa, como enunciado no perfil de competências específicas do EE em EC na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

A maioria das transições identificadas foram transições de saúde/doença e transições de desenvolvimento (Im, 2018) e em muitas situações, estas transições coexistiram simultaneamente, sobrepondo-se e tornando as situações mais complexas e desafiantes. Durante o estágio, foi possível ver que estas transições de desenvolvimento e de saúde não se referem apenas ao desenvolvimento e à saúde do indivíduo, mas ao próprio desenvolvimento e saúde do sistema familiar.

As consultas de saúde infantil e juvenil, bem como as de saúde materna (apenas para citar alguns exemplos entre muitos possíveis), foram momentos particularmente propícios para olhar o indivíduo num processo de transição ou numa sobreposição de múltiplos processos de transição. Contudo, o processo de transição que a criança ou a mulher vivenciam é também uma transição de toda a família. Tal como podemos inferir a partir do conceito de reciprocidade, postulado na teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1969) – e segundo o qual o que afeta um elemento do sistema, afeta a totalidade do sistema – a saúde e o desenvolvimento da criança não podem ser hermeticamente separada da saúde parental e a saúde da mulher grávida também é inseparável da saúde conjugal (quando existe uma relação conjugal).

A mestria que caracteriza o fim de um determinado processo de transição não está, por isso, separada da mestria do sistema familiar, por assim dizer. Isto tem implicações evidentes para a prática especializada em ESF, pois encoraja a procurar reunir condições facilitadoras, não apenas ao nível individual, mas também ao nível sistémico – por exemplo, avaliando e

intervindo na família com questões circulares como: “Desde o nascimento do seu bebé, como é que o seu marido vê a vossa relação conjugal?” ou “Como é que relaciona a baixa médica da sua esposa com as suas recentes hiperglicémicas?”. Este tipo de abordagem, em vez de levar as famílias a afunilarem-se na compreensão de uma dada problemática, com o conseqüente risco de se fecharem e perderem num redemoinho conceptual e emocional, ajuda-as antes a abrir-se à teia de relações e ao modo como estas se relacionam com a sua saúde – e precisamente por isso, ajuda-as a expandir-se na compreensão de si mesmas.

3.1.4. Processo de enfermagem à família

Durante o estágio, a realização de um processo de enfermagem à família desenvolveu-se na forma de um estudo de caso com uma família integrada no ficheiro do EF. Através deste estudo de caso, foi possível aprofundar e entrecruzar várias unidades de competência do primeiro domínio de competências do EE em EC na área de ESF, como o desenvolvimento da relação terapêutica com a família, a colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família, a monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e doença, o desenvolvimento da prática de EF baseada em evidência científica, a intervenção na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, entre outros, como previsto no Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018).

A família foi escolhida com base em critérios de vulnerabilidade e a avaliação da família teve por base o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, desenvolvido por Lorraine Wright e Maureen Leahey (Shajani & Snell, 2019).

Colheita de dados e avaliação familiar: A avaliação familiar iniciou-se em maio de 2021 em contexto de visita domiciliária, motivada pela necessidade de tratamento de úlceras de pressão do Sr. J. Este utente era construtor civil até janeiro de 2012, quando sofreu uma queda no domicílio que resultou num traumatismo vertebromedular e subsequente paraplegia. Esteve internado 3 semanas no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, onde fez a cirurgia de imobilização da coluna e o pós-operatório. Foi posteriormente transferido para o Centro Hospitalar de Leiria, onde permaneceu internado por mais 7 semanas, sendo depois transferido para o Hospital D. Manuel Aguiar para continuação de cuidados, onde

também permaneceu 7 semanas. Posteriormente, ficou internado 5 meses no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, para efeitos de reabilitação.

O Sr. J. vive com a esposa, a Sra. A., e ambos descrevem que, durante a reabilitação neste centro, o Sr. J. desenvolveu competências no autocuidado e a esposa recebeu vários ensinamentos sobre como cuidar do Sr. J. quando este regressasse a casa. Este centro tem-se constituído uma fonte de suporte que ambos continuam a considerar preciosa, tanto do ponto de vista material, com o fornecimento de ajudas técnicas, por exemplo, como imaterial, com ensinamentos e apoio emocional. O casal vive numa aldeia nos arredores de Maceira e subsiste financeiramente com as pensões de velhice de ambos, a pensão de invalidez do Sr. J. e com apoios, como o fornecimento compartilhado de sondas vesicais pela farmácia local, dado o grau de incapacidade (80%), e o direito a deslocações de ambulância para sessões de fisioterapia e primeiras consultas hospitalares.

O Sr. J. refere não ter outros problemas de saúde para além da paraplegia e de alterações físicas e complicações iatrogénicas e/ou secundárias ao traumatismo vertebromedular, como retenção urinária, úlceras de pressão e obstipação. Tem uma cama articulada, com colchão antiescara e uma cadeira de rodas elétrica, que usa diariamente para se deslocar mais autonomamente. A Sra. A. trabalhou na agricultura durante vários anos e também foi ama de crianças durante alguns anos. Posteriormente, dedicou-se inteiramente ao trabalho doméstico, que já vinha desenvolver desde a adolescência. É a única cuidadora do Sr. J., à exceção dos profissionais de saúde e refere não ter problemas de saúde, à exceção de dor toracolombar, que associa à prestação de cuidados. A Sra. A. executa inclusivamente o tratamento às três úlceras de pressão que o Sr. J. desenvolveu em contexto de internamento hospitalar, seguindo as recomendações da equipa de saúde relativamente aos materiais a usar no tratamento das feridas nos dias em que não é possível a visita domiciliária - o casal prefere esta modalidade de colaboração com a USF do que o recurso à Unidade de Cuidados na Comunidade.

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 4).

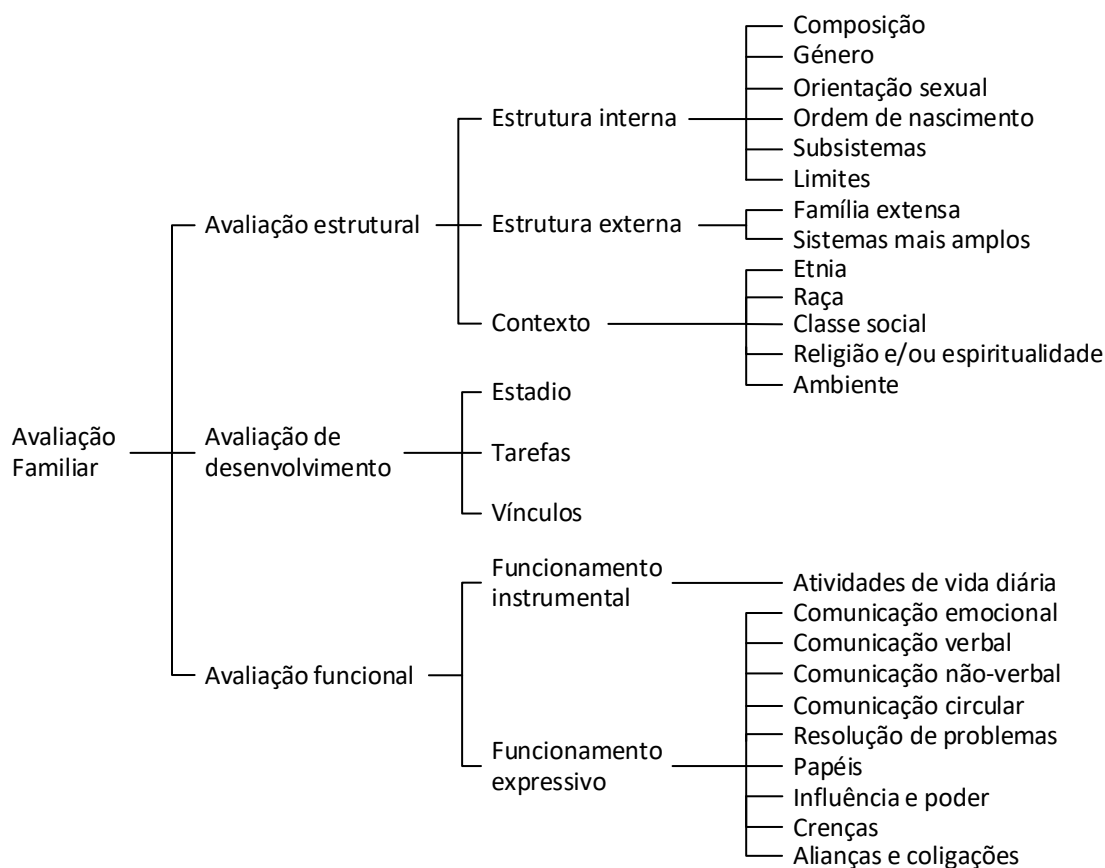


Figura 4 – Diagrama de árvore do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

Fonte: Adaptado de Shajani & Snell (2019).

Composição, género e orientação sexual: Como demonstra a Figura 5, o agregado familiar é composto por um casal que inclui o Sr. J. (paciente identificado), de 77 anos (à data de maio de 2021), sexo masculino, e a Sra. A. (esposa do Sr. J.), de 77 anos, do sexo feminino, presumindo-se uma orientação heterossexual. O Sr. J. é o paciente identificado, na medida em que é o paciente designado pela família como aquele que motiva a procura de cuidados de saúde. Na verdade, como veremos adiante, a Sra. A. também poderia ser a paciente identificada, na medida que, através dela, também emergem sintomas decorrentes da dinâmica familiar.

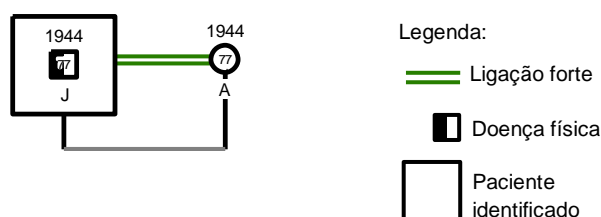


Figura 5 – Genograma da família

Fonte: autor do trabalho

Subsistemas e limites: De acordo com o modelo estrutural de Minuchin, a família é composta por um subsistema conjugal e, por conseguinte, dois subsistemas individuais e os limites são claros entre os membros do casal, com moderada permeabilidade nas interações e clara distinção sobre o lugar que cada um ocupa e as funções que cada um desempenha (Minuchin & Fishman, 1981).

Família extensa: O Sr. J. é o segundo filho mais velho de uma fratria de 7 irmãos (2 irmãs e 4 irmãos, um dos quais faleceu em março de 2021). A Sra. A. tem 4 irmãs e 1 irmão. O genograma de três gerações elaborado durante a primeira entrevista familiar mostra que o casal tem dois filhos adultos, duas noras e três netas (Figura 6). A Sra. A. engravidou pouco tempo depois do nascimento do primeiro filho, pelo que ambos os filhos tinham 48 anos aquando da avaliação familiar. Estes já constituíram família, vivendo com as suas esposas e filhas em moradias próprias.

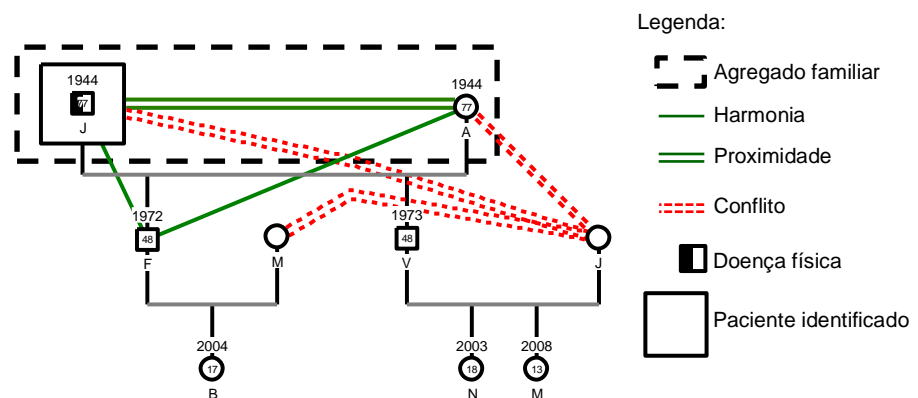


Figura 6 – Genograma da família extensa

Fonte: autor do trabalho

O filho mais velho, F., com quem o casal tem uma relação ligeiramente mais forte devido à frequência dos contactos, é casado com M. e ambos têm uma filha, B., de 17 anos. O filho mais novo, V. é casado com J. e ambos têm duas filhas, N. e M., de 18 e 13 anos, respetivamente. Ambos referem existir um conflito com uma das noras, J.. O casal expressa um ligeiro desagrado relativamente ao comportamento desta nora, dizendo que ela considera que eles favorecem mais a outra nora, o que negam terminantemente. Dizem também que J. impede que as filhas, N. e M., brinquem com a prima, B., o que lhes provoca angústia. Excluí-se do genograma a representação da fratria de ambos os membros do casal, pois as relações mais significativas que o casal estabelece decorrem da interação com os filhos, noras e netas.

Sistemas mais amplos: Como demonstra o ecomapa da Figura 7, os subsistemas com os quais o casal estabelece uma ligação comum são os profissionais de saúde e, principalmente, os filhos e suas respectivas famílias (Fig. 3).

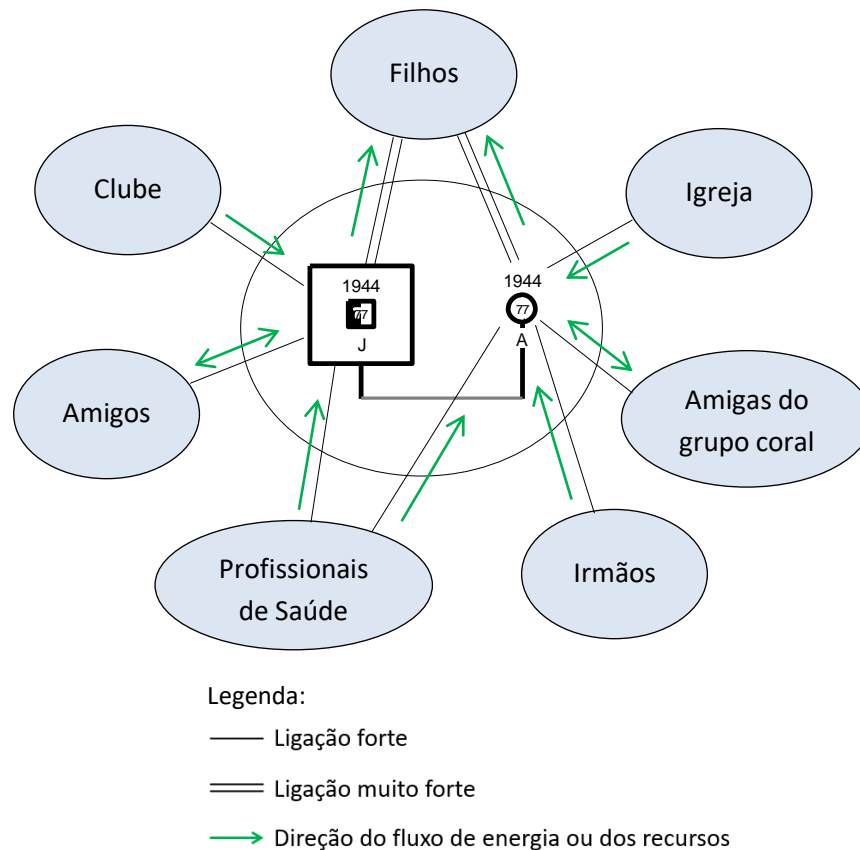


Figura 7 – Ecomapa da família

Fonte: autor do trabalho

Cada um dos membros interage, por sua vez, em conjunto ou separadamente, com outras estruturas suprasistémicas, nomeadamente com outros elementos do mesossistema (Bronfenbrenner, 1979). O Sr. J., por exemplo, é frequentador assíduo do clube local e está muitas vezes com amigos, deslocando-se a casa deles, o que lhe proporciona um sentimento de pertença na comunidade. A Sra. A. frequenta regularmente a igreja local, onde desenvolve a sua prática espiritual em comunhão com outros crentes, e pertence a um grupo coral, no qual construiu amizades de longa data. Refere que o canto e estas relações sempre fizeram parte da sua vida, desde a mocidade, quando se encontrava frequentemente a trabalhar no campo ou a debulhar grãos e leguminosas com outras pessoas, enquanto cantavam, o que,

segundo ela, lhe proporciona força e sentido de viver. Além disso, a Sra. A. também refere encontrar-se por vezes com os seus irmãos, que lhe oferecem legumes e hortaliças das suas hortas.

Etnia, raça e classe social: Ambos os membros do casal 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 5 no item profissão, 4 no item nível de instrução, 4 no item origem do rendimento familiar, 3 no item tipo de habitação e 2 no item local de residência, perfazendo um total de 18 pontos (Anexo 8).

Religião e espiritualidade: A Sra. M. é católica e habitualmente assídua na missa semanal, como descrito acima. O Sr. J. diz ser católico, mas refere que “não liga muito a essas coisas” (*sic*).

Ambiente: O casal vive numa aldeia nos arredores de Maceira, habitando numa moradia própria com dois quartos, um WC, uma cozinha, uma sala, um hall, uma marquise, um jardim interior e um espaço exterior com horta. A casa tem apenas um piso térreo, adaptado aos problemas de locomoção do Sr. J., incluindo rampa de acesso na entrada da moradia e um pequeno elevador para o Sr. J. se deslocar na cadeira de rodas até ao jardim interior que fica ligeiramente subido. Os alimentos são cozinhados pela Sra. A. em fogão a gás e ela demonstra conhecimento sobre as precauções de segurança. A casa tem boas condições de higiene e habitabilidade, aquecimento com radiador a óleo, abastecimento de água da rede pública e ligação à rede de saneamento básico.

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).

Tarefas: O facto de esta família se encontrar no último estadio do ciclo vital da família em cada um dos sistemas de classificação acima mencionados evidencia a concordância nas transições normativas e tarefas expectáveis para esta fase do ciclo de vida familiar. Segundo Wright e Leahey (2013), algumas dessas tarefas incluem a preparação do legado familiar e as

mudanças nas relações com a comunidade. Nesta família particular, as tarefas mais marcantes nesta fase do ciclo vital serão provavelmente a adaptação ao envelhecimento e o lidar com a deterioração física e cognitiva, a preparação para a morte, as mudanças de papéis familiares entre a geração do casal e a geração mais nova (McGoldrick, Preto & Carter, 2016).

Na entrevista com o casal, verificou-se, por exemplo, uma clara preocupação sobre como será a vida do Sr. J. e quem cuidará dele, caso “aconteça alguma coisa” (*sic*) à sua esposa. Esta preocupação, que é sobretudo manifestada por A., é uma preocupação de ambos e evidencia que o casal reflete acerca deste assunto e mostra alguma abertura para explorar recursos com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados e a maior resiliência possível, caso o Sr. J. deixe de poder ser cuidado pela esposa. Relativamente a isto e, apesar de este sistema familiar ser basicamente constituído pelo casal, não deixa, ainda assim, de ser muito permeável às interações com ambos os filhos, pelo que as preocupações dos profissionais de saúde não podem limitar-se apenas às especificidades das interações do subsistema conjugal, mas também abranger a complexidade das relações suprassistémicas estabelecidas com a família extensa e a comunidade. Numa lógica de cuidados antecipatórios, a relevância deste aspeto prende-se, sobretudo, mas não só, com a possibilidade de os filhos virem a desempenhar alguma função nos cuidados à família ou nas decisões que lhe dizem respeito, à medida que a sua vulnerabilidade se evidencia, sem descurar (apesar do expectável declínio funcional), a sabedoria, a experiência de vida e a autodeterminação de ambos os elementos do casal. Quando questionado sobre o assunto, o casal refere ainda não ter tentado incluir os filhos na aprendizagem de competências relacionadas com os cuidados à geração mais velha, justificando que, até ao momento, não os querem sobrecarregar e um dos filhos tem pouca disponibilidade devido ao trabalho.

De acordo com Wright e Leahey (2013), a manutenção do funcionamento e interesse conjugal face ao declínio fisiológico de ambos os elementos é característico desta fase do ciclo vital da família. As entrevistas à família revelaram que muito mudou na relação conjugal desde o acidente do Sr. J. e ambos os membros do casal parecem fazer os possíveis para se complementarem nas suas funções de marido e mulher (naquilo que, para eles significam estas funções, como veremos na secção sobre as crenças), bem como de pessoa cuidada e cuidadora. Contudo, e ainda no âmbito do funcionamento e interesse conjugal, a Sra. A. refere algum grau de insatisfação na dinâmica relacional, sobretudo ao nível da comunicação,

tornando muito claro uma transição (já efetuada) de ênfase da intimidade conjugal para uma ênfase na complementaridade e funcionalidade instrumental do casal.

Uma vez que o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary prevê uma avaliação das tarefas da família associadas ao seu desenvolvimento, opta-se por também inserir aqui alguns dados relacionados com eventos normativos e não normativos habitualmente geradores de stress na família, utilizando a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. Na verdade, esta escala não mede o grau no qual a família se está a adaptar ou não a mudanças geradoras de stress. Quantifica antes o nível de stress secundário a transições familiares que decorreram no último ano, indicando uma maior ou menor necessidade de adaptação e projetando uma maior ou menor probabilidade de incidência de doenças (Holmes & Rahe, 1967; Rahe, Mahan & Arthur, 1970). Se há ou não adaptação, é algo que pode ser explorado na dimensão funcional da família. Dito isto, como indica o Anexo 9, verifica-se ter ocorrido a morte de um familiar próximo, irmão do Sr. J., (53 pontos) e a ocorrência do Natal (12 pontos), perfazendo um total de 65 pontos, abaixo do limite inferior da escala (150-200: menor probabilidade de incidência de doenças).

Vínculos: Como referem Wright e Leahey (2013), nesta fase do ciclo vital da família, a frequência dos contactos e os vínculos estabelecidos com a geração mais nova costumam ser mais fortes com as filhas adultas (ou noras) do que com os filhos adultos. Neste caso particular, o casal descreve um vínculo mais forte com os filhos do que com as noras. Relativamente a este vínculo, apesar de o casal expressar claramente que gostam de ambos os filhos por igual, referem existir uma diferença na frequência dos contactos com o filho mais velho, F., que almoça em casa do casal quase diariamente, enquanto que V. os visita ocasionalmente. O casal atribui esta menor disponibilidade de V. ao facto de este ter muitas obrigações na empresa onde trabalha e estar, por isso, “absorvido no trabalho” (*sic*). O facto de existir uma relação conflituosa com a esposa deste filho leva também a supor, pelo menos para já, que o vínculo estabelecido com toda a família do filho mais novo, V., não seja suficientemente presente ou estável para garantir apoio em caso de necessidade. Convém dizer que ambos os filhos (e noras) também têm filhas e que ver-se-iam (ou quiçá, ver-se-ão) numa situação de “geração sanduíche” face às necessidades da geração mais velha e da geração mais nova, o que poderá limitar a ajuda à geração mais velha (Bertini, 2011).

Funcionamento instrumental / atividades de vida diária: Desde o acidente do Sr. J., a Sra. A. continua a executar as tarefas pessoais e domésticas como anteriormente, incluindo cuidar da higiene pessoal e vestir-se, lavar e estender a roupa, cozinhar e alimentar-se, lavar a loiça, limpar a casa, ir à mercearia, dormir, socializar com amigas do coro, etc. Desde o acidente do Sr. J., para além daquelas tarefas domésticas, ela ajuda-o a tomar banho, a vestir-se e a posicionar-se no leito (naquilo que ele próprio não consegue), gere a sua medicação, ajuda-o a transferir-se para a cadeira de rodas e de volta para a cama ao fim do dia, executa tratamentos às úlceras de pressão nos dias em que não há cuidados ao domicílio – ambos preferem assim –, executa esvaziamentos vesicais ao Sr. J. de 4 em 4 horas durante o dia e aplica-lhe um dispositivo urinário externo ao deitar. Para além disto, todos os domingos prepara o almoço para os filhos e suas respetivas famílias. Por sua vez, o Sr. J. alimenta-se sozinho, dorme, socializa com amigos do clube local, gere o dinheiro e, dentro das suas limitações, veste-se, cuida da higiene pessoal, mobiliza-se no leito, etc. Olhando para as atividades aqui mencionadas, é seguro afirmar que o acidente do Sr. J. redefiniu o funcionamento instrumental da família.

Comunicação emocional e comunicação verbal e não-verbal: Como referem as autoras do modelo de avaliação familiar de Calgary, esta e as seguintes categorias não são usadas como determinantes para afirmar se uma família é ou não emocionalmente saudável. Em vez disso, as autoras referem que, à exceção das situações de violência e abuso, o mais importante é se a família julga ou estar ou não a funcionar bem (Wright & Leahey, 2013).

Relativamente ao modo como o casal expressa as suas emoções, pode dizer-se que os membros do casal têm estilos de comunicação distintos. A Sra. A. expressa as suas emoções verbalmente com muita clareza e o Sr. J. diz não gostar de falar sobre o que sente, retraindo-se verbalmente e adotando por vezes um fâcies quase anímico, que a Sra. A. diz ter de interpretar. Além disso, as questões circulares revelam que cada um deles confirma a descrição que o outro faz de si e ambos dizem que sempre comunicaram desta maneira entre si.

Saliente-se também que muitas questões que envolvem esta família conjugam aspetos do funcionamento instrumental e do funcionamento expressivo em simultâneo. Por exemplo, a Sra. A. refere que muitas vezes, ao cuidar do marido nas suas atividades de vida diária,

pergunta-lhe se está ela a fazer bem e como é que ele se está a sentir, ao que ele opta por ficar em silêncio e não oferecer feedback verbal.

A informação obtida em entrevista familiar deixa supor que o sentimento de tristeza, a culpa ou a perceção de ser inútil ou inferior poderão eventualmente ser elementos que dificultam a comunicação emocional do casal. Contudo, nada indica que o único padrão de resposta do Sr. J. seja de retraimento. É plausível supor que a expressão emocional ocorra sem impedimentos noutras circunstâncias, mas não foi possível confirmar esta hipótese, o que requer avaliação subsequente. Ademais, podemos igualmente formular a hipótese sistémica de que as crenças que o Sr. J. tem sobre os papéis de marido e mulher poderão estar a influenciar o modo como ele responde às solicitações da esposa, pois a Sra. A. refere que este padrão sempre existiu no casal.

Comunicação circular e resolução de problemas: De acordo com a Sra. A, o exemplo descrito no ponto anterior é um padrão de comunicação que se repete ao longo do dia, há muitos anos. Apesar de o casal funcionar complementarmente com clara distinção de tarefas e papéis, parece evidente na interação entre ambos e através do que manifestam em entrevista que este tipo de comunicação conjugal não é propriamente satisfatória.

Além disso, ambos os membros do casal parecem exibir um locus de controlo externo, referindo que os momentos de insatisfação se devem ao comportamento do outro e revelando uma perceção de causalidade linear no que toca ao modo como comunicam. A Sra. A. é mais exaustiva nesta descrição e o Sr. J. tende a permanecer em silêncio, mas confirma o que ela diz, acenando a cabeça quando questionado. Segundo ela, cada vez que tenta obter feedback e validação da parte do Sr. J., este reage reciprocamente à solicitação fechando-se verbalmente, aparentemente numa tentativa de rejeitar a comunicação em curso, o que não deixa de ser, segundo Watzlawick, Bavelas e Jackson (2011), uma forma de comunicar e, por isso mesmo, uma distorção do primeiro axioma da comunicação. Ao fazê-lo, a esposa reage solicitando mais feedback, contribuindo também da sua parte para alimentar o ciclo num padrão de comunicação circular relativamente rígido (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 2011).

Segundo a Sra. A., este padrão tende a perdurar até que ela desista da interação, o que também parece ser uma constante na interação entre ambos. Os diagramas de comunicação circular propostos por Tomm (2014) ajudam a elucidar este tipo de padrão e a Figura 8

exemplifica o padrão descrito atrás, optando-se por uma configuração vertical para ilustrar uma discreta nuance de domínio e submissão, com a linha a tracejado a indicar a interação com menor poder de influência.

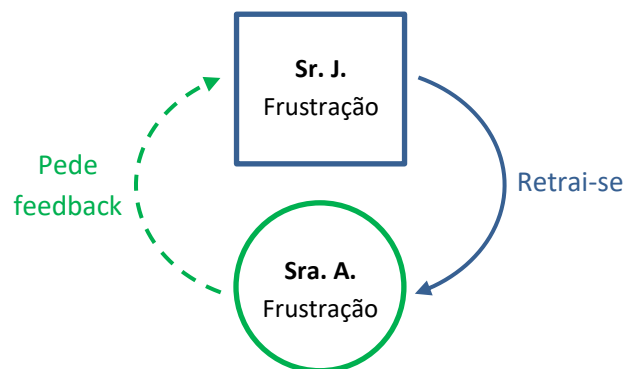


Figura 8 – Diagrama de padrão circular

Fonte: autor 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. Nos últimos anos, a literatura científica tem colocado em causa a validade e o valor preditivo desta escala (Yaphe, 2018). Contudo, ela foi usada com o intuito de estimular a conversa terapêutica e explorar as percepções de satisfação de ambos os membros do casal no que respeita ao modo como se relacionam. Obtiveram-se pontuações díspares no casal, como mostra o Anexo 10, com o Sr. J. a revelar-se globalmente mais satisfeito com a relação do que a Sra. A. Face à discrepância observada, o casal sentiu necessidade de justificar as suas respostas, o que permitiu aprofundar a entrevista e colher dados relevantes da funcionalidade familiar com muita naturalidade, sem se criar uma percepção de interrogatório.

Além disso, pela necessidade de aprofundar a avaliação familiar, optou-se pelo recurso à segunda versão da escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (*Family adaptability and cohesion evaluation scale, FACES II*), desenvolvida por Olson, Bell e Portner, citados por Amaral (2015). De acordo com as instruções para o uso desta escala de 30 itens, e tal como demonstra o Anexo 11, obteve-se uma pontuação de 61 na subescala de coesão, indicando que se trata de uma família ligada, e de 46 na subescala adaptabilidade, indicando

que se trata de uma família flexível (Amaral, 2015). Estas duas pontuações significam que, no geral, a família é moderadamente equilibrada.

Papéis, influência e poder: O Sr. J. desempenhou a maior parte da vida o papel de provedor da família e é o gestor financeiro do casal, enquanto a Sra. A. coloca em prática as decisões financeiras do marido e desempenha o papel de cuidado doméstico. A Sra. A., desempenha também o papel de cuidadora do Sr. J. e este é a pessoa cuidada. Alguns cuidados ao Sr. J. são apenas desempenhados pela Sra. A., como por exemplo a preparação da comida, o esvaziamento vesical, etc., enquanto outros são apenas desempenhados pelo Sr. J., como por exemplo a gestão financeira da família. Os papéis estão clara e consensualmente definidos entre ambos, não havendo sobreposição de papéis. Verifica-se, contudo, uma marcada acumulação de papéis por parte da Sra. A., indiciando alguma tensão e saturação.

Relativamente ao poder que ambos exercem, parece evidente que apesar de dependente de cuidados, o Sr. J. tende a assumir uma posição *one up* relativamente à esposa, exercendo uma influência dominante, que é aceite por ambos como normal para a relação conjugal (Wright & Leahey, 2013).

Crenças: De entre as crenças identificadas, destacam-se as que se relacionam com a espiritualidade, a perceção de mestria e controlo, a crenças sobre a doença crónica e os papéis desempenhados pelos elementos da família e pelos profissionais. A Sra. A. é católica e assídua na missa semanal. Refere encontrar suporte “na graça de Deus” (*sic*) para lidar com adversidades da vida quotidiana. Esta crença transpareceu muito claramente na entrevista, quando se questionou sobre a influência da espiritualidade na vida familiar. O casal também é unânime relativamente à crença de que os profissionais de saúde são uma valiosa fonte de recursos, tanto materiais como imateriais.

Enquanto sobressaem muito claramente as crenças relacionadas com a espiritualidade e o valor dos profissionais de saúde, outras crenças não parecem tão óbvias. Por isso, dada a escassez de contactos estabelecidos com a família, será provavelmente mais prudente formular hipóteses diagnósticas sobre as outras crenças do casal em vez de se assumir ter um pleno conhecimento das mesmas. Nesse sentido e, num espírito de abertura ao desconhecido, alerta-se o leitor para o teor especulativo das seguintes proposições.

Na interação com o casal, parece relativamente claro que ambos os elementos partilham da crença de que, pelo menos enquanto a Sra. A. tiver saúde, o casal terá o conhecimento e as forças necessárias para suprir as suas necessidades fundamentais - não que se considerem autossuficientes, mas parecem acreditar ser suficientemente competentes e capazes de mobilizar os recursos necessários. Não só parecem ter esta crença, como parecem efetivamente ser competentes e capazes de mobilizar esses recursos. A confirmar-se esta crença associada à perceção de mestria e controlo, está será provavelmente uma das forças mais marcantes do casal e um dos aspetos que mais facilita a sua abertura à aprendizagem e o seu autoempoderamento. Simultaneamente, esta crença faz-se acompanhar da sua contraparte, ou seja, a crença de que poderão não ter a força e os recursos necessários, caso a Sra. A. não tenha saúde para cuidar da família.

Depois de serem questionados sobre o modo como a paraplegia influencia a vida familiar, outras crenças emergiram na interação com a família, nomeadamente crenças relacionadas com a doença e o lugar que a doença ocupa nas relações familiares. Por exemplo, ambos os elementos do casal veem a paraplegia como sendo limitadora para a dinâmica familiar. Contudo, ambos partilham também da crença de que a paraplegia não é *totalmente* limitadora, justificando que mantêm outras relações sociais e que “a vida não pode ser só isto” (*sic*). Assim, o casal parece recusar reduzir a sua identidade familiar à paraplegia, mostrando que são mais do que isso.

Os papéis desempenhados por cada um dos elementos do casal, enquanto marido e mulher, poderão também oferecer pistas sobre como idealizam esses papéis na sociedade e no seio da sua relação conjugal. Como descrito atrás, o Sr. J. foi provedor e gestor financeiro da família durante a maior parte da vida – “cabeça de casal”, por assim dizer –, enquanto a Sra. A. desempenhou sobretudo funções domésticas e de cuidados à geração mais nova, cumprindo as decisões do marido. Não é claro, neste momento, o modo como os papéis desempenhados até agora vieram a reforçar as crenças que ambos têm sobre o papel de marido e mulher. Todavia, dado o poder que as crenças exercem na qualidade da comunicação familiar, talvez mereça a pena hipotetizar que o Sr. J. acredita que um homem de família não deve dizer ou mostrar o que sente, sob pena de, ao verbalizar as suas vulnerabilidades, poder diminuir o seu poder executivo. Por uma questão de sensibilidade e respeito, dado o contexto em que decorrem os contactos, esta hipótese não foi explorada, mas ainda assim é formulada por

razões de exercício académico e para o caso de vir a ser necessário intervir ao nível das crenças (Wright & Leahey, 2013).

Alianças e coligações: Sendo o casal naturalmente constituído por dois elementos, não pode desenvolver alianças e coligações com outros elementos do sistema familiar, à exceção da aliança que desenvolve nas próprias permutas comunicacionais da relação conjugal.

Em alguns aspetos da vida familiar, como na divisão de tarefas domésticas e na definição de papéis, existe clara complementaridade. Noutros aspetos, como por exemplo quem toma a iniciativa de falar, existe alguma simetria. De um modo geral, porém, pode dizer-se que as interações no subsistema conjugal tendem a ser mais complementares do que simétricas.

Relativamente às interações intersistémicas, não foi possível obter relatos sobre a formação de alianças ou coligações com outros elementos da família extensa, nomeadamente com os filhos. Todavia, a Sra. A. parece esboçar uma tentativa de coligação e triangulação com os profissionais de saúde, pois no primeiro contacto, antes de estes entrarem no quarto do Sr. J., confidenciou-lhes em voz baixa: “Ele não fala muito, sabe. Eu gostava que ele falasse mais. Era bom para mim se assim fosse...” (*sic*), o que parece confirmar a predominância da complementaridade na relação diádica, em virtude da simetria (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 2011).

Diagnósticos de enfermagem: Importa ressaltar desde já, que, numa lógica de parceria colaborativa e, atendendo ao facto de as famílias serem informacionalmente abertas, mas organizacionalmente fechadas, preconiza-se que as intervenções sejam planeadas em conjunto com a família, de acordo com o que lhes fizer sentido (Alarcão, 2000). Assim, não se preconiza que o Enfermeiro dite aos membros da família o que devem ou não fazer, nem tampouco como devem ou não ser, mas que seja antes um facilitador para a descoberta de mudanças que lhes façam sentido, quando for necessário. Dado os poucos contactos com a família em estudo, não foi possível definir se ambos estarão interessados em aprofundar a comunicação expressiva das emoções e apesar de ambos manifestarem preocupação sobre o futuro, caso a Sra. A. deixe de poder ajudar o Sr. J., talvez ainda seja precoce presumir que o casal deseja começar já explorar uma redefinição de papéis. Isto remete para a importância de planear as intervenções antecipadamente e implementá-las com sensibilidade, respeito e

sentido de oportunidade. Neste sentido, de entre os vários diagnósticos de enfermagem propostos abaixo, os que mais justificam a implementação de intervenções de enfermagem são os que se relacionam com as úlceras de pressão. Contudo, opta-se por enunciar também alguns diagnósticos relacionados com a dimensão de desenvolvimento e com a dimensão funcional do casal.

Uma vez que o uso da linguagem classificada pode, eventualmente, fazer veicular a ideia de que as intervenções são vertidas indiscriminadamente sobre os clientes, esbatendo as nuances da relação terapêutica e daquilo que se configura mais benéfico e necessário num dado momento de interação com a família, sublinha-se de antemão (e novamente) o facto de as intervenções propostas abaixo serem formuladas, por um lado, numa lógica de cuidados antecipatórios, cuja implementação irá operacionalizar-se à medida que tal se revele oportuno e desejável pelo casal, e, por outro, para fins de exercício clínico e académico relacionado com a mobilização do conhecimento e o desenvolvimento de competências.

Enquanto a avaliação e a intervenção à família teve por base o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary, a formulação escrita dos diagnósticos, resultados esperados e intervenções com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem teve por base as sugestões propostas no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012). Como principais diagnósticos de enfermagem, destacam-se os seguintes, à data de 1 de julho de 2021:

- Úlcera de pressão no calcanhar esquerdo (categoria III);
- Úlcera de pressão no calcanhar direito (categoria I);
- Úlcera de pressão na face lateral da perna direita (categoria I);
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime de tratamento das úlceras de pressão, não demonstrado;
- Potencial do prestador de cuidados para melhorar regime de tratamento das úlceras de pressão, demonstrado;
- *Satisfação conjugal não mantida*, com base nos critérios de diagnóstico: *relação dinâmica disfuncional* (casal não satisfeito com a forma como cada um expressa os sentimentos) e *comunicação não eficaz* (casal não satisfeito com o seu padrão de comunicação);

- *Papel de prestador de cuidados não adequado*, com base nos seguintes critérios de diagnóstico: *conflito de papel* (existe sobrecarga de papéis familiares) e *saturação do papel* (um membro do casal refere problemas físicos associados ao desempenho do papel);
- *Processo familiar disfuncional*, com base no seguinte critério de diagnóstico: *comunicação familiar não eficaz* (o casal não está satisfeito com a forma como cada um expressa os sentimentos, nem todos na família são claros e diretos no discurso e não existe satisfação de todos os elementos sobre a forma como se comunica na família).

Resultados esperados:

- Satisfação conjugal mantida;
- Papel de prestador de cuidados adequado;
- Processo familiar funcional;
- Úlcera de pressão no calcanhar esquerdo melhorada;
- Sem úlcera de pressão no calcanhar direito;
- Sem úlcera de pressão na face lateral da perna direita.

Planeamento de cuidados – intervenções de enfermagem

- Avaliar úlcera de pressão no calcanhar esquerdo;
- Avaliar úlcera de pressão no calcanhar direito;
- Avaliar úlcera de pressão na face lateral da perna direita;
- Executar tratamento da úlcera de pressão no calcanhar esquerdo;
- Executar tratamento da úlcera de pressão no calcanhar direito;
- Executar tratamento da úlcera de pressão na face lateral da perna direita;
- Ensinar prestador de cuidados sobre regime de tratamento das úlceras de pressão;
- Avaliar satisfação conjugal;
- Promover a comunicação do casal;
- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Otimizar a comunicação na família;
- Avaliar processo familiar;

- Avaliar papel de cuidador;
- Avaliar os conflitos no papel;
- Avaliar saturação do papel;
- Promover estratégias de *coping* para o papel;
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família.

Implementação das intervenções de enfermagem: Tal como descrito atrás a implementação das intervenções teve por base o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary. A avaliação familiar não acontece necessariamente de modo desfasado da implementação de intervenções, pois algumas questões têm o intuito de avaliar e simultaneamente propiciar uma mudança, tendo também por isso um caráter interventivo. O próprio facto de questionar algo proporciona à família uma oportunidade para clarificar perceções, crenças, comportamentos, etc. que, de outro modo, poderiam permanecer ocultos e isso também é intervir (Wright & Leahey, 2013).

Assim sendo, algumas das intervenções de enfermagem enunciadas nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental foram implementadas através de questões circulares orientadas para a identificação de diferenças, para a promoção de efeitos comportamentais ou sob a forma de questões hipotéticas ou orientadas para o futuro, conforme apropriado na interação com a família (Wright & Leahey, 2013).

Algumas intervenções também foram implementadas no contexto da identificação de forças e do elogio relativamente às forças da família e forças individuais, reforçando a consciência dos recursos e daquilo que funciona bem na família, bem como a resiliência e um sentimento de segurança face à adversidade.

Houve também intervenções mais técnicas relacionadas com a execução de tratamentos às úlceras de pressão que foram conjugadas com ensinamentos realizados a ambos os elementos do casal, no sentido de potenciar sinergias entre diferentes intervenções de enfermagem. Dado o equilíbrio observado em termos de funcionalidade familiar, as intervenções mais prioritárias são por isso as que se relacionam com os tratamentos às úlceras de pressão e com o conhecimento sobre o tratamento e prevenção das úlceras de pressão.

Reavaliação: A 15 de julho de 2021, verificou-se um ganho em saúde relativamente às úlceras de pressão do calcanhar direito e da face lateral da perna direita, que se encontravam cicatrizadas. Por essa razão, foi dado termo às intervenções “Executar tratamento da úlcera de pressão no calcanhar direito” e “Executar tratamento da úlcera de pressão na face lateral da perna direita”.

No entanto, o Sr. J. apresentava uma nova úlcera de pressão de categoria III localizada na nádega direita (sobre a tuberosidade isquiática), resultante do uso incorreto das ajudas técnicas por parte do Sr. J e da Sra. A., nomeadamente da almofada antiescara que usa na cadeira de rodas. Isto incitou à formulação dos novos diagnósticos:

- Úlcera de pressão na nádega direita (categoria III)
- Conhecimento sobre prevenção das úlceras de pressão, não demonstrado

De igual modo, foram planeadas as intervenções:

- Executar tratamento à úlcera de pressão na nádega direita
- Ensinar sobre prevenção das úlceras de pressão

O horário do estágio – em média, 2 turnos por semana – limitou o número de contactos com a família e dificultou por isso a reavaliação dos efeitos das restantes intervenções. No entanto, esta família continuou a ser cuidada pela equipa de saúde. A 8 de outubro de 2021, efetuou-se o último contacto de estágio com a família. Apesar de haver uma melhoria na cicatrização das úlceras de pressão, os diagnósticos e intervenções mantiveram-se inalterados e foi depois dada continuidade pela equipa de enfermagem.

Desafios no processo de enfermagem à família: O processo de enfermagem descrito acima é representativo da extensão com que foi desenvolvido este primeiro domínio de competências específicas, pelo que se opta por registar nesta secção algumas reflexões sobre a relação entre o processo de enfermagem com a família e o desenvolvimento de competências específicas em ESF, bem como oportunidades e desafios identificados no processo de enfermagem à família.

Apesar de o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary ser bastante flexível e não prescrever necessariamente o uso de instrumentos de avaliação, após a primeira entrevista com a família

procedeu-se à avaliação de parâmetros sociais da família através da escala de Graffar adaptada (Figueiredo, 2012), à avaliação do nível de stress secundário a transições familiares ocorridas recentemente através da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Holmes & Rahe, 1967) e à avaliação da perceção que os membros da família têm acerca da funcionalidade família através da escala de APGAR familiar de Smilkstein – versão Portuguesa de Agostinho e Rebelo, citados por Andrade e Martins (2011).

No último contacto, recorreu-se à escala FACES II a fim de aprofundar a avaliação da funcionalidade familiar em termos de adaptabilidade e coesão (Amaral, 2015; Figueiredo, 2012). Existem diversas versões da FACES e a escolha desta versão particular deveu-se à sua facilidade de implementação comparativamente à versão mais recente. De acordo com Olson (2011), a FACES IV apresenta uma relação curvilínea, em vez de linear, entre o funcionamento familiar salutar e não salutar, indicando que é possível avaliar áreas extremas de coesão e flexibilidade. Todavia, a FACES IV é relativamente extensa, sendo composta por 62 itens. Em contraste, a FACES II, apesar de não poder avaliar aqueles extremos da funcionalidade familiar com a mesma precisão, é composta por apenas 30 itens, o que otimiza a sua aplicabilidade (Figueiredo, 2011; Olson, 2011).

O uso desta escala levantou uma série de desafios e oportunidades de aprendizagem. Em boa verdade, dada a dificuldade de leitura do paciente identificado (Sr. J.), os itens foram lidos em voz alta para o utente, que classificou as afirmações de acordo com as opções de resposta previstas. A aplicação deste instrumento de avaliação também não podia ser efetuada por via telefónica, pois foi necessário explicar vários itens ao utente, requerendo uma abordagem presencial. De outro modo, seria muito cansativo para o Sr. J.

A implementação da FACES II ocupou todo o tempo disponível para aquele contacto com a família – cerca de 25 minutos. Este contacto decorreu num contexto de visita domiciliária, não isolada, mas agregada a visitas ao domicílio a outras famílias, exigindo uma articulação com a empresa que gere os táxis e motoristas. Infelizmente, este facto não pôde ser ignorado, pois tem implicações diretas e reais em termos de custos para a USF. Findo o tempo previsto, não se preconiza que a duração do contacto seja prolongada a menos que as avaliações ou intervenções por realizar exijam uma implementação imediata. Por essa razão, enquanto o questionário estava a ser aplicado, outra enfermeira realizava os tratamentos às úlceras de

pressão do Sr. J. e, naquele contacto, não restou mais tempo para avaliações ou intervenções adicionais.

Além disso, a dinâmica de interação que emerge durante a implementação desta escala de 30 itens não parece ser propriamente a mais interessante ou desejada pela família, pois limita a direção que os membros da família desejam dar ao diálogo terapêutico. Por diversas vezes durante a implementação da escala, a leitura de um determinado item levou a família a iniciar uma narrativa pertinente para aquele tema específico, merecendo ouvidos atentos e disponíveis para uma exploração do conteúdo. No entanto, dada a extensão do instrumento de avaliação e as limitações de tempo, as afirmações do instrumento de avaliação tiveram de ser encadeadas sucessivamente, deixando pouco espaço para a família explorar as suas respostas de acordo com as suas necessidades.

Efetivamente, ao anuir a resposta a um instrumento de avaliação com esta extensão, o compromisso da família e o seu envolvimento nos cuidados poderá estar a ser relegado para segundo plano, pois ela fica limitada na manifestação de preocupações ou aspirações cuja partilha poderia considerar relevantes no decorrer da entrevista. Este envolvimento da família e do enfermeiro num plano de cuidados que faça sentido para a família está estreitamente relacionado com a prática de parceria colaborativa, defendida pela International Family Nursing Association (2017) e prevista nas competências específicas do EE em EC na área de ESF, enquanto elemento integrante do desenvolvimento da prática de EF baseada em evidência científica (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Ao contrário do APGAR familiar de Smilkstein, que contém apenas 5 itens, a implementação da FACES II demonstrou quão importante é ponderar o seu uso atendendo ao tempo disponível para os cuidados e, por conseguinte, à relação risco-benefício, pois o benefício de recolher dados de forma estruturada pode acarretar o risco de excessiva estruturação, limitando a naturalidade e flexibilidade do diálogo e o grau de conexão com os membros da família. De facto, uma coisa é estudar instrumentos de avaliação familiar, a sua pertinência e importância, outra (relacionada, mas não igual), é implementar esses instrumentos com pessoas e famílias reais e observar o modo como reagem a este tipo de abordagem enquanto ela se desenrola.

Com o estágio, a prática traz uma nova luz à teoria, possibilitando a sua integração em situações concretas de elevada complexidade. Assim e, especialmente nas situações da prestação de cuidados à família em que não se preveja uma clara superioridade dos benefícios do uso de escalas extensas face aos riscos enunciados, parece legítimo questionarmo-nos sobre até que ponto não merecerá a pena usar, em alternativa, apenas alguns itens-chave dessas escalas como plataforma para abrir avenidas de discussão com a família no âmbito da adaptabilidade/flexibilidade e da coesão familiar (ou noutra âmbito, conforme a escala). Apesar de esta estratégia estar longe de conferir uma tradução numérica para a avaliação de ganhos em saúde, ela permite aprofundar a colheita de dados e as intervenções de enfermagem em linha com as necessidades da família que venham a emergir no decorrer da entrevista. Isto possibilita honrar as suas preferências e autodeterminação através de uma relação colaborativa e sem perder de vista a obtenção de ganhos em saúde.

Como descrito atrás, a conversa terapêutica com a família é fluida e dinâmica, podendo trazer à superfície aspetos da vida familiar não previstos à partida, mas nem por isso menos relevantes. Isto exige a devida atenção, flexibilidade e presença da parte do EF. Não seria nada menos do que irónico a adaptabilidade e a coesão familiar serem avaliadas mediante uma atitude inflexível e desconectada por parte do enfermeiro. Infelizmente, não é infrequente nos cuidados de saúde os utentes e as famílias quererem explorar temas que valorizam e que relacionam com a sua própria saúde para depois encontrarem do lado dos profissionais uma falta de flexibilidade e conexão com a família, resultantes de uma fixação em cumprir uma agenda previamente estabelecida ou em tratar apenas um ou outro tema particular, que pode não ser aquele que a família deseja ou necessita explorar.

Para além da relevância dos instrumentos de avaliação para a colheita de dados, é importante mencionar também a sua relevância em termos de intervenção de enfermagem, pois os itens da escala podem efetivamente abrir espaço para a colocação de questões circulares que, como defendido por Shajani e Snell (2019) a propósito do Modelo de Intervenção Familiar de Calgary, desempenham não só uma função na colheita de dados e na avaliação, mas também são uma estratégia de intervenção, pois criam condições propícias para que os membros da família possam refletir sobre ela própria, compreender-se melhor e, se necessário, modificar comportamentos.

Ao longo do estágio, os contactos com as famílias evidenciaram sempre a existência de transições em curso, sobretudo transições de saúde/doença e transições de desenvolvimento (Im, 2018). A identificação de condições facilitadoras nos processos de transição, particularmente através da descoberta de recursos que as famílias têm ao seu dispor, e a implementação de intervenções envolvendo as famílias através numa parceria colaborativa na definição de um plano de saúde que faça sentido para os seus membros, não só foram necessárias e benéficas para as famílias, como também pessoalmente motivante e gratificante. Esta abordagem fortaleceu a reflexão sobre o cuidar baseado em forças e a sua integração com a teoria das transições e o modelo de promoção da saúde.

No entanto, foi particularmente desafiante operacionalizar o registo de enfermagem em termos de forças com uma linguagem classificada. Por um lado, implica que sejam formulados diagnósticos na positiva para veicular a ideia daquilo que funciona bem e possa ser um recurso para a família, alongando a lista de diagnósticos já existentes. Por outro, o programa informático utilizado, SClinico, não oferece, para já, a possibilidade de planear diversas intervenções neste âmbito, como “Identificar forças” ou “Mobilizar forças”.

No que respeita à avaliação familiar, para além de se constatar que a realização de avaliações exaustivas com todas as famílias não é desejada pelas famílias, proceder desta forma reduziria também o número de consultas e, por conseguinte, a acessibilidade da população aos cuidados de saúde. Assim sendo, é evidente a necessidade de definir prioridades, pois algumas famílias precisam de intervenção mais urgente que outras.

Como defendem Wright e Leahey (2013), a avaliação familiar pode ser repartida no tempo, à medida que se estabelecem breves contactos com a família. A fim de responder à crença partilhada por muitos enfermeiros de que a avaliação familiar limita o desempenho de outras responsabilidades profissionais ou a crença de que não é possível ajudar as famílias durante o breve contacto que têm com elas, Wright e Leahey (2013) demonstram que é exequível realizar entrevistas familiares de curta duração com poucos elementos-chave, como a conversa terapêutica, boas maneiras, a elaboração de genograma e ecomapa, a colocação de questões terapêuticas e elogiar as forças familiares e individuais.

Contudo, o SClinico também não permite o registo ou a anexação de alguns instrumentos importantes para a avaliação das famílias, como o genograma e o ecomapa – provavelmente

uma lacuna considerável para os Cuidados de Saúde Primários, em geral e para a ESF, em particular. Infelizmente, esta lacuna pode levar os profissionais a questionarem-se sobre a utilidade de tais instrumentos se depois não têm como os registar em suporte informático. Apesar de o registo em suporte de papel ser uma possibilidade, não é o que se preconiza nos dias de hoje, pois leva a que a informação fique dispersa e pouco acessível. Urge, por isso, redefinir a inclusão destes instrumentos nos sistemas de informação, a fim de garantir uma avaliação minimamente adequada das famílias.

Ademais, os constrangimentos associados aos registos não se reduzem às lacunas informáticas. A dificuldade sentida relativamente aos registos de enfermagem envolve também constrangimentos associados ao fator tempo. Num estágio, é necessário tempo para conhecer o programa informático e para efetuar os registos. Para garantir que a família sinta o enfermeiro plenamente presente e focado nela e não no ecrã do computador, os registos são usualmente efetuados após o contacto com a família, o que aumenta o tempo de cada consulta e reduz o tempo disponível para cuidar de outros utentes e famílias. De um modo geral, estes constrangimentos são dificultadores, mas não impeditivos da avaliação de famílias.

Em suma, o pensamento crítico e sistémico no processo de enfermagem, a relação com a família, a integração dos referenciais teóricos e a prática baseada em evidência guiaram a avaliação familiar, a formulação de juízos e a implementação de intervenções, contribuindo para o desenvolvimento do primeiro domínio de competências específicas do EE em EC na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

3.2. DEONTOLOGIA, ÉTICA E APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O estágio permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos na fase teórica para a experiência viva de sentir as pessoas, as famílias e a comunidade. Isto não significa que se assimilou tudo o que há a aprender em ESF. Pelo contrário, a mobilização de conhecimentos para o contexto prático reforçou não só a importância de estar bem fundamentado na abordagem às famílias, como também a importância de as abordar a partir de um lugar de não-conhecimento. Abordar as famílias com abertura ao desconhecido revelou ser um meio hábil para honrar a sabedoria que já vive nas famílias, elas sim, especialistas nas suas próprias vidas.

Isto criou condições para não julgar precipitadamente nem encaixar as famílias, as suas relações ou os seus processos em esquemas conceptuais previamente estabelecidos. O recurso a teorias, modelos e parâmetros de avaliação familiar serviu efetivamente o duplo benefício, académico e profissional, de ajudar a guiar o processo de enfermagem de modo sistémico e sistematizado e isso foi benéfico para as famílias, mas tal não teria sido possível através de uma abordagem conceptual rígida. Mais concretamente, não teria sido possível aprofundar o conhecimento sobre as famílias se a premissa *sine qua non* fosse encaixá-las num modelo explicativo. Se assim fosse, correr-se-ia o risco de forçar as interações num sentido ou ritmo que não o desejado pelos membros das famílias ou para o qual eles não estariam preparados.

Esteve sempre presente a perceção de que a interação estava a ocorrer com pessoas e famílias verdadeiras e não propriamente com famílias hipotéticas. Por esta razão, o principal objetivo nos primeiros contactos com as famílias foi trabalhar a relação terapêutica, sentir as pessoas e as famílias e só mais tarde, quando (e se) viesse a revelar-se oportuno, colher dados passíveis de formular juízos clínicos e planear intervenções.

Esta atitude contribuiu para o desenvolvimento da relação terapêutica com os membros das famílias, proporcionou uma sensação recíproca de estar à vontade e uma abertura natural das famílias para partilharem narrativas e eventualmente histórias da esfera privada, quando apropriado. Foi precisamente isso que aconteceu com a família escolhida para a elaboração do processo de enfermagem à família, que na primeira entrevista, acabou por partilhar muito mais do que o esperado.

Esta aparente contradição de conjugar, por um lado, conhecimento e, por outro, abertura ao desconhecido, em nada se parece contradizer. Esta conjugação entre conhecimento e abertura ao desconhecido permitiu explorar a complexidade da família com fluidez entre diferentes níveis de profundidade conversacional e entre diferentes parâmetros de avaliação, conforme a situação o pedisse.

Além disso, em conjunto com uma orientação para aquilo que parece ser o mais benéfico e necessário para as famílias, com respeito pelo cumprimento da lei e dos deveres deontológicos e com uma propensão pessoal para tentar desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na relação com os utentes, isto revelou ser o fundo a partir do qual o respeito,

a sensibilidade e a dedicação se desenvolveram na relação com as famílias, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns do EE, sobretudo as que dizem respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

3.3. MELHORIA DA QUALIDADE E GESTÃO DOS CUIDADOS

A articulação com a equipa de saúde permitiu mobilizar recursos e promover uma cultura organizacional de formação e prática interprofissional, ajudando a criar uma visão partilhada da ESF. Assim, estes projetos permitiram também desenvolver competências de liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, tal como enunciadas no segundo domínio de competências específicas do EE em EC na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

A articulação e colaboração com a equipa de saúde da unidade funcional desenvolveu-se também a outros níveis e contribuiu para o desenvolvimento do terceiro domínio de competências comuns do EE, relacionado com a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de saúde e a articulação na equipa (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Esta articulação e colaboração desenvolveu-se, por exemplo, ao nível do agendamento de consultas, com a equipa administrativa, e ao nível da prestação de cuidados, com a equipa médica – não só através da realização de intervenções marcadas pela complementaridade interprofissional, como na realização da colpocitologia ou na colocação de implante hormonal, mas também em tomadas de decisão conjunta, como no que respeita à referenciação para o serviço de urgência ou à avaliação de feridas e respetiva necessidade de iniciar antibioterapia em casos de infeção.

Verificou-se que, nuns casos, a iniciativa da decisão colaborativa partia de um profissional e, noutros casos, de outros. A comunicação, a confiança e o entendimento dentro da equipa revelaram-se, por isso, fundamentais para garantir a qualidade assistencial. Noutras situações, verificou-se naturalmente a existência de uma sobreposição de funções, como na realização de ensinos. Em diversas consultas, é expectável que haja alguma repetição nos ensinos realizados pelos enfermeiros e pelos médicos. No entanto, admite-se um possível

efeito sinérgico, pois os ensinamentos realizados por um profissional de saúde podem reforçar os ensinamentos realizados por outro.

Nos dias de estágio, não surgiram oportunidades de articulação ou referência de utentes para outras equipas funcionais do ACES, como a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Todavia, por diversas vezes, os utentes foram referenciados para outros profissionais de saúde, tais como profissionais de optometria ou oftalmologia no caso de utentes com diabetes mellitus com rastreio visual em atraso, profissionais de podologia no caso de utentes com calosidades ou deformações ungueais acentuadas e para o serviço de urgência do hospital de referência nos casos urgentes de traumatismo, alterações respiratórias, cardiovasculares ou digestivas ou nas situações de doença aguda sem possibilidade de agendamento e atendimento no próprio dia.

3.3.1. Projetos de melhoria e formação interprofissional

No decurso do estágio, desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão da doença, da saúde do adulto e da saúde do idoso – especificamente no âmbito da hipertensão arterial e da hipocoagulação. A escolha destes temas particulares, designadamente, a hipertensão arterial e a hipocoagulação, prende-se com o valor epidemiológico que ambos ocupam a nível nacional e regional, bem como a nível local, tal como evidenciam os indicadores e índices de desempenho setoriais (IDS) do ACES Pinhal Litoral e da USF Fonte do Rei. A nível nacional, assistimos, nas últimas décadas, a uma drástica redução na incidência e nas mortes por acidente vascular cerebral (AVC). De acordo com o material suplementar do estudo realizado por Krishnamurthi, Ikeda e Feigin (2020), Portugal registava em 2017 uma incidência de AVC de 95,0 casos por 100.000 habitantes e uma taxa de mortalidade de 53,8 mortes por 100.000 habitantes.

Além disso, como refere o Instituto Nacional de Estatística (2021), relativamente ao ano de 2019, os AVC continuaram a estar na origem do maior número de óbitos por ano em Portugal, representando 9,8% da mortalidade, sendo que as mortes por doenças do aparelho circulatório totalizaram quase um terço (29,9%) dos óbitos em Portugal nesse ano.

O estudo estatístico dos dados epidemiológicos é uma peça fundamental para se compreender este problema de saúde. Todavia, não resolve por si só o problema. No relatório anual de 2019 sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas, é salientada a importância do adequado controlo da hipertensão arterial para reduzir a incidência das doenças cérebro-cardiovasculares, sendo também matéria transversal a todas as áreas de intervenção do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2020).

Como demonstra o Anexo 12, o mais recente Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral, relativo ao período de 2018 a 2020, caracteriza também a hipertensão arterial como a segunda morbilidade mais prevalente no ACES Pinhal Litoral e na Região Centro, logo após as alterações do metabolismo dos lípidos, morbilidade esta que também se relaciona com o risco de doença cerebrocardiovascular (ACES Pinhal Litoral, 2019). Este relatório, que serviu de base para a elaboração da Estratégia Municipal de Saúde do Município de Leiria, explica que a hipertensão arterial, depois de incorporada numa lista de problemas identificados, foi posteriormente agregada ao problema “Doenças do Aparelho Circulatório”, que se encontra entre os três problemas de saúde mais prioritários para a população abrangida e inclui, além das doenças hipertensivas, as doenças cerebrovasculares, a doença isquémica do coração e a insuficiência cardíaca (ACES Pinhal Litoral, 2019; Câmara Municipal de Leiria, 2021). De acordo com o ACES Pinhal Litoral (2019), é por isso fundamental manter um programa de atuação na área das doenças do aparelho circulatório, no sentido de reduzir o número de mortes antes dos 70 anos por doenças do cérebro e do coração, focando a ação dos cuidados de saúde primários em programas de prevenção e literacia.

Relativamente aos indicadores locais, este projeto de melhoria contínua deverá ter efeitos a médio prazo nos resultados operacionais da USF Fonte do Rei e, por conseguinte, do ACES Pinhal Litoral. De acordo com o Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização da ACSS (2020), não existem indicadores relacionados com a hipocoagulação para as USF ou para as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O indicador “Proporção hipocoagulados controlados na unidade”, único no contexto da hipocoagulação, é um indicador do ACES no âmbito da acessibilidade aos cuidados de saúde. No entanto, este indicador é fruto das consultas realizadas nas USF e UCSP, o que justifica que a intervenção de melhoria seja efetuada ao nível da USF. Infelizmente não

existem publicações com dados recentes do ACES Pinhal Litoral relativamente a este indicador particular. No entanto, no ano de 2015 este indicador ficou apenas em 36,98, abaixo do valor mínimo esperado de 60,0 preconizado para o ACES Pinhal Litoral no biénio de 2020-2021 (ACES Pinhal Litoral, 2016; ACSS, 2020).

Relativamente à dimensão Hipertensão Arterial, antes do início do projeto, os dados de maio de 2021 do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários divulgados pela SPMS apresentavam um IDS de 37,0 para o ACES Pinhal Litoral e de 33,30 para a USF Fonte do Rei, ambos abaixo da média nacional de 46,2 (SPMS, 2022b). De entre os indicadores relacionados com a Hipertensão Arterial que têm impacto no índice de desempenho global (IDG), os que mais negativamente contribuíam para este resultado da USF e, por isso, aqueles que apresentavam maior margem para melhorar, eram os indicadores “Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)” com um resultado de 73,31 (mínimo esperado de 80), “Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90” com um resultado de 38,15 (mínimo esperado de 67) e “Proporção hipertensos com risco CV (3 A)” com um resultado de 51,50 (mínimo esperado de 80), tal como demonstra a Tabela 4. Além destes indicadores, a proporção de hipertensos com avaliação da pressão arterial em cada semestre e a proporção de hipertensos adultos com pressão arterial < 140/90 mmHg tiveram resultados abaixo do mínimo aceitável (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados da Dimensão Hipertensão Arterial (maio de 2021)⁷

Designação do Indicador	IDG	Mínimo Aceitável	Mínimo Esperado	Máximo Esperado	Máximo Aceitável	Resultado
Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	S	70	80	100	100	73,31
Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	N	65	75	100	100	47,89
Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	S	50	67	100	100	38,15
Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	S	70	80	100	100	51,50
Proporção hipert. [18; 65]A, com PA < 140/90	N	30	40	100	100	25,83
Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	S	50	50	85	90	86,08
Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	S	50	50	95	100	100,99
Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	S	85	90	100	100	90,18

Partindo deste conjunto de fundamentos, este projeto multidisciplinar desenvolvido na USF Fonte do Rei teve como objetivos estabelecer diretrizes para a realização das Consultas de Hipertensão Arterial e de Hipocoagulação, melhorar a qualidade dos cuidados prestados no

⁷ Fonte: SPMS (2022a)

âmbito do risco cardiovascular e garantir a equidade no acompanhamento dos utentes com hipertensão e dos utentes sob terapêutica anticoagulante.

O modo de implementação do projeto teve em conta o facto de a hipertensão arterial ser uma das principais causas de doenças do aparelho circulatório e as condições cardíacas com risco elevado de fenómenos tromboembólicos (como a fibrilhação auricular e certas valvulopatias) potenciarem a ocorrência de doenças cerebrovasculares (tais como os AVC). Do ponto de vista estratégico para a ESF, a maneira mais eficaz de identificar e acompanhar os utentes com risco acrescido de doenças do aparelho circulatório foi através das Consultas de Hipertensão e das Consultas de Hipocoagulação, pois os utentes que iniciam a terapêutica anticoagulante são normalmente aqueles a quem foi identificado um risco acrescido de fenómenos tromboembólicos. No que concerne à hipocoagulação, em particular, apenas foram incluídos os utentes sob terapêutica com anticoagulantes orais indiretos, pois os anticoagulantes orais diretos não necessitam do mesmo tipo de vigilância e controlo do rácio normalizado internacional (INR), não sendo por isso seguidos em Consulta de Hipocoagulação (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019).

Este projeto de melhoria levou à elaboração de dois manuais de procedimentos (um para a Consulta de Hipertensão e outro para a Consulta de Hipocoagulação), um livreto informativo sobre a hipocoagulação e vigilância do INR (Apêndice 4). O projeto foi apresentado a peritos para avaliação e obtenção de parecer técnico e realizou-se uma ação de formação em serviço para toda a equipa multiprofissional da USF Fonte do Rei, incluindo enfermeiros, médicos e também assistentes técnicas.

O final da ação de formação em serviço incluiu um espaço de reflexão com todos os profissionais presentes, de modo que todos pudessem oferecer contributos de melhoria e para que todos na equipa se sentissem incluídos neste projeto, que não deixa de ser de toda a equipa. O projeto foi muito bem recebido pela equipa e, do feedback, emergiu apenas a necessidade de incluir informação sobre a interação medicamentosa de anti-inflamatórios não-esteróides com anticoagulantes orais indiretos, sugestão esta que foi incluída no livreto informativo. Os manuais foram depois submetidos à apreciação do conselho técnico da USF e foram aprovados para uso interno na unidade.

Durante o estágio, também se elaborou um livreto informativo sobre a diversificação alimentar em bebés (Apêndice 5). Este projeto de melhoria contínua visou atualizar a informação oferecida aos utentes, transferindo as recomendações sobre alimentação saudável da Direção-Geral da Saúde (2019) para a prática clínica com famílias e promovendo a concretização dos eixos 2 e 3 da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável, que visam melhorar a qualidade e a acessibilidade da informação de modo a capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis, e promover e desenvolver a literacia e autonomia dos consumidores para escolhas alimentares saudáveis (Despacho n.º 11418/2017; Direção-Geral da Saúde, 2021). A elaboração deste livreto foi concluída no final do estágio e também foi submetida à aprovação do conselho técnico da USF Fonte do Rei.

Primando pela garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e o desenvolvimento de práticas de qualidade através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, estes projetos proporcionaram o desenvolvimento de competências comuns do EE relacionadas com a melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). A ação de formação realizada foi também uma forma de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho e uma forma de suportar a prática clínica em evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enunciado no quarto domínio das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

3.3.2. Contributos para a prática baseada em evidência

A promoção de uma cultura organizacional de investigação é parte integrante das competências de gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). A investigação não está, ademais, desconectada das vivências da prática clínica. Durante o estágio, a prática de envolver as famílias através de uma parceria colaborativa suscitou um forte interesse por este tema e a necessidade de investigar os fatores que predizem as atitudes dos enfermeiros relativamente à importância que eles próprios atribuem às famílias nos cuidados de enfermagem.

Tal necessidade materializou-se na realização de um trabalho de investigação que ajudou, por sua vez, a fundamentar a prática clínica de ESF com base em evidência científica, sobretudo

no que respeita às noções de parceria colaborativa e envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Esse trabalho de investigação é apresentado no capítulo seguinte, mas está intimamente relacionado com as aprendizagens profissionais e as competências descritas até aqui, visando, em última instância, fundamentar a prática clínica e servir de suporte para a melhoria dos cuidados às famílias.

Efetivamente, a necessidade de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem é cada vez mais apoiada por evidência científica. Contudo, as atitudes dos enfermeiros favorecem (ou dificultam) este envolvimento em graus variados. A investigação tem identificado preditores destas atitudes, mas a evidência encontra-se ainda dispersa na literatura. Assim, o objetivo desta investigação foi identificar os fatores que predizem ou explicam (de forma independente) as atitudes dos enfermeiros face à importância que atribuem às famílias nos cuidados de enfermagem (AE-IFCE).

Dado o seu cariz académico, ainda que este trabalho de investigação tenha sido realizado individualmente e não no âmbito da colaboração interprofissional, não deixa, ainda assim, de configurar um contributo relevante, não só para enfermeiros, como também para outros profissionais de saúde que trabalham com famílias.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

4.1. A FAMÍLIA: CONCEITOS, TEORIAS E MODELOS

4.1.1. A família e a saúde na família

A família é o grupo social mais antigo, é um elemento natural da estrutura social e é a unidade básica da vida social (Stych, 2021). Sendo este conceito essencial para a prática de enfermagem com famílias, importa desdobrar o modo como é definido na literatura, como é visto pelos enfermeiros e como isso pode influenciar a sua prática clínica.

O conceito de família tem sido objeto de definição por diversos autores na área das ciências sociais e da saúde e, com a evolução das sociedades e do conhecimento científico, tem vindo a sofrer diversas reinterpretações. Pender, Murdaugh e Parsons (2015), defendem que a definição tradicional de família como duas ou mais pessoas que vivem juntas e que estão relacionadas por casamento, sangue ou adoção já não é adequada. Segundo estas autoras, a família pode ser definida com base nos laços emocionais dos seus membros, independentemente de viverem ou não juntos, e existe uma multiplicidade de configurações familiares possíveis.

De acordo com Russel (2020), o conceito de família é inapreensível e defini-la de um modo claro e pragmático tem sido sempre uma tarefa elusiva. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2016) defende que o conceito de família pode diferir de estado para estado ou até de região para região e não é possível atribuir a este conceito uma só definição, apelando por isso ao reconhecimento de várias formas de família, de acordo com a diversidade dos sistemas culturais, políticos e sociais. Redmond e Martin (2021) afirmam que há múltiplas definições de família aceites a nível internacional que reconhecem que os compromissos interpessoais de longo prazo se podem basear em laços biológicos, habitacionais, legais e emocionais.

As definições de família são tão diversas quanto as próprias famílias e as situações em que se encontram, sendo frequentemente categorizadas de dois modos genéricos: (1) as definições estruturais, que especificam quem faz parte da família de acordo com certas características dos membros da família, e (2) as definições funcionais, que especificam as funções que os membros da família desempenham (Bogensneider, et al., 1993). De acordo com Powell (2017), as perspetivas mais exclusivas tendem a basear a definição de família na lei, religião e

estrutura das relações, e as mais inclusivas tendem a enfatizar mais a funcionalidade e a qualidade das relações. Aqueles que preferem definições mais moderadas tendem a privilegiar a estrutura (como o casamento ou os laços biológicos), mas com base naquilo que essa estrutura significa para eles, nomeadamente a qualidade da relação, o compromisso, a responsabilidade, etc. (Powell, 2017).

Buchanan e McConnell (2017) defendem que o modo como se define família tem muitas implicações importantes, podendo mesmo influenciar as políticas que irão determinar, por exemplo, que relações merecem reconhecimento oficial e apoio governamental. Não obstante, o termo “família” é comumente aceite e o uso de uma definição contextualizada (apesar de convencional e não absoluta, por natureza) pode ajudar a compreender o modo como os fenómenos e os processos familiares se desenvolvem na interação entre profissionais e famílias.

No âmbito da saúde, em geral, e da ESF, em particular, muitas descrições parecem enfatizar o aspeto funcional das relações. Uma descrição de família atualmente aceite é a de duas ou mais pessoas que dependem umas das outras para apoio emocional, físico ou financeiro, podendo incluir quaisquer indivíduos que tenham um compromisso significativo mútuo (Eddy, Bailey & Doutrich, 2018; Pender et al., 2015). Além disso, a família também é descrita como um grupo que se autodefine como tal (Eddy, Bailey & Doutrich, 2018; Eggenberger & Nelms, 2007; Lietz, 2006; Pender et al., 2015; Russell, 2020). Wright e Leahey (2013), duas pioneiras na área de ESF, partilham também desta perspetiva (e abordagem), afirmando que “a família é quem eles dizem ser”. Wright e Leahey (2013) argumentam que esta não é apenas uma descrição de família, ela também funciona como princípio orientador para a prática de enfermagem com famílias e permite aos enfermeiros honrarem o que os membros da família pensam acerca das relações que lhes são significativas. Vemos assim que definir família é um processo que pode influir no modo como ela é vista e no modo como a própria prática clínica se desenrola subsequentemente.

Relvas (2000) define família como um sistema complexo em evolução, com múltiplas relações e dotado de capacidade auto-organizativa, o que lhe confere coerência e consistência ao longo do tempo. De acordo com Relvas (2000), a família é também um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva holística pode ser corretamente compreendida.

Ao propor que a realidade da família possa ser “corretamente compreendida”, esta definição aproxima-se, ainda que tangencialmente, das escolas positivista e realista, segundo as quais existe uma realidade externa, passível de ser conhecida, interiorizada e conceptualizada, atribuindo-se-lhe um sentido objetivo (Proulx, 2008). Em contraste, a escola construtivista asserete que o conhecimento é construído ativamente pelo conhecedor e, por isso, o conhecido não existe de forma independente e absoluta (Proulx, 2008). À luz desta perspetiva, uma definição (de família, neste caso) não é sequer uma aproximação à realidade, tida como inacessível, mas sim uma experiência subjetiva de participar numa construção mental com o objetivo de encontrar coerência e funcionalidade relativamente às experiências vividas (Proulx, 2008).

Maturana e Varela vão mais ainda longe ao colocar em causa a própria noção de realidade objetiva e a dualidade sujeito-objeto, argumentando que conhecedor e conhecido são recíprocos e especificações simultâneas um do outro, definindo-se mutuamente entre si (Varela & Poerksen, 2006; Proulx, 2008). A objetividade é assim colocada entre parênteses, pois a realidade decorre daquilo que os indivíduos fazem emergir a partir da sua estrutura biológica e cognitiva, emergindo tantas realidades quanto observadores (Duhamel, 2021; Maturana, 1988). Neste sentido, não há sequer uma forma absoluta de o sistema familiar “ser” – não há, por assim dizer, uma família objetiva com uma realidade independente do observador (Maturana, citado por Shajani & Snell, 2019).

Como pode isto ser relevante para a prática clínica, particularmente no que respeita ao modo como os profissionais de saúde envolvem as famílias nos seus cuidados? A biologia da cognição apresenta a noção de que a realidade que cada indivíduo faz emergir, dado o seu contexto e estrutura biológica e cognitiva, é inteiramente lógica e válida e esta visão abre portas para que os profissionais de saúde possam legitimar e reconhecer as experiências dos membros da família, tais como pensamentos, sentimentos e comportamentos (Duhamel, 2021; Maturana, citado por Shajani & Snell, 2019). O que não é defensável, segundo Wright e Levac (1992), é supor que as famílias sejam objetivamente isto ou aquilo – por exemplo, supor que são objetivamente “não cumpridoras” quando não aderem a planos terapêuticos concebidos por profissionais que creem ver “a realidade” da família. Neste sentido, Wright e Levac (1992) afirmam mesmo que a “não adesão” das famílias é não só um erro epistemológico, como também uma impossibilidade biológica.

O ponto de vista do profissional é, por isso, parte integrante da “família” e vice-versa. Hayward (1996) afirma que, ao trabalharem com famílias, os profissionais estão necessariamente a observar enquanto participantes na interação, a partir de dentro e não enquanto observadores do lado de fora. Fergus e Reid (2002) também partilham deste entendimento, defendendo que em vez de os profissionais se colocarem acima da família, apreendendo as suas estruturas e padrões e tentando provocar mudanças “aí fora, neles”, é importante que assumam um ponto de vista mais igualitário e colaborativo, facilitando a criação de um contexto de construção mútua e de coevolução de narrativas que saiam.

Assim, a saúde da família pode ser encarada de diversos ângulos. De acordo com Pender et al. (2015), uma diversidade de fatores sociais, culturais, ambientais e religiosos/espirituais influenciam o modo como a saúde familiar é definida e desempenham um papel essencial na determinação do modo como as famílias veem a sua própria saúde. Segundo estas autoras, nas famílias saudáveis, os elementos que as compõem confirmam-se e apoiam-se mutuamente, partilham um sentido de responsabilidade, tempo de lazer, respeito, confiança, tradições e rituais, proporcionando estabilidade no funcionamento da família e equilíbrio nas interações entre si.

Tal como postulado na teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1969), o que afeta um elemento do sistema, afeta a totalidade do sistema e vice-versa. O princípio da totalidade que deriva da teoria geral dos sistemas não pressupõe apenas que a família não possa ser reduzida à soma das suas partes, mas também a impossibilidade de estabelecer relações unilaterais (Alarcão, 2000). Isto implica que o comportamento de cada um dos membros da família é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que lhe acontece afeta toda a família e, do mesmo modo, a saúde de um membro da família relaciona-se reciprocamente com a saúde da família no seu conjunto (Alarcão, 2000). Uma vez que a saúde do indivíduo afeta o funcionamento da família e vice-versa, Pender et al. (2015) defendem que tanto o sistema familiar como os membros individuais devem fazer parte da avaliação de saúde.

Sendo um sistema aberto, a família também existe em relação com outros sistemas funcionais e, por isso, conhecer as relações que a família e os seus membros estabelecem com outros sistemas permite conhecer o modo como emergem obstáculos e oportunidades para responder construtivamente num meio ecológico compatível (Bronfenbrenner, 1979). Pender et al. (2015) referem que a complexidade da família e a diversidade da vida familiar em

diferentes contextos étnicos, culturais e geográficos representam um desafio para a definição da saúde familiar, mas ainda assim, é crítico que essa variação seja tida em conta quando se procura definir a saúde da família. Alarcão (2000) defende por isso a importância de também analisar o comportamento dos indivíduos no contexto em que ocorre, passando o foco da análise a ser necessariamente ecossistémico.

No que respeita ao papel desempenhado pelos profissionais de saúde, o apoio prestado à família tem sido identificado extensivamente na literatura científica como um importante fator para a adaptação a condições crónicas (Baig, Benitez, Quinn, & Burnet, 2015; Chesla, 2010; Claxton, Onwumere, & Fornells-Ambrojo, 2017; Gutiérrez-Alemán et al., 2021; Hartmann, Bänzner, Wild, Eisler & Herzog, 2010; Konradsdottir & Svavarsdottir, 2011; Sousa, et al., 2021; Thirsk & Schick-Makaroff, 2021).

Na meta-análise levada a cabo por Sousa et al. (2021), que compara a eficácia de intervenções baseadas na família versus intervenções orientadas para o utente, os resultados do estudo favorecem as intervenções baseadas na família para vários ganhos em saúde relacionados com dor, distress, autoeficácia, função social e emocional, coping, bem-estar no ambiente doméstico, capacidade para mobilizar apoio social e relacionamento sexual dos utentes. As intervenções baseadas na família também parecem diminuir a ansiedade, sintomas de depressão, problemas de sono e distress dos membros da família, melhorando a presença e a procura de sentido de vida, o apoio social, o apoio oferecido ao utente ou o relacionamento sexual dos membros da família.

De acordo com Pender et al. (2015), a família desempenha um papel importante na promoção da saúde porque a informação sobre saúde é partilhada e os comportamentos são aprendidos, praticados e reforçados por rotinas diárias e, por sua vez, estas são facilitadas ou dificultadas por crenças e valores da família. Pender et al. (2015) referem que a abordagem com a família enfatiza a interação do indivíduo com os outros membros da família ou com outras unidades da sociedade. Deste modo, as famílias podem beneficiar de serem convidadas a colaborar em parceria no processo terapêutico do indivíduo, que numa ótica sistémica passa a ser um processo terapêutico da família.

4.1.2. Parceria e envolvimento da família

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010), muitos profissionais de saúde acreditam estar a praticar colaborativamente pelo facto de trabalharem em conjunto com outros profissionais de saúde, quando na realidade, poderão estar simplesmente a trabalhar num grupo onde cada indivíduo concorda em usar as suas competências para alcançar um objetivo comum. A colaboração não pressupõe apenas concordância e comunicação, mas também criação e sinergia, isto é, ela ocorre quando indivíduos de diferentes contextos e com competências complementares interagem entre si para criar uma compreensão partilhada que nenhum deles possuía previamente ou poderia ter alcançado sozinho (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Ademais, a colaboração não diz apenas respeito ao modo como profissionais interagem entre si. O mesmo conceito pode ser mobilizado para o âmbito do trabalho com utentes e famílias e, nesse caso, sendo as famílias unidades lógicas para as intervenções de enfermagem, importa rever se elas são objetos recetores sobre o quais os enfermeiros intervêm ou se são igualmente agentes ativos e de colaboração nessas intervenções. Gaugler, Potter e Pruinelli (2014) defendem uma abordagem de parceria com a família e a pessoa cuidada para que se proporcione um ambiente em que todos se sentem à vontade para colocar questões e expressar perspetivas e opiniões diferentes acerca dos objetivos de saúde e dos meios para alcançar esses objetivos. Esta abordagem pressupõe que os profissionais de saúde advoguem a participação da família nos assuntos relacionados com os cuidados, que escutem ativamente as famílias para compreender os seus valores, preocupações e objetivos e que sejam transparentes na comunicação com as famílias e os utentes (Gaugler, Potter & Pruinelli, 2014).

De acordo com o Institute for Patient- and Family-Centered Care (2021), estes cuidados centrados no utente e na família devem assentar em quatro princípios fundamentais: (1) a dignidade e o respeito, através dos quais os profissionais de saúde escutam e honram as perspetivas e escolhas dos utentes e das famílias, fazendo com que o conhecimento, os valores, as crenças e o contexto cultural dos utentes e das famílias sejam incorporados no planeamento e na prestação dos cuidados, (2) a partilha de informação, através da qual os profissionais de saúde comunicam e partilham informações completas e imparciais com os utentes e familiares de um modo afirmativo e útil, fazendo com que eles recebam

informações oportunas, completas e precisas para participarem efetivamente nos cuidados e na tomada de decisão, (3) a participação, que se refere ao facto de os utentes e suas famílias serem apoiados e encorajados a participar nos cuidados e nas tomadas de decisão no nível que escolherem e (4) a colaboração, que implica que os utentes, as suas famílias, os profissionais de saúde e os líderes na área dos cuidados de saúde colaborem no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas de saúde, na conceção de instalações, na formação profissional, na investigação e na prestação de cuidados (Hill, Knafl & Santacroce, 2018; Hsu et al., 2019; Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016).

Contudo, o envolvimento dos utentes e das famílias nem sempre foi enfatizado nos cuidados de saúde em geral. Tradicionalmente, devido ao facto de os profissionais de saúde terem mais conhecimentos sobre as doenças dos pacientes, a relação que se desenvolvia era essencialmente hierárquica, sendo ainda comum os profissionais determinarem os tratamentos, esperando que os pacientes cumpram os planos terapêuticos (Jang, 2020). Além disso, as próprias normas culturais influenciam muitas vezes a medida na qual as famílias participam nos cuidados aos utentes (Newman, Lawless & Gelo, 2007).

Mas devido às mudanças sociais associadas ao ver os pacientes como consumidores dos cuidados de saúde, estes também passaram a ser vistos como capazes de gerir ativamente a sua própria saúde (McQueen, 2000, citado por Jang, 2020). A relação enfermeiro-cliente enquanto parceria evoluiu a partir de um crescimento no pensamento democrático e da clarificação acerca de como honrar os direitos humanos básicos nos cuidados de saúde (Gallant, Beaulieu & Carnevale, 2002). Esta mudança de perspetiva aumentou a consciência da importância das relações de cooperação entre pacientes e profissionais de saúde, nomeadamente no campo profissional da enfermagem (Jang, 2020). Robinson et al. (2018) defendem que os enfermeiros devem promover uma boa comunicação para garantir que as necessidades dos utentes e das famílias são compreendidas e apoiadas no seio de uma relação de cuidado alicerçada numa parceria entre os profissionais e as famílias.

De acordo com Gallant et al. (2002), os atributos das parcerias incluem fenómenos estruturais e processuais. A estrutura das parcerias inclui as fases de relacionamento, o foco e as metas de cada fase, e os papéis e responsabilidades dos parceiros, enquanto o processo das parcerias incorpora a partilha de poder e a negociação. A principal consequência das parcerias

é, segundo Gallant et al. (2002), o empoderamento do cliente, ou seja, a capacidade aumentada do cliente em agir por si próprio.

Isto aplica-se igualmente às famílias. Um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem com famílias é empoderar os seus membros a trabalharem em conjunto para alcançar e manter a saúde da família (Kim-Godwin & Robinson, 2018). Empoderar a família significa colaborar com ela e fornecer informação, encorajamento e estratégias para a ajudar a fazer mudanças no estilo de vida e pressupõe a existência de uma parceria entre profissional e cliente, em contraste com uma relação em que o profissional é dominante.

Partindo do princípio de que as famílias são competentes ou capazes de desenvolver competências, a principal ênfase do empoderamento da família é o seu envolvimento na definição dos objetivos, do planeamento e das ações (Kim-Godwin & Robinson, 2018). Kaakinen (2018b) e Gottlieb (2013) defendem, por isso, que os enfermeiros de família precisam de trabalhar em parceria com as famílias à medida que crescem a partir de um modelo baseado nas forças, competências e recursos da família e não em défices.

De acordo com Gottlieb (2013), a enfermagem baseada nas forças não ignora nem nega os problemas, as fragilidades ou os défices. Em vez disso, foca-se naquilo que está a funcionar bem e usa essas forças para equilibrar ou ultrapassar fragilidades e para capacitar as pessoas a aproveitar o melhor da vida, a fim de lidar, recuperar, sarar e descobrir um novo propósito e sentido na vida.

Existem várias razões para se envolver a família nos cuidados de enfermagem. De acordo com Pender et al. (2015), a influência recíproca da saúde familiar nos membros da família reconfirma a família enquanto principal estrutura social para a promoção da saúde, pois os comportamentos e estilos de vida que promovem a saúde (bem como os que a deterioram), ao serem aprendidos e reforçados no contexto da família, são poderosos fatores mediadores na determinação do modo como os membros da família lidam com desafios e preocupações de saúde, o que fundamenta a família como unidade lógica para se efetuar a avaliação.

Bennich et al. (2017), demonstram a importância de incluir tanto o utente como a família na prática clínica, a fim de alcançar uma gestão eficaz da doença e o bem-estar de toda a família. Bennich et al. (2017) defendem por isso que é importante compreender e abordar a

perspetiva da família nas interações facilitadoras e dificultadoras da autogestão da doença, pois os membros da família são interdependentes e afetam-se mutuamente.

Pender et al. (2015) afirmam que, numa visão holística da saúde, uma avaliação não é completa se não envolver os indivíduos, bem como as famílias e as comunidades onde os indivíduos vivem e funcionam, defendendo que os enfermeiros devem trabalhar em parceria com os seus clientes para providenciar o conhecimento e as competências necessários ao seu empoderamento, a fim de alcançarem os seus objetivos de saúde ou de se adaptarem às suas circunstâncias para se aproximarem desses objetivos.

Shajani e Snell (2019) defendem por isso que os enfermeiros têm uma obrigação ética e moral de envolver as famílias na sua prática de cuidados de saúde devido à evidência de que a família tem um impacto significativo na saúde e no bem-estar dos seus membros. As autoras afirmam que, juntamente com competências e conhecimentos robustos de avaliação e intervenção familiar, quando as práticas relacionais assentam numa relação colaborativa entre enfermeiro e família isso permite que os cuidados centrados na família sejam alcançados com responsabilidade e respeito.

É provável que o contexto onde decorre a promoção da saúde da família seja diferente de família para família, dependendo da sua composição, estrutura, status socioeconómico, do ambiente em que vivem, da cultura e da história familiar (Pender et al., 2015). No entanto, face a uma situação de doença, independentemente do diagnóstico da pessoa doente, os membros da família encontram-se frequentemente em situações semelhantes, caracterizadas pela presença de stress emocional, muitas vezes expresso na forma de culpa ou raiva, pela incerteza em relação ao futuro, pela mudança nos papéis ou pela procura de um equilíbrio entre os recursos e as exigências percebidas, enquanto testemunham o sofrimento do seu ente querido (Benzein, 2010; Saveman, 2010).

De facto, quando pessoas idosas são admitidas em unidades de cuidados de longa duração, muitas vezes as famílias ficam confusas devido às mudanças que ocorrem no papel de cuidador, mas ainda assim, desejam manter um relacionamento significativo com a pessoa idosa e ser envolvidas nos cuidados (Jang, 2020). Além disso, as famílias podem providenciar informação importante sobre a história de vida do utente, os seus hábitos, preferências e necessidades de cuidados (Utley-Smith et al., 2009).

O estudo de Nayeri, Gholizadeh, Mohammadi e Yazdi (2013), que aborda o envolvimento da família nos cuidados a pessoas idosas hospitalizadas, descreve que coletivamente, os utentes, as famílias e os enfermeiros acreditam que a hospitalização é geralmente uma experiência stressante e avassaladora para os pacientes e seus cuidadores familiares e isso pode ser minimizado trabalhando conjunta e colaborativamente com a equipa de saúde. A complexidade dos cuidados à pessoa idosa, a falta de enfermeiros e a sobrecarga de trabalho dificultam a satisfação das necessidades dos utentes, pelo que o envolvimento da família em cuidados como o banho, a alimentação, a mudança de roupa, etc. também pode ajudar a libertar o tempo disponível dos enfermeiros para atividades diferenciadas quando os recursos são limitados. De acordo com Nayeri et al. (2013), a presença de familiares à cabeceira da pessoa internada é vista como particularmente útil para facilitar a comunicação entre o utente e o prestador de cuidados e envolver a família nos cuidados de enfermagem pode contribuir para obter ganhos em saúde, como a redução da ansiedade ou o controlo da dor.

De acordo com Li et al. (2003), o envolvimento das famílias, particularmente através do empoderamento estruturado dos cuidadores, pode contribuir para a redução de sintomas depressivos das pessoas idosas e dos seus familiares cuidadores durante hospitalização e fortalecer as crenças dos cuidadores acerca da sua capacidade de cuidar e de compreender, interpretar e prever os comportamentos da pessoa de quem cuidam. De acordo com Smith e Robinson (2018), quando os enfermeiros veem a família como parceiros nos cuidados à pessoa internada, providenciam cuidados holísticos, humanizados e sensíveis e quando os enfermeiros praticam um cuidar centrado na família em contexto de doença aguda, as famílias são empoderadas a gerir os fatores de stress associados ao internamento, ficam mais preparadas para tomar decisões de vida importantes em nome do utente ou em parceria com ele, servir como cuidadores e advogar pelo utente num sistema de saúde complexo, ficam mais preparadas para apoiar os seus entes queridos, ajudar na sua recuperação ou facilitar uma morte com conforto.

Além disso, se bem que os enfermeiros possam, por vezes, ter algumas reservas quanto a eventuais efeitos nefastos decorrentes do envolvimento das famílias (como a sobrecarga dos cuidadores, a exacerbação de stress e ansiedade na família e riscos para a segurança do utente e dos cuidadores), a família também pode agir como salvaguarda e proteger o utente de intervenções desnecessárias, pois sente muitas vezes a responsabilidade de monitorizar a

qualidade e segurança dos cuidados prestados, o que a leva a identificar e comunicar as necessidades do utente e eventuais atrasos ou lacunas nos cuidados (Hetland, McAndrew, Perazzo & Hickman, 2018; Lindhardt, Nyberg & Hallberg, 2008; Nayeri et al., 2013).

Como podem então os enfermeiros envolver as famílias na sua prática clínica? As famílias dependem muitas vezes dos enfermeiros para obter ajuda no processo de doença. Elas podem não saber imediatamente o que precisam ou o que é possível fazer, podem ter a expectativa de que sejam os profissionais de saúde a levantar questões para discutir quando acharem apropriado e sentir que não lhes cabe a elas fazer isso, o que justifica a necessidade de serem os enfermeiros a iniciar o diálogo com a família, começando antes de mais por avaliar e respeitar o nível de envolvimento que a família deseja para compreenderem a abordagem das famílias e facilitar interações apropriadas (Robinson, Steele, Widger & Robinson, 2018). Como aponta Selman, citado por Robinson et al. (2018), alguns utentes e famílias podem desejar ter toda a responsabilidade pelas decisões, outros podem querer estar envolvidos sem ter de tomar decisões finais e outros podem querer que um profissional de saúde em particular ou a equipa tenha sempre a iniciativa e tome todas as decisões.

Wright e Leahey (2013) afirmam também que é importante que os enfermeiros estejam cientes dos diversos modelos oferecidos por várias disciplinas e das diversas variáveis enfatizadas em cada modelo porque nenhum modelo de avaliação explica sozinho todos os fenómenos da família. Em qualquer contexto de prática clínica, os enfermeiros beneficiam da adoção de enquadramentos conceptuais claros acerca da família, o que ajuda a organizar e a sintetizar a informação e permite identificar forças e problemáticas da família, bem como elaborar um plano útil para a família (Shajani & Snell, 2019).

Shajani e Snell (2019) defendem a elaboração de uma lista de forças e problemas em vez de diagnósticos, considerando que estes se tornaram demasiado rígidos. Em linha com o trabalho desenvolvido por Maturana e Varela (1992) e por Gottlieb (2013), Shajani e Snell (2013) defendem que esta listagem deve ser encarada como uma perspetiva de observador e não como uma “verdade” acerca da família para que os enfermeiros não fiquem cegos pelos diagnósticos da família e tenham antes uma visão equilibrada da mesma, reconhecendo que cada uma tem forças e recursos, mesmo diante de problemas atuais ou potenciais.

Em linha com a enfermagem baseada em forças, Pender et al. (2015), defendem que a saúde deve ser vista a partir de uma perspetiva positiva quando se procede a uma avaliação ou quando se definem estratégias para a promoção da saúde, focando-se nos recursos disponíveis, nos potenciais e nas capacidades. Pender et al. (2015) argumentam que, quando a saúde é vista através de um modelo positivo, é possível desenvolver estratégias que se concentram no fortalecimento dos recursos, assim como na minimização de riscos para a saúde.

Todavia, isto não se resume à avaliação e ao planeamento das intervenções. As próprias intervenções de enfermagem também decorrem no contexto da relação terapêutica. Como referem Wright e Bell, citadas por Wright e Leahey (2013), as intervenções de enfermagem referem-se a qualquer ação ou resposta do clínico, o que inclui não só as suas ações terapêuticas evidentes, mas também as suas respostas internas cognitivas e afetivas, que ocorrem no contexto da relação clínico-cliente oferecida para provocar efeitos no funcionamento individual, familiar ou comunitário pelo qual o clínico é responsável. Mas de acordo com Wright e Leahey (2013), enfatizar-se apenas os comportamentos dos clientes ou os comportamentos do enfermeiro não tem em conta um aspeto essencial: a relação entre ambos. Segundo Wright e Leahey (2013), as intervenções são sempre interativas por natureza e apenas se realizam em relação, o que implica a necessidade de não fazer para o paciente ou pelo paciente, mas sim com o paciente. As intervenções de enfermagem com a família devem focar-se no comportamento do enfermeiro, na resposta da família, na resposta subsequente do enfermeiro à família e assim por diante, deixando patente o caráter dinâmico da relação terapêutica e a influência mútua que enfermeiro e família exercem entre si no contexto das intervenções de enfermagem (Wright & Leahey, 2013).

Enquanto os enfermeiros e as famílias trabalham conjuntamente na direção de metas relacionadas com a saúde, é essencial que as parcerias entre ambos sejam eficazes e satisfatórias (Kaakinen, 2018b). Envolver as famílias é, por isso, um processo complexo e interativo e inclui convidar os seus membros a estarem presentes, comunicar e providenciar-lhes informação, oferecer-lhes cuidados para satisfazer as suas necessidades, envolvê-los na partilha das tomadas de decisão e permitir os seus contributos nos cuidados ao utente de um modo compatível com os seus valores, crenças e orientações (Naef, Schmid-Mohler & Ernst, 2020).

No âmbito da parentalidade, por exemplo, independentemente do papel atual que os pais desempenham no processo de tomada de decisão, eles desejam ser reconhecidos como peritos a respeito da criança (Robinson et al., 2018). Como tal, desejam que os profissionais de saúde procurem e respeitem o seu conhecimento, as suas opiniões, observações e preocupações acerca da criança. Robinson et al. (2018) defendem, por isso, que os enfermeiros devem reconhecer verbalmente que as contribuições dos pais são essenciais e devem facilitar as escolhas dos pais, independentemente das suas próprias crenças.

Em termos práticos, uma das formas de envolver as famílias holisticamente nos cuidados de enfermagem é através de conversas terapêuticas. Estas permitem que os enfermeiros facilitem a criação de ambientes seguros onde as famílias podem falar abertamente sobre a experiência de conviver e lidar com a doença e assim encontrar novos significados e possibilidades na vida quotidiana (Aass, Skundberg-Kletthagen, Schrøder & Moen, 2020). Envolver as famílias em conversas terapêuticas pode impactar positivamente o modo como os membros da família percecionam alguns aspetos do seu processo familiar. O estudo levado a cabo por Svavarsdottir e Sigurdardottir (2013), por exemplo, revelou que após uma intervenção composta por duas a três sessões de conversas terapêuticas, os cuidadores principais de crianças e adolescentes sob tratamento oncológico referiram melhorias significativas no funcionamento familiar, nomeadamente no que respeita ao suporte familiar, ao suporte cognitivo, ao suporte emocional, ao funcionamento expressivo e à comunicação emocional.

Benzein (2010) descreve a importância de os enfermeiros envolverem as famílias em conversas terapêuticas através de uma abordagem sistémica, não hierárquica e de parceria com a família, com vista a criar um contexto para a mudança, ou seja, para apoiar o emergir de novas ideias, significados, crenças e oportunidades, esperando que a família possa assim encontrar formas alternativas de olhar para a situação e encontrar soluções e estratégias adequadas à sua situação de vida. As famílias decidem sobre quem deve representá-la nessas conversas e cada membro é convidado a falar sobre o modo como está a vivenciar a sua própria situação de vida e a da família, fazendo com que os membros presentes possam escutar as narrativas uns dos outros. De acordo com Benzein (2010), a partir de uma escuta atenta, o enfermeiro e a família definem em conjunto o tema que lhes parece mais prioritário abordar e, a através de questões reflexivas, circulares e “adequadamente invulgares” o

enfermeiro explora (na vertente cognitiva, afetiva ou comportamental), narrativas desafiadoras que não sejam muito semelhantes às crenças que a família já expressa, mas também não muito diferentes.

Benzein (2010) afirma também que, em paralelo com a conversa externa, há um importante monólogo interno a decorrer em todos os participantes, tanto nos membros da família, como no enfermeiro, e a fim de dar espaço suficiente para que esse monólogo interno se desenrole, é importante que a conversa ocorra numa atmosfera pacífica e com um ritmo calmo. Benzein (2010) descreve também a importância de, após um período de conversas terapêuticas, os enfermeiros partilharem com a família as suas reflexões sobre tópicos específicos desenvolvidos nessas conversas, sem fazer juízos e evitando até oferecer conselhos, apenas oferecendo as suas reflexões.

Como referem Shajani e Snell (2019), é insensato tentar determinar que “realidade” está a ocorrer numa família particular ou qual é o seu problema “real”. Aludindo ao trabalho de Maturana e Varela, Shajani e Snell (2019) defendem que os enfermeiros devem reconhecer que o que é “real” para eles enquanto enfermeiros depende do modo como fazem emergir a realidade – o mundo, por assim dizer. Shajani e Snell (2019) afirmam que esta compreensão tem profundas implicações para a prática clínica de enfermagem com as famílias, pois o que os enfermeiros percecionam acerca de situações particulares com as famílias é influenciado pelas suas próprias intervenções e, por sua vez, essas intervenções dependem daquilo que eles percecionam. Por isso, uma forma de mudar a “realidade” que os membros da família também fazem emergir é desenvolver novas formas de interagir com a família, nomeadamente focando-se na criação de um contexto para a mudança ao nível cognitivo, afetivo ou comportamental.

Shajani & Snell (2019) também defendem que é importante reconhecer que as famílias possuem a capacidade de resolver os seus problemas ou diminuir o seu sofrimento, mas muitas vezes não acreditam nas suas próprias forças devido à opressão que sentem após o surgimento de uma doença. Por isso, o papel dos enfermeiros é o de facilitar e ajudar as famílias a encontrar as suas próprias soluções para o seu sofrimento através de conversas terapêuticas competentes e imbuídas de compaixão. De acordo com Shajani e Snell (2019), isto não significa que os enfermeiros sabem o que é melhor para as famílias, significa antes que o mundo tem múltiplas realidades e que o enfermeiro e cada membro da família vê um

mundo que ele ou ela faz emergir pela interação com os outros. Como as mudanças nos membros da família são determinadas pelas estruturas biopsicossociais e espirituais de cada membro (e não pelo enfermeiro), a responsabilidade do enfermeiro é a de facilitar um contexto para a mudança (Wright & Leahey, 2013).

4.1.3. Importância atribuída à família: atitudes dos enfermeiros

Em quase todos os contextos de cuidados de saúde, os enfermeiros encontram famílias no seu trabalho quotidiano (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008a). Alguns indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem estão dependentes da relação de parceria que os enfermeiros estabelecem com as famílias e, por sua vez, esta relação de parceria depende das atitudes que os enfermeiros têm relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a; Yoo & Cho, 2020).

A análise de conceito realizada por Altmann (2008) indica que as atitudes têm uma componente cognitiva, afetiva e comportamental, são bipolares – positivas ou negativas, favoráveis ou desfavoráveis – e são uma resposta a um estímulo, podendo ser vistas como (1) um estado mental, (2) um valor, crença ou sentimento ou (3) uma predisposição para agir.

A literatura tem vindo a documentar de forma crescente a relevância das AE-IFCE (Cranley et al., 2021; Mason, Reich, Musgrove, Whiting & Fusilero, 2021; Fernandes, Magalhães, Silva & Edra, 2021). Muitos autores defendem que essas atitudes podem influenciar o grau de envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem (Al-Mutair, Plummer, O'Brien & Clerehan, 2013; Lloyd, Elkins & Innes, 2018; Hetland et al., 2018; Naef et al., 2020).

Sveinbjarnardottir e Svavarsdottir (2019), defendem por isso a importância de os profissionais de saúde terem uma atitude positiva relativamente ao envolvimento da família nos cuidados para assegurar que cada membro e a família no seu todo recebam cuidados de qualidade. Ainda que isto possa ser um fim em si mesmo, num sentido mais instrumental, também é relevante porque as experiências de cuidados de elevada qualidade dos pacientes (ou dos membros da família) estão associadas a ganhos em saúde e melhor qualidade de vida (Blenkiron & Hamill, citados por Moen, et al., 2020).

No entanto, como apontam Naef et al. (2020), apesar de o mandato da enfermagem prever apoiar as famílias durante eventos difíceis e episódios de doença, a falta de envolvimento

relacional, a comunicação pouco frequente e a insuficiente inclusão das famílias nos cuidados são lacunas reportadas tanto por famílias como por enfermeiros. Por exemplo, o estudo conduzido por Ewertzon, Lützen, Svensson e Andershed (2010), que visou investigar o modo como os membros da família se sentiam relativamente à abordagem dos profissionais de saúde em contexto de psiquiatria, revelou que a maioria dos familiares sentiam experiências de isolamento e impotência, bem como falta de confirmação e cooperação, decorrentes das atitudes negativas dos profissionais de saúde. Vários obstáculos aos cuidados de enfermagem centrados na família têm sido identificados na literatura, como a ausência de uma cultura centrada na família, a ausência de apoio organizacional, a falta de conhecimentos e competências no trabalho com as famílias e a persistência de atitudes relativamente aos familiares como “intrusos” (Naef et al., 2020).

De acordo com Nayeri et al. (2013), os utentes internados, as famílias e os enfermeiros expressam geralmente atitudes positivas relativamente ao envolvimento da família nos cuidados, mas as lacunas nesses cuidados resultam por vezes de uma falta de clareza quanto aos papéis e responsabilidades de cada um e do facto de os enfermeiros não conseguirem gerir e coordenar a participação da família nos cuidados.

Existe naturalmente alguma variabilidade nas AE-IFCE. Uma influente investigação realizada por Söderström, Benzein e Saveman (2003), revelou que, apesar de os enfermeiros, no geral, referirem que os membros da família são importantes, a descrição das suas experiências revelou dois tipos de interação com a família, nomeadamente interações convidativas e não convidativas.

O estudo de Söderström et al. (2003) revelou que as interações convidativas eram tidas em consideração pelos enfermeiros quando estes viam os membros da família como um recurso para os cuidados de enfermagem e quando tinham crenças facilitadoras acerca das famílias. Os enfermeiros que acreditavam que a família era importante e que ter uma boa relação com os seus membros era um pré-requisito para haver bons cuidados agiam como se esta crença já estivesse interiorizada e fosse uma parte natural da enfermagem. Quando isso acontecia, os enfermeiros recorriam a si próprios para promover a interação com a família, sentiam-se confiantes em trabalhar com a família, não referiam falta de tempo para cuidar da família e aparentavam ter uma perspetiva menos hierarquizada relativamente à família. Esses enfermeiros descreviam inclusivamente experiências de maior abertura ao sofrimento da

família quando isso lhes fazia lembrar o das suas próprias experiências pessoais. A descrição dessas experiências revelou também que, durante os cuidados à pessoa doente, o trabalho conjunto com a família proporcionou a esses enfermeiros mais tempo de contacto com a família, forçando-os a refletir sobre a sua própria prática clínica e proporcionando, juntamente com o feedback positivo que recebiam das famílias, uma forma de melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa doente e à família (Söderström et al. 2003).

Em contrapartida, os enfermeiros cujas experiências foram categorizadas como não convidativas pareciam ter crenças constritoras que levantavam obstáculos à relação enfermeiro-família e dificultavam a procura de soluções para os problemas nas interações. Os enfermeiros com estas crenças aparentavam ter uma perspetiva mais hierarquizada relativamente às famílias, considerando-se a eles próprios como peritos (Söderström et al. 2003). De acordo com White e Cartwright (2018), os enfermeiros podem inadvertidamente colocar barreiras à participação dos familiares, tais como limitar as horas de visitas, limitar o conhecimento das famílias ou o seu envolvimento nos cuidados, desvalorizar ou desencorajar os contributos das famílias nas decisões relacionadas com os cuidados. Robinson et al. (2018) afirmam que os profissionais de saúde impedem muitas vezes as famílias de participar porque consideram saber o que é melhor ou porque querem proteger a família, mas o envolvimento dos membros da família na tomada de decisão pode ter um efeito positivo vitalício no bem-estar da família.

Söderström et al. (2003) identificaram também que os enfermeiros que aparentavam ter crenças constritoras e atitudes não convidativas sentiam-se geralmente ameaçados pelas famílias no desempenho do seu papel profissional, referiam não ter coragem para se abrir e criar relações com a família e evitavam por vezes o contacto com a família, alegando falta de tempo e vendo as tarefas de natureza técnica como mais importantes. Kaakinen et al. (2018) afirmam também que, apesar da importância de trabalhar em parceria com a família, muitos profissionais de saúde veem o trabalho com as famílias como um fardo demasiado exigente. Ver as famílias como um fardo significa vê-las como indesejáveis e não ter tempo para cuidar delas (Benzein et al, 2008a). Alguns enfermeiros ficam desconcertados quando uma família age ou reage de um modo visto como estranho, fazendo-os evitar as tensões e a ansiedade que existe nas famílias em situação de crise – apesar de ser precisamente em tais situações

que as famílias mais precisam da compreensão, conhecimento e orientação dos enfermeiros (Kaakinen et al., 2018).

Moen et al. (2020) também referem que os profissionais de saúde na área da saúde mental estão cientes do direito das famílias em serem envolvidas nos cuidados, mas que isto nem sempre é possível, pois efetivamente, nem sempre têm tempo suficiente para o fazer. No entanto, de acordo com Moen et al. (2020), o principal problema parece ser a falta de políticas institucionais e documentação com linhas orientadoras acerca do envolvimento da família. Moen et al. (2020), advertem acerca da necessidade de mudanças organizacionais para que os membros das famílias sejam convidados a fazer parte dos cuidados ao utente, enquanto parceiros dialogantes e exortam os profissionais de saúde a fazerem, eles próprios, um esforço nesse sentido.

A literatura descreve que a variabilidade observada nas AE-IFCE pode estar associada a uma diversidade de fatores sociodemográficos, pessoais, profissionais e organizacionais. Por exemplo, vários estudos demonstram que os enfermeiros do sexo feminino expressam geralmente atitudes mais positivas relativamente à importância atribuída às famílias nos cuidados de enfermagem do que os do sexo masculino (Benzein et al., 2008a; Linnarsson, Benzein & Årestedt, 2015; Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Saveman, 2011).

Sveinbjarnardottir e Svavarsdottir (2019) referem também que quanto mais os profissionais prestam atenção às suas próprias atitudes relativamente às famílias, mais isso fortalece o seu papel cuidador, diminuindo a sensação de fardo e aumentando a capacidade de envolver as famílias na sua prática profissional. Estas autoras argumentam que a implementação de um programa de conversas terapêuticas baseadas nas forças das famílias em colaboração com os pacientes e suas famílias, requer que os enfermeiros identifiquem e processem as suas próprias atitudes constritoras e facilitadoras relativamente à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem (Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019).

No âmbito dos cuidados de saúde primários, Henriques e Santos (2019) demonstraram a eficácia de um programa de formação no aumento do conhecimento e das competências na área de ESF. Diversos autores defendem que é mais provável que os profissionais envolvam as famílias nos seus cuidados quando recebem formação, treino e supervisão para implementar cuidados centrados na família, como por exemplo através dos modelos de

avaliação e intervenção familiar de Calgary (Sveinbjarnardottir et al., 2011; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019; Moen et al., 2020).

Existe também evidência de que os enfermeiros mais velhos ou mais experientes tendem a exibir atitudes mais positivas relativamente à importância atribuída às famílias do que os enfermeiros mais novos ou com menor experiência profissional (Benzein et al., 2008a; Silva, Costa & Silva, 2013; Sveinbjarnardottir et al., 2011).

Benzein et al. (2008a) argumentam que a maior parte das capacidades de envolvimento do enfermeiro recém-formado diz respeito ao seu papel enquanto enfermeiro do utente, mas após alguns anos de prática de enfermagem, os enfermeiros são capazes de englobar mais do que apenas os cuidados ao utente, sendo também capazes de incluir a família como unidade de cuidados – nas palavras de Benzein et al. (2008a), uma noção equiparável à distinção proposta por Benner a respeito dos diversos níveis de proficiência na prática de enfermagem.

Silva et al. (2013) identificaram também que enfermeiros com grau académico mais elevado têm menor propensão para ver as famílias como um fardo e enfermeiros especialistas têm atitudes mais favoráveis para com as famílias do que enfermeiros sem especialidade.

Além disso, as AE também parecem variar em função do contexto onde decorre a prática clínica e do método de trabalho utilizado, indicando que as AE relativamente às famílias tendem a ser mais positivas quando também há atitudes positivas no ambiente de trabalho (Benzein et al., 2008a, Hetland et al., 2018; Silva et al., 2013; Sveinbjarnardottir et al., 2011; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019).

O contexto de trabalho e a organização dos cuidados parece ter um papel importante no modo como os enfermeiros desenvolvem competências relacionadas com o envolvimento das famílias nos seus cuidados. Por exemplo, o estudo de Blöndal et al. (2014), que visou investigar os efeitos de um programa formativo específico para enfermeiros de dois serviços da área cirúrgica – ambulatório e internamento – num hospital universitário da Islândia, revelou que a melhoria nas AE ocorreu num só serviço e não em ambos, sugerindo que o contexto de trabalho pode ter uma influência nas AE. Além disso, as AE-IFCE parecem ser mais positivas entre os enfermeiros que exercem funções em serviços onde está instituída uma abordagem geral à família e onde há documentação acerca dos cuidados às famílias (Benzein et al., 2008a; Linnarsson, Benzein & Årestedt, 2015; Moen et al., 2020).

Isto pode indiciar a existência de variáveis de confusão, particularmente nos estudos em que as associações significativas foram demonstradas através de métodos de análise estatística bivariada, pois esses métodos não conseguem geralmente controlar o efeito mediador de outras variáveis. Em contrapartida, os estudos que empregam análises estatísticas baseadas em regressão múltipla podem controlar o efeito das variáveis independentes, o que permite conhecer o contributo de cada uma delas individualmente (ou de todas, em conjunto) para prever ou explicar a variação observada na variável dependente (Frost, 2019; Tabachnick & Fidell, 2019). Por esta razão, vários investigadores optam por recorrer a este método quando procuram prever as AE-IFCE ou quando procuram explicar em que medida as variáveis independentes contribuem para variação observada nas AE (Cranley et al., 2021; Frade, Henriques & Frade 2021; Linnarson et al., 2015; Østergaard et al., 2020)

O conhecimento sobre os fatores que predizem independentemente as AE-IFCE permanece ainda disperso, propondo-se uma revisão sistemática da literatura (RSL) para extrair e sintetizar os resultados dos estudos nesta área específica. Com base em evidência científica, tal revisão poderá informar políticas educativas e de saúde, bem como a própria prática clínica. A presente RSL visa assim identificar os fatores e modelos preditores das AE-IFCE e a questão de investigação que guiou a metodologia é, por isso, enunciada nos seguintes termos: que fatores predizem as atitudes dos enfermeiros relativamente à importância que atribuem às famílias?

4.2. METODOLOGIA

A fim de determinar a validade da associação entre as variáveis em estudo, a metodologia da presente RSL segue as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) 2020 Statement* (Page et al., 2021).

4.2.1. Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram definidos com base na abordagem “PEO” para revisões de etiologia, proposta por Moola et al. (2020), referente à população (tipo de participantes), à exposição de interesse e aos resultados/outcomes. Assim, relativamente à população, apenas

foram considerados os estudos cujas amostras fossem totalmente compostas por enfermeiros.

Uma vez que a presente RSL pretende identificar os fatores preditores dessas atitudes, a exposição de interesse não é conhecida à partida e é o que se pretende conhecer. Por isso, foram incluídos os estudos analíticos que investigaram a associação entre diversas variáveis independentes (fatores preditores) e a variável dependente em questão (AE-IFCE) – neste caso, o *outcome*. Para conhecer o contributo (individual ou conjunto) dessas variáveis independentes na variação das AE-IFCE, apenas foram incluídos os estudos que recorreram a análises de regressão linear ou logística. A pesquisa incluiu apenas artigos publicados entre outubro de 2016 e setembro de 2021, em revistas académicas, analisados por pares e redigidos em inglês ou português.

Quanto aos *outcomes*, apenas foram incluídos os estudos que reportaram as AE-IFCE, medidas através do score total e scores parciais da escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA) (Benzein, Johansson, Årestedt, Berg & Saveman, 2008b), ou de versões refinadas e/ou adaptadas da mesma.

A FINC-NA é um questionário de 26 itens, desenvolvido e validado por Benzein et al. (2008b) e mede as AE-IFCE. O instrumento foi subsequentemente refinado e reavaliado em termos psicométricos por Saveman et al. (2011), usando uma escala de Likert de 5 pontos (variando desde “discordo totalmente” a “concordo totalmente”), em vez de 4 pontos, como inicialmente. A versão final resultou numa melhoria da variabilidade e da homogeneidade, a dimensionalidade foi reproduzida, no geral, e apenas foram identificados problemas menores no que concerne ao funcionamento diferencial dos itens, levando os autores a concluir que o instrumento refinado é superior ao inicial (Saveman et al., 2011).

A FINC-NA tem 4 subescalas. A subescala “família como recurso nos cuidados de enfermagem” (Fam-RNC, *Family as a Resource in Nursing Care*) tem 10 itens que pontuam desde um mínimo de 10 a um máximo de 50 e avalia as atitudes positivas face à presença dos membros da família nos cuidados de enfermagem (por exemplo, “A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)”).

A subescala “família como parceiro dialogante” (Fam-CP, *Family as a Conversational Partner*) tem 8 itens que pontuam de 8 a 40 e avalia as atitudes positivas relativamente à importância

de reconhecer os membros da família e dialogar com eles (por exemplo, “No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.”).

A subescala “família como fardo” (Fam-B, *Family as a Burden*) tem 4 itens que pontuam de 4 a 20 e avalia as atitudes negativas relativamente à presença dos membros da família e ao tempo para cuidar das famílias (por exemplo, “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho”).

Finalmente, a subescala “família como recurso próprio” (Fam-OR, *Family as Own Resource*) tem 4 itens que pontuam de 4 a 20 e avalia as atitudes relativamente a reconhecer a família como tendo os seus próprios recursos de coping (por exemplo, “Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.”⁸).

A versão refinada de Saveman et al. (2011) apresenta uma boa consistência interna na escala total (alfa de Cronbach de 0,92) e nas quatro subescalas (α de Cronbach 0,72–0,86).

4.2.2. Fontes de informação

Através dos motores de busca da EBSCOHost e da B-ON, a pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados: Complementary Index, Academic Search Complete, ScienceDirect, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) Complete, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) Complete, Business Source Complete, MedicLatina e Directory of Open Access Journals.

4.2.3. Estratégia de pesquisa

A fim de identificar os termos de pesquisa, efetuou-se uma busca preliminar dos descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) relacionados com a principal variável em estudo, com os participantes abrangidos pelos estudos e com o método de análise estatística (Quadro 1). Procedeu-se posteriormente à respetiva adaptação dos termos em inglês e português para assegurar, por um lado, a obtenção de resultados

⁸ Tradução portuguesa, de acordo com Oliveira et al. (2011).

relevantes para a questão de investigação apresentada no início deste capítulo e, por outro, a coerência semântica com a terminologia usada na literatura, nomeadamente no que respeita ao nome da escala “*Families’ Importance in Nursing Care – Nurses’ Attitudes*” e ao seu equivalente em português. Como se pretendeu incluir apenas estudos analíticos que identificaram fatores preditores através de análises de regressão, utilizou-se também os termos “*regression*” e “*regressão*”.

Quadro 1 – Descritores MeSH/DeCS identificados em inglês e português

Descritores MeSH/DeCS em inglês	Descritores MeSH/DeCS em português
Attitude	Atitude
Nurses	Enfermeiras e Enfermeiros; Enfermeiras; Enfermeiros
Family	Família
Nursing Care	Cuidados de Enfermagem
Linear Regression	Regressão Linear
Logistic Regression	Regressão Logística

Fonte: autor do trabalho

Os termos de pesquisa relacionados com o tipo de participantes foram truncados a fim de incluir variações nos vocábulos. Todos os termos de pesquisa foram procurados no texto integral dos artigos. A linha de pesquisa incluiu também os operadores booleanos “AND” e “OR” para definir a relação lógica entre os termos de pesquisa, bem como aspas e parênteses para especificar e procurar os termos de pesquisa na ordem exata desejada (Salvador-Oliván, 2019).

A linha de pesquisa foi por isso enunciada do seguinte modo: (“attitudes” OR “atitudes”) AND (nurses OR enfermeir*) AND (“families’ importance in nursing care” OR “importância da família nos cuidados de enfermagem” OR “importância das famílias nos cuidados de enfermagem”) AND (regression OR regressão).

4.2.4. Triagem dos estudos

Tal como proposto no PRISMA 2020 Statement, a partir dos artigos inicialmente identificados nas bases de dados, procedeu-se à remoção de duplicados e os restantes artigos foram depois triados através da análise do título e resumo (Page, et al., 2021). Os artigos remanescentes encontrados foram depois submetidos a uma análise do texto integral com base nos critérios

de inclusão previamente definidos. O processo de seleção foi efetuado por um revisor (autor do trabalho).

4.2.5. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Os estudos selecionados foram submetidos a uma avaliação da qualidade metodológica, com base no instrumento de análise crítica para estudos analíticos transversais, proposto por Moola et al. (2020).

Este instrumento contempla 8 critérios de avaliação: a clareza da amostra dos estudos, a descrição dos participantes e do contexto, a fiabilidade e validade dos meios para medir a variável de exposição, a objetividade dos critérios usados para medir a condição de base dos participantes, a identificação de fatores de confusão, a declaração das estratégias usadas para lidar com fatores de confusão, a fiabilidade e validade dos meios usados para medir os *outcomes* – a variável dependente – e o uso de análise estatística adequada.

A lista de verificação tem quatro formas possíveis de classificar cada um dos critérios: sim, não, pouco claro e não aplicável (N/A). A qualidade metodológica (Q) dos estudos foi calculada em percentagem, com base no número de critérios (n) e na forma como foram classificados, de acordo com a equação (1). A fim de se aferir a elegibilidade final para a extração e síntese de dados, definiu-se previamente um mínimo aceitável de 80%.

$$Q = \frac{n_{sim} + (n_{pouco\ claro} \times 0,5)}{8 - n_{N/A}} \times 100 \quad (1)$$

4.2.6. Extração e síntese de dados

Dos estudos selecionados, procedeu-se à extração de dados relacionados com os detalhes de publicação dos estudos (autores, ano de publicação e título), as características metodológicas (desenho do estudo, contexto, participantes, recrutamento, variáveis independentes, variável dependente, instrumento utilizado para medir a variável dependente e método de análise estatística) e os resultados. Os dados extraídos foram depois apresentados na forma de quadros comparativos e sínteses narrativas (Moola, et al., 2020). Quando necessário, as variáveis independentes foram agrupadas e renomeadas de acordo com a proximidade

semântica e conceptual para efeitos de comparação entre os estudos, tal como preconizado por vários autores (Dewidar et al., 2021; Pagé et al., 2020; Pufulete et al., 2014). Os dados relativos aos fatores e modelos preditores foram agrupados de acordo com o método de regressão utilizado.

4.2.7. Análise estatística

Para caracterizar o conjunto das amostras relativamente às variáveis numéricas, a média aritmética ponderada (\bar{x}_w) foi calculada a partir da média de cada amostra (\bar{x}) e da respetiva ponderação (w) baseadas no número de participantes, de acordo com a equação (2) (Everitt & Skrondal, 2010). O desvio padrão combinado (s_p) foi calculado a partir do número de participantes (n) e do desvio padrão (s) de k amostras, de acordo com a equação (3) (Harris, 2019).

$$\bar{x}_w = \frac{\sum_{i=1}^n \bar{x}_i \cdot w_i}{\sum_{i=1}^n w_i} \quad (2)$$

$$s_p = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2 + (n_3 - 1)s_3^2 + \dots + (n_k - 1)s_k^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1) + (n_3 - 1) + \dots + (n_k - 1)}} \quad (3)$$

Quando os valores numéricos reportados não foram a média e o desvio padrão, mas sim o primeiro quartil, a mediana e o terceiro quartil, procedeu-se ao cálculo da média estimada e do desvio padrão estimado com o método de Box-Cox (McGrath et al., 2020). Quando os valores numéricos reportados foram o mínimo, a mediana e o máximo, a média estimada e o desvio padrão foram calculados com o método de estimação de quantis (McGrath et al., 2020). Os cálculos foram efetuados através da interface disponibilizada online para esse efeito (<https://smcgrath.shinyapps.io/estmeansd>).

Para efeitos de sintetização e comparação dos dados das análises de regressão linear, privilegiou-se o uso do erro padrão (SE) em vez dos limites inferior e superior do intervalo de

confiança de 95%. Quando ausente, o erro padrão foi calculado de acordo com a equação (4) (Higgins, Li & Deeks, 2021):

$$SE = \frac{(\text{limite superior} - \text{limite inferior})}{3,92} \quad (4)$$

No que respeita à proporção da variância explicada pelos modelos preditores de estudos que recorreram a análises de regressão linear, privilegiou-se o valor do coeficiente de determinação ajustado (R_{Adj}^2) em vez do coeficiente de determinação (R^2), por este não penalizar os modelos com um número elevado de fatores preditores (Frost, 2019; Gordon, 2015).

Quando os estudos não reportaram o valor de R_{Adj}^2 , este foi calculado com base no valor de R^2 , no número de participantes (n) e no número de variáveis independentes (k) incluídas no modelo preditor, usando a fórmula de Stein, representada na equação (5) (Pituch & Stevens, 2015):

$$R_{Adj}^2 = 1 - \left(\frac{n-1}{n-k-1}\right) \left(\frac{n-2}{n-k-2}\right) \left(\frac{n+1}{n}\right) (1 - R^2) \quad (5)$$

Nos estudos que recorreram à regressão logística, definiu-se à partida que os valores do pseudo- R^2 de Nagelkerke ou de McFadden seriam privilegiados em vez do pseudo- R^2 de Cox & Snell, pois os primeiros fornecem um valor compreendido entre 0 e 1, facilitando a sua interpretação (Allison, 2014; Best & Wolf, 2015; Harell, 2015; Tabachnick & Fidell, 2007). O valor α considerado para efeitos de significância estatística foi de 0,05.

4.3. RESULTADOS

A pesquisa devolveu um total de 36 artigos, constantes nas bases de dados Complementary Index ($n= 11$), Academic Search Complete ($n = 10$), CINAHL Complete ($n = 7$), MEDLINE Complete ($n = 6$) e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive ($n = 2$) (Figura 9).

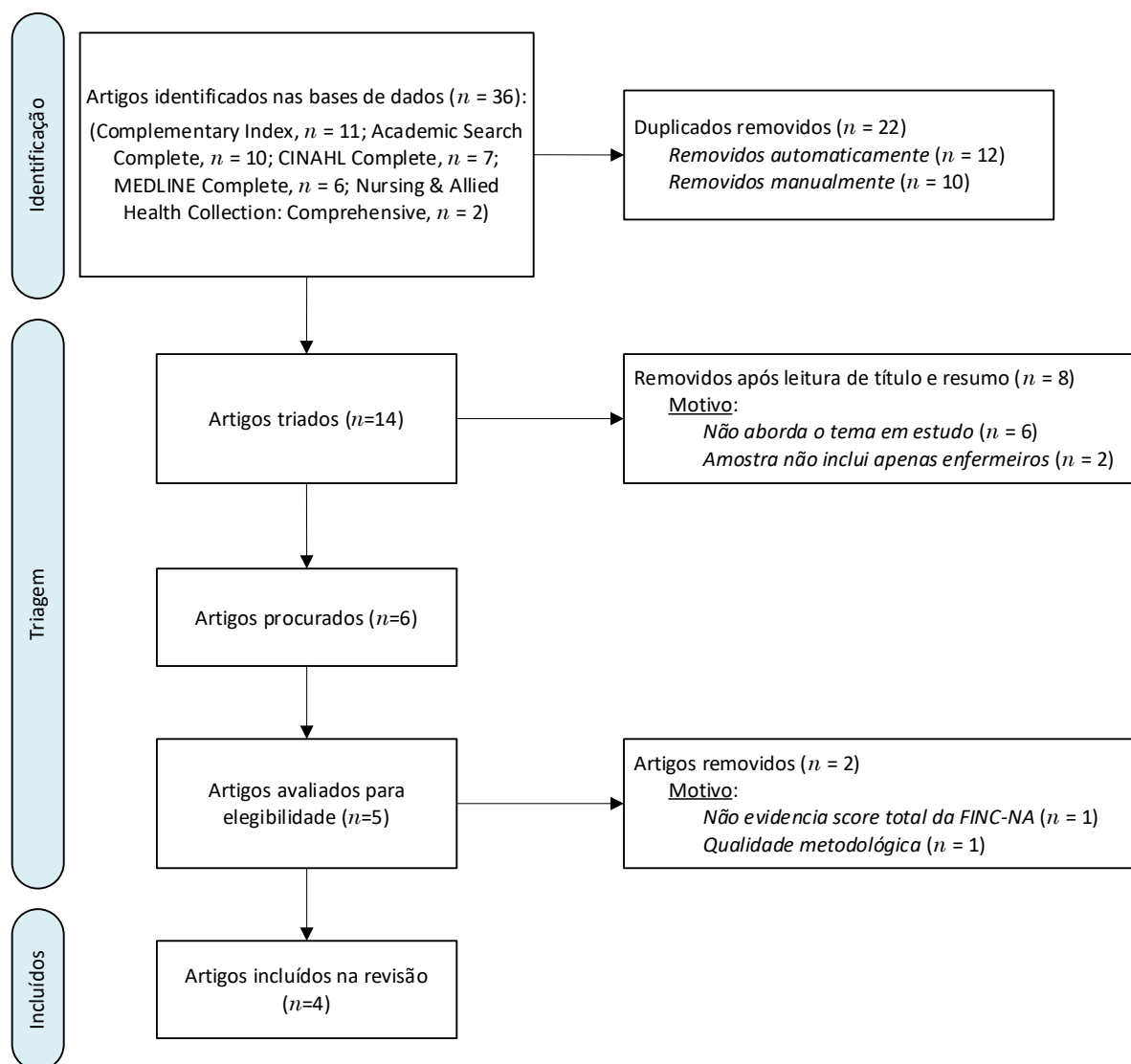


Figura 9 – Fluxograma PRISMA 2020

Fonte: adaptado de Page et al. (2021)

Os motores de busca da EBSCOhost e B-ON removeram 12 duplicados automaticamente, ficando 24 artigos (Anexos 13 e 14) e foram subsequentemente removidos 10 duplicados manualmente.

Os resultantes 14 artigos foram sujeitos a um processo de triagem através da análise do título, resumo e texto integral, com base nos critérios de inclusão. A análise dos títulos e dos resumos levou à remoção de 8 artigos (6 por não abordarem o tema em estudo e 2 por a amostra não incluir apenas enfermeiros).

Dos 6 artigos remanescentes, a análise do texto integral levou à remoção de 2 estudos, 1 dos quais por não evidenciar o score total da FINC-NA e 1 por apresentar um valor de qualidade

metodológica, calculado de acordo com a equação (1), inferior ao critério previamente estabelecido ($Q > 80\%$) (Quadro 2).

Quadro 2 – Avaliação da qualidade metodológica

Itens de avaliação da qualidade metodológica	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	Estudo 4	Estudo 5
1. Os critérios de inclusão na amostra estavam claramente definidos?	S ¹	PC ²	S	S	S
2. Os participantes dos estudos e o contexto foram descritos detalhadamente?	S	S	S	S	S
3. A exposição foi medida de um modo válido e fiável?	N/A ³	N/A	N/A	N/A	N/A
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5. Foram identificados fatores de confusão?	S	S	S	S	S
6. Foram enunciadas estratégias para lidar com fatores de confusão?	S	S	S	N ⁴	PC
7. Os resultados/outcomes foram medidos de um modo válido e fiável?	S	S	N	S	N
8. Foi utilizada análise estatística apropriada?	S	S	S	S	PC
	<i>Q</i> (%)				
	100	92	83	83	67

¹ S – sim

² PC – pouco claro

³ N/A – não aplicável

⁴ N – não

Fonte: adaptado de Moola et al. (2020)

Restaram assim 4 estudos para inclusão na RSL, cujos dados se encontram sintetizados no Quadro 3. Destes, apenas os estudos 1 e 4 avaliaram a consistência interna da FINC-NA, reportando, para a escala total, um alfa de Cronbach de 0,92–0,94 e de 0,86, respetivamente. Relativamente às 4 subescalas, o alfa de Cronbach variou entre 0,70 e 0,89 no estudo 1 e entre 0,71 e 0,87 no estudo 4.

Os estudos 2 e 3 referem apenas medidas de consistência interna calculadas em estudos prévios, nomeadamente de Hagedoorn et al. (2018) e de Saveman et al. (2011), com valores de alfa de Cronbach para a escala total de 0,88 e 0,90, respetivamente.

No geral, estas medidas de consistência interna estão em linha com os resultados da versão refinada da FINC-NA de Saveman et al. (2011) e acima de 0,70, sendo por isso considerados aceitáveis, de acordo com Nunnally e Bernstein (1994).

Quadro 3 – Síntese dos dados extraídos dos estudos incluídos na RSL

Referência	Objetivos	Metodologia	Resultados
Estudo 1: Cranley et al. (2021)	Examinar as AE-IFCE numa perspetiva internacional.	<i>Desenho:</i> estudo quantitativo analítico transversal. <i>Participantes:</i> amostra de conveniência composta por enfermeiros de vários setores dos cuidados de saúde (hospitais, cuidados domiciliários, de longa duração e na comunidade) da Suécia, Canadá (Ontário) e China (Hong Kong). <i>Colheita de dados:</i> questionário online com dados sociodemográficos pessoais e profissionais e FINC-NA (versão refinada – Saveman, 2011). <i>Análise de dados:</i> estatística descritiva e inferencial (ANOVA, qui-quadrado, e regressão linear múltipla).	Total de 740 enfermeiros da Suécia ($n = 362$), Canadá (Ontário) ($n = 164$) e China (Hong Kong) ($n = 214$). <i>Fatores preditores das atitudes (FINC-NA total):</i> <ul style="list-style-type: none"> • zona geográfica (enfermeiros da Suécia tinham atitudes mais positivas que os de Ontário ou Hong Kong); • género feminino; • idade – enfermeiros mais velhos tinham atitudes mais positivas; • contexto de trabalho – enfermeiros na área da geriatria, obstetrícia, pediatria e da área não clínica tinham atitudes mais positivas que os de serviços medicocirúrgicos. Enfermeiros de cuidados intensivos tinham atitudes menos positivas que os de serviços medicocirúrgicos.
Estudo 2: Hagedoorn et al. (2020)	Descrever AE-IFCE e investigar a contribuição das características profissionais e demográficas para essas atitudes.	<i>Desenho:</i> estudo quantitativo analítico transversal. <i>Participantes:</i> amostra de conveniência composta por enfermeiros de cuidados hospitalares e cuidados domiciliários nos Países Baixos. <i>Colheita de dados:</i> questionário com dados sociodemográficos pessoais, profissionais e organizacionais e FINC-NA – versão holandesa (Hagedoorn et al., 2018). <i>Análise de dados:</i> estatística descritiva e inferencial (regressão linear múltipla).	Total de 426 enfermeiros dos Países Baixos de cuidados hospitalares ($n = 249$) e cuidados domiciliários ($n = 177$) <i>Fatores preditores das atitudes (FINC-NA total):</i> <ul style="list-style-type: none"> • anos de experiência profissional; • nível de formação em enfermagem; • contexto de trabalho – enfermeiros de cuidados domiciliários tinham atitudes mais positivas que os de contexto hospitalar; • existência de política centrada na família no local de trabalho.
Estudo 3: Luttik et al. (2017)	Descrever as AE relativamente ao envolvimento da família nos cuidados ao utente e investigar os contributos individuais de características demográficas, profissionais e geográficas como preditores das AE-IFCE.	<i>Desenho:</i> estudo quantitativo analítico transversal. <i>Participantes:</i> amostra de conveniência composta por enfermeiros presentes numa conferência internacional na Noruega e numa conferência na Bélgica. <i>Colheita de dados:</i> questionário com dados demográficos pessoais, profissionais e FINC-NA – versão inglesa refinada (Saveman et al., 2011) e versões traduzidas, mas não validadas, em holandês e francês. <i>Análise de dados:</i> Estatística descritiva e inferencial (correlação ordinal de Spearman, U de Mann-Whitney para amostras independentes e regressão linear múltipla).	Total de 425 enfermeiros da Bélgica ($n = 348$) e da Noruega, Suécia e Dinamarca ($n = 77$) <i>Fatores preditores das atitudes (FINC-NA total):</i> <ul style="list-style-type: none"> • nível elevado de formação; • contexto de prática – enfermeiros da área da investigação, educação ou gestão tinham atitudes mais positivas que os da prática clínica; • idade – enfermeiros mais velhos tinham atitudes mais positivas; • zona geográfica – enfermeiros nórdicos tinham atitudes mais positivas que enfermeiros da Bélgica.
Estudo 4: Gusdal et al. (2017)	Explorar as AE-IFCE em contexto de cardiologia e identificar fatores que predizem as atitudes mais positivas.	<i>Desenho:</i> estudo quantitativo analítico transversal multicêntrico. <i>Participantes:</i> enfermeiros de hospitais e centros de saúde da Suécia, que cuidavam diariamente de utentes com insuficiência cardíaca (IC). <i>Colheita de dados:</i> questionário online com dados sociodemográficos pessoais, profissionais e organizacionais e FINC-NA – versão refinada (Saveman et al., 2011). <i>Análise de dados:</i> estatística descritiva e inferencial (teste de Kruskal-Wallis, teste U de Mann-Whitney, e regressão logística binária).	Total de 303 enfermeiros da Suécia de 47 hospitais ($n = 262$) e 30 centros de saúde ($n = 41$). <i>Fatores preditores de atitudes positivas (FINC-NA total acima do terceiro quartil):</i> <ul style="list-style-type: none"> • contexto de prática (enfermeiros de cuidados de saúde primários têm atitudes mais positivas que os de contexto hospitalar); • formação em enfermagem na área da cardiologia e/ou IC; • trabalhar em clínica de reabilitação cardíaca (RC); • considerar-se competente no trabalho com famílias; • ter uma especialização; • trabalhar num local com uma abordagem geral à família.

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

4.3.1. Diversidade metodológica dos estudos

Os 4 estudos incluídos na RSL usaram diferentes metodologias e reportaram diferentes dados dessas análises. Os estudos 1, 2 e 4 usaram versões validadas da FINC-NA, em inglês, holandês e sueco. O estudo 3 usou uma versão inglesa validada no grupo de participantes de países nórdicos (Noruega, Suécia, Dinamarca) e usou versões traduzidas (em francês e holandês), mas não validadas no grupo de participantes da Bélgica.

Os 4 estudos incluídos na RSL utilizaram denominações diversas para caracterizar as amostras. As variáveis independentes com denominações diferentes entre estudos foram agrupadas e renomeadas para efeitos de comparação, como evidenciado no Quadro 4.

Quadro 4 – Renomeação das variáveis

Denominações das variáveis nos estudos originais	Denominações das variáveis na RSL
Estudo 1 – Membro da família com doença grave Estudo 2 – Experiência como cuidador informal Estudo 4 – Experiência de doença grave na família	Doença na família
Estudo 1 – Educação Estudos 2 e 3 – Nível mais elevado de formação em enfermagem	Nível de formação
Estudo 1 – Primeiro diploma ou grau Estudo 2 – Curso profissional; Bacharelato Estudo 3 – Certificado; Bacharelato	Formação inicial
Estudo 1 – Formação pós-graduada Estudo 2 – Mestrado Estudo 3 – Mestrado; Doutoramento Estudo 4 – Especialização pós-graduada	Formação avançada
Estudo 2 – Anos de experiência profissional Estudo 4 – Anos desde a conclusão do curso de enfermagem	Experiência profissional
Estudo 1 – Área de prática Estudo 2 – Ambiente de trabalho Estudo 3 – Organização de cuidados de saúde Estudo 4 – Tipo de local de trabalho	Contexto de trabalho
Estudo 2 – Existência de políticas sobre a família Estudo 4 – Abordagem geral de cuidados à família no local de trabalho	Política centrada na família

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

Os estudos 1, 2 e 3 recorreram a análises de regressão linear e o estudo 4 recorreu a análises de regressão logística binária, usando o terceiro quartil (q_3) como ponto de corte para determinar o rácio de chances (*odds ratio*, *OR*) de cada uma das variáveis independentes na predição das atitudes positivas relativamente à importância atribuída às famílias nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à seleção das variáveis, o estudo 1 incluiu todas as variáveis nos modelos preditores. O estudo 2 eliminou a variável “idade” por razões de colinearidade (com base na correlação com a variável “anos de experiência”, $r = .85$, $p < .00$) e usou depois o método de

exclusão retrógrada (*backward elimination*) para estabelecer os fatores preditores de cada modelo.

O estudo 3 não incluiu a variável género por não ter encontrado previamente diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género feminino e masculino e procedeu depois a análises de regressão linear hierárquicas para avaliar o contributo da adição da variável “zona geográfica” no efeito preditor das variáveis independentes e dos modelos. O estudo 4 incluiu nas suas análises de regressão apenas variáveis consideradas modificáveis por meio de intervenções dirigidas a nível pessoal e/ou organizacional.

Quanto aos dados reportados decorrentes das análises de regressão, o estudo 1 apresentou o contributo individual das variáveis independentes na predição da FINC-NA através do coeficiente beta não estandardizado (B), o estudo 2 fê-lo com o coeficiente beta estandardizado (β) e o estudo 3 apresentou ambos os coeficientes (B e β)

O estudo 4 foi o único que reportou medidas de qualidade do ajuste para cada uma das variáveis independentes, recorrendo ao pseudo- R^2 de Nagelkerke. Os estudos 1, 2 e 3 apresentaram medidas de qualidade do ajuste dos modelos preditores, mas apenas os estudos 1 e 2 reportaram o valor do teste- F e o valor- p dos seus modelos preditores, pelo que apenas estes podem ser considerados quanto à sua significância estatística.

4.3.2. Caracterização das amostras

Como indica a Tabela 5, os 4 estudos incluídos na RSL abrangeram um total de 1894 participantes de diversas zonas geográficas, dos quais 742 (39,2%) eram enfermeiros de países nórdicos, nomeadamente da Suécia, Noruega e Dinamarca. A média ponderada de idades foi de 41,2 anos ($s_p = 12,4$) e a amostra foi largamente constituída por mulheres ($n = 1696$; 90,4%) (22 casos omissos).

Da amostra combinada dos estudos 1, 2 e 4, mais de dois terços (69,1%) dos participantes já tinham passado pela experiência de ter uma pessoa gravemente doente na família, necessitando de cuidados de saúde – o estudo 3 não reportou dados para esta variável. Relativamente à formação dos enfermeiros, 84,1% tinham formação inicial – profissionalizada, bacharelato, licenciatura – e apenas 15,9% tinham pós-graduação, mestrado ou doutoramento (35 casos omissos).

Tabela 5 – Características sociodemográficas dos participantes

	Idade	Género		Doença na família	Nível de formação	
	\bar{x} (s)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	n (%)	Inicial n (%)	Avançada n (%)
Estudo 1 – Cranley et al. (2021)						
Canadá (Ontário) (n = 164)	40,9 (13,2)	155 (96,3)	6 (3,7)	137 (83,5)	107 (66,5)	54 (33,5)
China (Hong Kong) (n = 214)	36,6 (10,9)	156 (80,0)	39 (20,0)	122 (57,0)	129 (80,0)	85 (20,0)
Suécia (n = 362)	42,1 (9,9)	338 (93,4)	24 (6,6)	300 (82,9)	338 (93,4)	24 (6,6)
	$p < .001^a$	$p < .001^b$		$p < .001^b$		
Estudo 2 – Hagedoorn et al. (2020)						
Países Baixos (n = 426)	42,0 (13,0)	398 (93,4)	28 (6,6)	280 (65,7)	403 (96,4)	15 (3,6)
Estudo 3 – Luttik et al. (2017)						
Noruega, Suécia, Dinamarca (n = 77)	43,8 (11,0) ^c	71 (92,2)	6 (7,8)		44 (65,7)	23 (34,3)
Bélgica (n = 348)	39,3 (13,0) ^c	295 (84,8)	53 (15,2)		298 (91,4)	28 (8,6)
	$p = .006^d$				$p < .001^b$	
Estudo 4 – Gusdal et al. (2017)						
Suécia (n = 303)	43,0 (14,2) ^c	280 (92,0)	23 (8,0)	160 (52,8)	237 (78,2)	66 (21,8)
TOTAL	41,2 (12,4) ^e	1693 (90,4)	179 (9,6)	999 (69,1)	1556 (84,1)	295 (15,9)

^a Teste-F (ANOVA)

^b Qui-quadrado

^c Média e desvio padrão estimados, calculados pelo método de Box-Cox (McGrath et al.,2020)

^d U de Mann-Whitney

^e \bar{x}_w (s_p)

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

Apenas os estudos 2 e 4 mediram a experiência profissional dos enfermeiros (Tabela 6), usando uma variável ordinal e uma variável numérica, respetivamente, não sendo possível comparar os dados entre si. A maioria dos enfermeiros dos 4 estudos trabalhavam em contexto hospitalar (78,4%) e, pelo menos, 16,4% trabalhavam em contexto comunitário – centros de saúde, cuidados domiciliários ou cuidados na comunidade.

Tabela 6 – Características profissionais dos participantes

	Experiência profissional (anos)			\bar{x} (s)	Contexto de trabalho		
	<10 n (%)	10 a 20 n (%)	>20 n (%)		Comunidade n (%)	Hospital n (%)	Outros n (%)
Estudo 1 – Cranley et al. (2021)							
Canadá (Ontário) (n = 164)					26 (16,1)	121 (75,2)	14 (8,7)
China (Hong Kong) (n = 214)					26 (12,9)	162 (80,7)	13 (6,5)
Suécia (n = 362)					37 (10,2)	276 (76,2)	49 (13,5)
					$p < .001^a$		
Estudo 2 – Hagedoorn et al. (2020)							
Países Baixos (n = 426)				18,8 (12,4)	177 (41,5)	249 (58,5)	
Estudo 3 – Luttik et al. (2017)							
Noruega, Suécia, Dinamarca (n = 77)						69 (90,8)	7 (9,2)
Bélgica (n = 348)						332 (95,4)	16 (4,6)
					$p = .46^b$		
Estudo 4 – Gusdal et al. (2017)							
Suécia (n = 303)	114 (37,9)	86 (28,6)	101 (33,6)		41 (13,5)	262 (86,5)	
TOTAL					307 (16,4)	1471 (78,4)	99 (5,3)

^a ANOVA

^b Qui-quadrado

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

Quanto aos restantes 5,3%, o estudo 1 atribuiu a designação “outro contexto” para os enfermeiros que não prestavam cuidados diretos – coordenação dos cuidados, academia – e o estudo 3 atribuiu esta designação para os enfermeiros que não trabalhavam em contexto hospitalar, não sendo possível excluir a possibilidade de alguns trabalharem na comunidade.

Os estudos 1 e 3 abrangeram participantes de diferentes países e realizaram vários testes estatísticos para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os países. Ambos os estudos demonstraram haver diferenças significativas no que respeita à idade e ao contexto de trabalho entre os enfermeiros das diferentes zonas geográficas. Além disso, o estudo 1 demonstrou haver diferenças significativas entre os enfermeiros de Ontário, Hong Kong e Suécia relativamente ao género e à experiência de doença na família, e o estudo 3 demonstrou haver diferenças significativas entre os enfermeiros de países nórdicos e os da Bélgica, no que concerne à principal função desempenhada (prática clínica vs. educação, gestão, investigação ou outros).

Os 4 estudos mediram as AE-IFCE através do instrumento FINC-NA, reportando os scores totais da escala, bem como os scores parciais das subescalas família como recurso nos cuidados de enfermagem (Fam-RNC), família como parceiro dialogante (Fam-CP), família como fardo (Fam-B) e família como recurso próprio (Fam-OR) (Tabela 7).

Tabela 7 – Atitudes dos enfermeiros relativamente à importância atribuída às famílias nos cuidados de enfermagem (score total e subescalas)

	FINC-NA total \bar{x} (s)	Fam-RNC \bar{x} (s)	Fam-CP \bar{x} (s)	Fam-B ^a \bar{x} (s)	Fam-OR \bar{x} (s)	
Estudo 1 - Cranley et al. (2021)						
Canadá (Ontário) (n = 164)	102,1 (14,9)	39,4 (6,1)	32,8 (4,7)	14,3 (3,6)	15,7 (2,6)	
China (Hong Kong) (n = 214)	97,0 (11,7)	38,9 (5,3)	31,3 (4,3)	11,2 (2,6)	15,6 (2,4)	
Suécia (n = 362)	104,6 (14,8)	39,5 (5,5)	33,1 (5,3)	16,3 (3,3)	15,8 (3,1)	
Estudo 3 - Hagedoorn et al. (2020)						
Países Baixos (n = 425)	84,6 (11,5)	28,3 (4,6)	13,6 (2,7)	15,8 (2,7)	13,6 (2,7)	
Estudo 4 - Luttik et al. (2017)						
Noruega, Suécia, Dinamarca (n = 77)	98,0 (16,3)	38,7 (6,1)	28,9 (7,2)	16,0 (3,1)	14,4 (2,4)	
Bélgica (n = 348)	84,5 (12,3)	32,6 (5,9)	25,9 (4,6)	14,0 (3,1)	13,5 (2,3)	
Estudo 2 - Gusdal et al. (2017)						
Suécia (n = 303)	98,6 (16,4)	41,8 (7,1)	24,0 (4,6)	15,3 (3,3)	13,4 (3,0)	
	\bar{x}_w (s _p)	94,5 (13,6)	35,7 (5,7)	25,3 (4,3)	14,7 (3,1)	14,3 (2,8)

^a score invertido

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

4.3.3. Fatores e modelos preditores da FINC-NA total

Como demonstram as Tabelas 8 e 9, os fatores preditores da FINC-NA total foram a idade (no estudo 1, mas não no estudo 4), o género feminino (no estudo 1, mas não no estudo 2), a formação (no estudo 2, mas não nos estudos 1 e 3). Relativamente ao contexto de trabalho, o estudo 1 demonstrou que, em comparação com o trabalho em serviços de natureza medicocirúrgica, trabalhar na área da geriatria, obstetrícia e pediatria prediz atitudes mais positivas e trabalhar em cuidados intensivos prediz atitudes menos positivas. O estudo 2 (mas não o estudo 3), identificou que trabalhar em contexto não hospitalar prediz atitudes mais positivas, comparativamente com o trabalho em contexto hospitalar, mas o estudo 1 não identificou diferenças entre o trabalho em cuidados de saúde primários e em contexto medicocirúrgico.

Tabela 8 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (score total da FINC-NA)

	B (SE)	β
Estudo 1 - Cranley et al. (2021) (n = 704)		
Idade	0,321 (0,047)***	
Género (0 = mulher)	-3,607 (1,216)	
Doença na família (0 = sim)	-1,010 (1,756)*	
Nível de formação (0 = inicial)	1,981 (1,070)	
Contexto de trabalho (0 = MC) ^a		
Cuidados de saúde primários	2,382 (1,663)	
Cuidados intensivos	-4,011 (1,621)*	
Geriatria	4,605 (1,701)**	
Obstetrícia	5,548 (2,291)*	
Psiquiatria	3,376 (2,084)	
Pediatria	5,218 (1,830)*	
Prática não clínica ^b	9,607 (2,029)***	
Zona geográfica (0 = Suécia)		
Canada (Ontario)	-2,187 (1,284)	
China (Hong Kong)	-4,739 (1,267)***	
		$R^2_{Adj.} = 0,18$
		$F(13, 690) = 13,13***$
Estudo 2 - Hagedoorn et al. (2020) (n = 426)		
Género (0 = mulher)		
Doença na família (0 = sim)		
Nível de formação (0 = inicial)		0,101*
Formação em cuidados à família (0 = sim)		
Experiência profissional		0,204***
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^c		0,130**
Política centrada na família (0 = sim) ^d		-0,154**
		$R^2_{Adj.} = 0,08$
		$F(4, 423) = 10,98***$
Estudo 3 - Luttik et al. (2017) (n = 425)		
Idade	0,081 (0,065)	0,066
Nível de formação (0 = inicial)	1,129 (2,228)	0,030
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^e	2,647 (3,745)	0,041
Função principal (0 = prática clínica) ^f	6,998 (2,714)*	0,165
Zona geográfica (0 = países nórdicos)	-9,428 (1,870)***	-0,278
		$R^2_{Adj.} = 0,14$

^a MC – serviço medicocirúrgico. ^b Gestão, investigação, educação. ^c Hospital vs. Cuidados domiciliários. ^d Política centrada na família no trabalho. ^e Hospital vs. Outro. ^f prática clínica vs. educação, gestão, investigação ou outros

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017)

Quanto à zona geográfica, o estudo 1 identificou que trabalhar na Suécia prediz atitudes mais positivas, quando comparado com trabalhar em Hong Kong, mas não quando comparado com Ontário. O estudo 3 indica que trabalhar em países nórdicos, incluindo Noruega, Suécia e Dinamarca também é um fator preditor da FINC-NA, comparativamente com trabalhar na Bélgica. A experiência de doença na família e a formação contínua sobre cuidados à família não foram identificados como fatores preditores da FINC-NA.

De acordo com o estudo 4, os fatores preditores de atitudes positivas relativamente à família (score total da FINC-NA acima de q_3) foram trabalhar num centro de saúde, ter formação avançada (especialização pós-graduada), ter formação em enfermagem na área da cardiologia ou insuficiência cardíaca (IC), trabalhar numa clínica de reabilitação cardíaca (RC) e percecionar-se como competente no trabalho com famílias.

Tabela 9 – Regressão logística do estudo 4 (score total da FINC-NA)

	OR (IC 95%)	pseudo- R^2 de Nagelkerke
Estudo 4 – Gusdal et al. (2017) (n = 303)		
Contexto de trabalho (centro de saúde)	2,30 (1,15 – 4,60)*	0,02 – 0,03
Formação avançada (especialização) (sim)	2,63 (1,46 – 4,73)**	0,04 – 0,05
Formação enf. cardiologia/IC (1 = sim)	1,76 (1,03 – 3,03)*	0,02 – 0,03
Trabalha em clínica de reabilitação cardíaca (1 = sim)	1,84 (1,08 – 3,15)*	0,02 – 0,03
Política centrada na família (sim)	1,90 (0,91 – 3,96)	
Perceção de competência (sim)	2,39 (1,30 – 4,37)*	0,04 – 0,05

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Gusdal et al. (2017)

Os coeficientes de determinação reportados pelos estudos que recorreram à análise de regressão linear múltipla não são passíveis de comparação devido ao facto de se referirem a amostras de diferentes populações (Lewis-Beck & Skalaban, 1990). No entanto, o modelo do estudo 1, que contém todas as variáveis independentes (com e sem significância estatística) enunciadas na Tabela 8 é o que explica a maior proporção da variância observada na FINC-NA total numa dada amostra ($R_{Adj}^2 = 0,18$). Estes modelos apresentam um coeficiente de determinação acima de 0,13 – o equivalente a tamanhos de efeito de média magnitude, de acordo com Cohen et al. (2003). O modelo do estudo 2 apresenta um coeficiente de determinação inferior, explicando apenas 8% da variância observada.

Os estudos 3 e 4 não reportaram o valor- p para os modelos apresentados, não sendo possível aferir a sua significância estatística.

4.3.4. Fatores e modelos preditores das dimensões da FINC-NA

Os fatores identificados como preditores da dimensão Fam-RNC foram a idade (no estudo 1, mas não no estudo 3), o género (no estudo 2, mas não no estudo 1), o contexto de trabalho (no estudo 1, mas não nos estudos 2 e 3), a função principal desempenhada na área da educação, gestão, investigação e outros (vs. prática clínica), a existência de políticas centradas na família no trabalho e a zona geográfica (no estudo 3, mas não no estudo 1). Ter formação avançada (especialização pós-graduada) também foi identificado como fator preditor da dimensão Fam-RNC no estudo 4, apesar de os estudos 1, 2 e 3 não terem encontrado uma associação estatisticamente significativa entre esta dimensão e o nível de formação dos enfermeiros (Tabelas 10 e 11).

Tabela 10 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (dimensões Fam-RNC e Fam-CP)

	Fam-RNC		Fam-CP	
	B (SE)	β	B (SE)	β
Estudo 1 - Cranley et al. (2021) (n = 704)				
Idade	0,096 (0,019)***		0,10 (0,017)***	
Género (0 = mulher)	-1,317 (0,720)		-1,85 (0,621)**	
Doença na família (0 = sim)	-0,450 (0,499)		-0,35 (0,430)	
Nível de formação (0 = inicial)	0,616 (0,439)		0,63 (0,379)	
Contexto de trabalho (0 = MC) ^a				
Cuidados de saúde primários	1,107 (0,682)		0,75 (0,588)	
Cuidados intensivos	-1,629 (0,665)*		-1,08 (0,573)	
Geriatrica	1,827 (0,697)**		1,82 (0,602)**	
Obstetrica	1,937 (0,939)*		1,82 (0,810)*	
Psiquiatria	0,816 (0,855)		1,79 (0,781)*	
Pediatria	1,448 (0,751)		1,85 (0,647)**	
Prática não clínica ^b	3,706 (0,832)***		3,09 (0,718)***	
Zona geográfica (0 = Suécia)				
Canada (Ontario)	-0,015 (0,527)		-0,26 (0,454)	
China (Hong Kong)	0,377 (0,520)		-0,76 (0,448)	
	$R^2_{Adj.} = 0,10$		$R^2_{Adj.} = 0,14$	
	$F(13, 690) = 6,82***$		$F(13, 690) = 10,06***$	
Estudo 2 - Hagedoorn et al. (2020) (n = 426)				
Género (0 = mulher)		-0,100*		
Doença na família (0 = sim)				
Nível de formação (0 = inicial)				
Formação em cuidados à família (0 = sim)				
Experiência profissional				0,194***
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^c				
Política centrada na família (0 = sim) ^d		-0,110*		-0,170***
	$R^2_{Adj.} = 0,01$		$R^2_{Adj.} = 0,06$	
	$F(4, 423) = 5,23**$		$F(4, 423) = 10,04***$	
Estudo 3 - Luttk et al. (2017) (n = 425)				
Idade	-0,016 (0,028)	-0,029	0,039 (0,023)	0,088
Nível de formação (0 = inicial)	0,237 (0,945)	0,014	-0,336 (0,793)	-0,025
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^e	-0,596 (1,609)	-0,210	1,225 (1,359)	0,053
Função principal (0 = prática clínica) ^f	3,619 (1,163)**	0,193	2,033 (0,968)*	0,134
Zona geográfica (0 = países nórdicos)	-4,579 (0,796)***	-0,307	-2,668 (0,665)***	-0,223
	$R^2_{Adj.} = 0,15$		$R^2_{Adj.} = 0,09$	

^a Serviços medicocirúrgicos. ^b Gestão, investigação, educação. ^c Hospital vs. Cuidados domiciliários. ^d Política centrada na família no trabalho. ^e Hospital vs. Outro. ^f prática clínica vs. educação, gestão, investigação ou outros
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttk et al. (2017)

Os fatores preditores da dimensão Fam-CP foram a idade (no estudo 1, mas não no estudo 3), o género (no estudo 1, mas não no estudo 2), os anos de experiência profissional, o contexto de trabalho (no estudo 1, mas não nos estudos 2 e 3), a função principal desempenhada na área da educação, gestão e investigação (vs. prática clínica), a existência de políticas centradas na família no local de trabalho, a zona geográfica (no estudo 3, mas não no estudo 1) e a perceção de competência no trabalho com famílias (Tabelas 10 e 11).

Tabela 11 – Regressão logística do estudo 4 (dimensões Fam-RNC e Fam-CP)

	Fam-RNC		Fam-CP	
	OR (IC 95%)	pseudo- R^2 de Nagelkerke	OR (IC 95%)	pseudo- R^2 de Nagelkerke
Estudo 4 – Gusdal et al. (2017) (n = 303)				
Contexto de trabalho (1 = centro de saúde)	1,83 (0,91 – 3,65)		0,81 (0,39 – 1,69)	
Formação avançada (especialização) (1 = sim)	2,55 (1,41 – 4,51)**	0,04 – 0,05	1,28 (0,72 – 2,28)	
Formação enf. cardiologia/IC (1 = sim)	1,33 (0,79 – 2,23)		1,30 (0,80 – 2,13)	
Trabalha em clínica de reabilitação cardíaca (1 = sim)	1,47 (0,87 – 2,48)		0,92 (0,55 – 1,53)	
Política centrada na família (1 = sim)	1,07 (0,49 – 2,33)		2,44 (1,21 – 4,90)*	0,02 – 0,03
Perceção de competência (1 = sim)	1,61 (0,92 – 2,81)		1,87 (1,10 – 3,16)*	0,02 – 0,03

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Gusdal et al. (2017)

De acordo com os resultados dos quatro estudos incluídos na RSL, os fatores que predizem *não* ver a família como fardo foram a idade, a experiência profissional, o contexto de trabalho (nos estudos 1 e 4, mas não nos estudos 2 e 3) e a zona geográfica (Tabelas 12 e 13).

Quanto à dimensão Fam-OR, os fatores preditores identificados foram a idade (no estudo 1, mas não no estudo 3), os anos de experiência profissional (no estudo 2), o contexto de trabalho (nos estudos 1, 2 e 4, mas não no estudo 3) e a existência de políticas centradas na família.

Percecionar-se como competente no trabalho com famílias foi identificado como um fator preditor das dimensões Fam-B e Fam-OR no estudo 4. Do mesmo modo, ter formação avançada (especialização pós-graduada) e ter formação na área da cardiologia ou IC também foram identificados como fatores preditores das dimensões Fam-B e Fam-OR no estudo 4, apesar de os estudos 1, 2 e 3 não terem identificado a existência de relações estatisticamente significativas entre estas dimensões e o nível de formação dos enfermeiros (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12 – Regressão linear dos estudos 1, 2 e 3 (dimensões Fam-B e Fam-OR)

	Fam-B ^a		Fam-OR	
	B (SE)	β	B (SE)	β
Estudo 1 - Cranley et al. (2021) (n = 704)				
Idade	0,081 (0,011)***		0,045 (0,010)***	
Género (0 = mulher)	0,017 (0,410)		-0,459 (0,364)	
Doença na família (0 = sim)	-0,217 (0,285)		0,000 (0,243)	
Nível de formação (0 = inicial)	0,327 (0,251)		0,410 (0,222)	
Contexto de trabalho (0 = MC) ^b				
Cuidados de saúde primários	-0,045 (0,389)		0,573 (0,345)	
Cuidados intensivos	-0,873 (0,379)*		-0,434 (0,336)	
Geriatría	0,476 (0,398)		0,495 (0,352)	
Obstetrícia	0,084 (0,536)		0,954 (0,475)*	
Psiquiatria	0,255 (0,488)		0,524 (0,475)	
Pediatria	1,020 (0,428)*		0,899 (0,379)*	
Prática não clínica ^c	1,047 (0,475)*		1,772 (0,421)***	
Zona geográfica (0 = Suécia)				
Canada (Ontario)	-1,840 (0,301)***		-0,064 (0,266)	
China (Hong Kong)	-4,630 (1,010)***		0,275 (0,263)	
	$R^2_{Adj.} = 0,39$		$R^2_{Adj.} = 0,07$	
	$F(13, 690) = 35,42^{***}$		$F(13, 690) = 5,31^{***}$	
Estudo 2 - Hagedoorn et al. (2020) (n = 426)				
Género (0 = mulher)				
Doença na família (0 = sim)				
Nível de formação (0 = inicial)				
Formação em cuidados à família (0 = sim)				
Experiência profissional		0,167**		0,195***
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^d				0,340***
Política centrada na família (0 = sim) ^e				-0,108*
	$R^2_{Adj.} = 0,04$		$R^2_{Adj.} = 0,18$	
	$F(4, 423) = 5,96^{**}$		$F(4, 423) = 33,97^{***}$	
Estudo 3 - Luttik et al. (2017) (n = 425)				
Idade	0,036 (0,015)*	0,124	0,017 (0,013)	0,066
Nível de formação (0 = inicial)	0,672 (0,512)	0,075	0,148 (0,446)	0,020
Contexto de trabalho (0 = hospital) ^f	1,392 (0,868)	0,089	-0,037 (0,780)	-0,003
Função principal (0 = prática clínica) ^g	0,787 (0,645)	0,078	0,798 (0,562)	0,093
Zona geográfica (0 = países nórdicos)	-1,669 (0,438)***	-0,205	-0,860 (0,385)*	-0,126
	$R^2_{Adj.} = 0,11$		$R^2_{Adj.} = 0,03$	

^a Score invertido. ^b MC – serviço medicocirúrgico. ^c Gestão, investigação, educação. ^d Hospital vs. Cuidados domiciliários. ^e Política centrada na família no trabalho. ^f Hospital vs. Outro. ^g Prática clínica vs. educação, gestão, investigação ou outros.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017)

Tabela 13 – Regressão logística do estudo 4, (dimensões Fam-B e Fam-OR)

	Fam-B ^a		Fam-OR	
	OR (IC 95%)	pseudo- R^2 de Nagelkerke	OR (IC 95%)	pseudo- R^2 de Nagelkerke
Estudo 4 – Gusdal et al. (2017) (n = 303)				
Contexto de trabalho (1 = centro de saúde)	4,19 (2,12 – 8,28)***	0,06-0,08	3,31 (1,69 – 6,49)***	0,06-0,08
Formação avançada (especialização) (1 = sim)	2,08 (1,18 – 3,67)*	0,02-0,03	3,26 (1,85 – 5,73)***	0,06-0,08
Formação enf. cardiologia/IC (1 = sim)	2,65 (1,57 – 4,46)***	0,06-0,08	2,36 (1,42 – 3,91)**	0,04-0,05
Trabalha em clínica de reabilitação cardíaca (1 = sim)	2,51 (1,51 – 4,17)***	0,06-0,08	2,92 (1,77 – 4,83)***	0,06-0,08
Política centrada na família (1 = sim)	1,51 (0,74 – 3,10)		2,31 (1,15 – 4,63)*	0,02-0,03
Perceção de competência (1 = sim)	1,92 (1,12 – 3,87)*	0,02-0,03	2,33 (1,36 – 4,01)**	0,04-0,05

^a Score invertido

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Adaptado de Gusdal et al. (2017)

Por fim, as variáveis independentes consideradas estatisticamente significativas na predição da FINC-NA e das suas dimensões encontram-se evidenciadas na Tabela 14.

O modelo preditor do estudo 1 foi aquele que explicou uma maior proporção da variância observada nas dimensões Fam-RNC ($R^2_{Adj.} = 0,10$), Fam-CP ($R^2_{Adj.} = 0,14$) e Fam-B ($R^2_{Adj.} = 0,39$) numa dada amostra (Tabelas 10 e 12), enquanto o modelo do estudo 2 foi o que explicou uma maior proporção da variância observada na dimensão Fam-OR numa dada amostra ($R^2_{Adj.} = 0,14$).

Tabela 14 – Estudos em que as variáveis independentes foram identificadas como fatores preditores (e não preditores) das AE-IFCE.

	Estudos em que as variáveis independentes alcançaram o valor de significância estatística					Estudos em que as variáveis independentes não alcançaram o valor de significância estatística				
	FINC-NA	Fam-RNC	Fam-CP	Fam-B	Fam-OR	FINC-NA	Fam-RNC	Fam-CP	Fam-B	Fam-OR
Idade	1	1	1	1 e 3	1	3	3	3		3
Género		2	1			1 e 2	1	2	1 e 2	1 e 2
Doença na família	1					2	1, 2	1 e 2	1 e 2	1 e 2
Nível de formação	2					1 e 3	1, 2 e 3	1, 2 e 3	1, 2 e 3	1, 2 e 3
Formação avançada (especialização)	4 ^a	4 ^a		4 ^a	4 ^a			4 ^a		
Formação em cuidados à família						2	2	2	2	2
Formação cardiologia/IC	4 ^a			4 ^a	4 ^a		4 ^a	4 ^a		
Trabalha em clínica de RC	4 ^a			4 ^a	4 ^a		4 ^a	4 ^a		
Experiência profissional	2		2	2	2		2			
Função principal	3	3	3						3	3
Perceção de competência	4 ^a		4 ^a	4 ^a	4 ^c		4 ^a			
Contexto de trabalho	1, 2 e 4 ^a	1	1	1 e 4 ^a	1, 2 e 4 ^a	3	2, 3 e 4 ^a	2, 3 e 4 ^a	2 e 3	3
Política centrada na família	2	2	2 e 4 ^a		2 e 4 ^a	4 ^a	4 ^a		2 e 4 ^a	
Zona geográfica	1 e 3	3	3	1 e 3	3		1	1		1

^a Regressão logística com ponto de corte = q_3

Fonte: Adaptado de Cranley et al. (2021), Hagedoorn et al. (2020), Luttik et al. (2017), Gusdal et al. (2017)

4.4. DISCUSSÃO

Ainda que este seja um estudo secundário, que reúne dados e informação de outros estudos, o facto de esta RSL incluir apenas 4 estudos com diferentes fatores e modelos preditores (dificultando a comparação entre si) fundamenta a necessidade de confrontar os resultados obtidos com a literatura existente sobre este assunto.

Os estudos incluídos na presente RSL apresentam dados relativamente díspares no que concerne a fatores preditores das AE-IFCE. Essa discrepância verifica-se no score total da FINC-NA e nas suas 4 dimensões, com a grande maioria das variáveis independentes a demonstrar concomitantemente serem fatores preditores em alguns estudos e não noutros (Tabela 14). Admite-se a possibilidade de esta disparidade estar relacionada com a

diversidade metodológica dos estudos incluídos na RSL, bem como o facto de estes abrangerem amostras diferentes, não se podendo afirmar que estas sejam representativas da generalidade dos enfermeiros, enquanto população. Aliás, a própria variável zona geográfica demonstra isso mesmo, predizendo as atitudes globais dos enfermeiros relativamente à importância atribuída às famílias, como indicava já o estudo de Hallgrimsdottir (2004). Isto sugere a necessidade de investigar o contributo específico de múltiplas variáveis de confusão relacionadas com a zona geográfica, como a língua, a educação, as leis, as normas, costumes e outros fatores culturais.

A única variável independente comum aos 4 estudos foi o contexto de trabalho. Apesar dos resultados mistos em várias dimensões da FINC-NA, no geral, o contexto de trabalho parece prever a atitude global dos enfermeiros relativamente à importância da família e também as atitudes relacionadas com o ver a família como recurso próprio, corroborando asserções já expressas na literatura a este respeito (Benzein et al., 2008a; Hetland et al., 2018; Silva et al., 2013; Sveinbjarnardottir et al., 2011; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019).

O que faz especificamente com que as atitudes variem de acordo com os serviços em que os enfermeiros trabalham é amplamente discutível, pois os contextos de trabalho, tal como a zona geográfica, são aglomerados de muitas outras variáveis. As diferenças entre os contextos de trabalho poderão incluir uma diversidade de fatores, como o facto de os utentes e famílias serem vistos com características diferentes consoante o contexto de trabalho, o facto de haver rotinas e práticas diferentes de serviço para serviço, o facto de ser usual ou não a presença da família nesses locais de trabalho, o facto de haver diferentes tipos de liderança e culturas de trabalho, o facto de os enfermeiros que mais promovem o envolvimento das famílias serem ou não vistos como modelos pelos seus pares, o facto de haver mais ou menos coesão na equipa de saúde, etc. Admite-se por isso que o efeito preditor do contexto de trabalho possa, na verdade, ser mediado por um conjunto de características particulares associadas aos contextos de trabalho. Algumas dessas características poderão eventualmente ser consideradas modificáveis através de intervenções dirigidas por iniciativa individual, coletiva ou organizacional, mas é necessário haver mais investigação para identificar que características particulares dos contextos de trabalho predizem as AE-IFCE.

Além da zona geográfica e do contexto de trabalho, as únicas variáveis independentes que demonstraram haver concordância de 2 ou mais estudos a respeito do seu efeito preditor

foram a idade e a existência de políticas centradas na família no local de trabalho. Contudo, o efeito preditor destas variáveis não foi identificado em todas as dimensões da FINC-NA, mas apenas em uma ou duas dimensões (Tabela 14).

Apesar de o efeito preditor da idade não ter sido identificado unanimemente em todas as dimensões da FINC-NA, a existência de concordância na dimensão família como fardo leva a pressupor que os enfermeiros mais novos tendem mais a ver as famílias como um fardo do que os enfermeiros mais velhos. Convém referir que, paralelamente, a experiência profissional também foi identificada como um fator preditor das atitudes globais dos enfermeiros e de três das suas dimensões, incluindo da dimensão família como fardo (Tabela 14). Parece assim existir evidência suficiente para conferir suporte aos achados expressos anteriormente por diversos autores no que respeita à idade e à experiência profissional, enquanto preditores das AE para com as famílias (Benzein et al., 2008a; Silva, Costa & Silva, 2013; Sveinbjarnardottir et al., 2011).

Efetivamente, a experiência profissional tem sido descrita na literatura como um fator relevante na capacidade de envolver das famílias (Blöndal et al., 2014). Este achado encontra suporte em Benner, citada por Benzein et al. (2008a), que afirma que apesar de os enfermeiros iniciados conseguirem interpretar e lidar com várias situações na prática clínica, tendem também a prestar cuidados orientados para o cumprimento de tarefas, enquanto os enfermeiros peritos tendem a conseguir identificar mudanças relevantes e alterar a sua própria perspetiva acerca das situações, fazendo com que consigam compreendê-las de um modo mais intuitivo e holístico. As atitudes positivas poderão assim estar relacionadas com a maturidade profissional e a perícia decorrente dos anos de prática clínica ou com a própria maturidade cognitiva, emocional e social desenvolvida com a experiência de vida dos enfermeiros à medida que envelhecem – ou até com ambas. Tal como demonstram Hagedoorn et al. (2020), a idade e a experiência profissional estão muito correlacionadas entre si, sendo difícil estimar com precisão o modo como cada uma delas influi independentemente nas AE.

Relativamente às políticas centradas na família, apesar de não se verificar um efeito preditor na dimensão família como fardo e existirem resultados mistos quanto às atitudes globais dos enfermeiros, o facto de esta variável ser identificada como um preditor das AE nas dimensões Fam-CP e Fam-OR vai ao encontro das asserções defendidas por Hoplock et al. (2019) e Moen

et al. (2020). De acordo com estes autores, as políticas institucionais encorajam os enfermeiros a iniciarem o diálogo com as famílias, justificando a necessidade de se desenvolverem filosofias organizacionais orientadas para os cuidados à família (Hoplock et al., 2019; Moen et al., 2020).

Mais nenhuma variável reuniu evidência concordante de 2 ou mais estudos para se poder afirmar o seu efeito preditor nas atitudes globais dos enfermeiros ou nas várias dimensões da FINC-NA. Os resultados parecem indicar que o género não é um fator preditor das AE-IFCE, ao contrário da evidência previamente demonstrada por Benzein et al. (2008a) e Linnarson et al. (2014). A experiência prévia de doença na família também não reuniu evidência inequívoca para corroborar o argumento de Benzein et al. (2008a) e Linnarson et al. (2014), segundo os quais a experiência de já ter tido um familiar doente prediria atitudes mais positivas para com as famílias. Refira-se que o estudo de Benzein et al. (2008a) identificara a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e a FINC-NA total com o teste *U* de Mann-Whitney, mas o mesmo não se verificou quando submetido a uma análise de regressão linear múltipla, que controlou o efeito das demais variáveis.

Os estudos incluídos na RSL também reportaram resultados díspares no que respeita à formação. Não é consensual entre estes estudos que o nível de formação académica em enfermagem esteja independentemente associado às AE-IFCE, mas o facto de estes terem uma especialização pós-graduada em enfermagem parece predizer a existência de atitudes mais favoráveis para com as famílias, conferindo suporte à evidência demonstrada previamente por Silva et al. (2013) no contexto português.

A formação contínua em cuidados à família – presumivelmente, uma variável que contribuiria para o envolvimento das famílias – não demonstrou estar independentemente associada às atitudes globais dos enfermeiros relativamente à importância das famílias nem a nenhuma das dimensões da FINC-NA, contrariando os resultados demonstrados previamente por Sveinbjarnardottir et al. (2011). É possível que os programas de formação na área de ESF aumentem os conhecimentos e promovam a aquisição de competências de enfermagem na área de saúde familiar, como demonstraram Henriques e Santos (2019), mas sem que isso se traduza forçosamente num incremento de atitudes significativamente mais positivas para com as famílias. Hagedoorn et al. (2020) defendem que a formação dos alunos de enfermagem deve, por isso, focar-se não só nos conhecimentos e nas competências, mas

também nas atitudes. Disto isto, importa ressaltar que o efeito preditor da formação contínua em cuidados à família foi avaliado em apenas 1 dos 4 estudos incluídos na RSL, não tendo sido reportados os detalhes dessa formação em termos de conteúdos programáticos, horas de formação e horas de prática e de simulação, em particular. Isto sugere que os dados devam ser interpretados com a devida reserva e reforça a necessidade de se realizar mais investigação para avaliar o contributo de aspetos específicos deste tipo de formação no desenvolvimento de atitudes positivas relativamente às famílias.

As restantes variáveis (ainda não mencionadas na discussão) também não foram avaliadas em mais do que um estudo. Todavia, todas elas demonstraram estar independentemente associadas às atitudes globais dos enfermeiros relativamente à importância atribuída às famílias. Em particular, o facto de ter formação em enfermagem na área da cardiologia e trabalhar numa clínica de reabilitação cardíaca parece predizer atitudes globalmente favoráveis relativamente às famílias, o que vai ao encontro das recomendações da *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association* e da *European Society of Cardiology*, que defendem o envolvimento dos membros da família na educação, no apoio psicossocial e no planeamento da alta clínica (McDonagh et al, 2021; Yancy et al., 2013).

A prática clínica como principal função desempenhada também parece predizer atitudes globais menos positivas, quando comparada com outras funções, como a gestão, educação, investigação e outros. Este achado pode suscitar uma diversidade de interpretações, entre as quais se destaca o facto de os enfermeiros da área clínica serem aqueles que mais interagem com as famílias e, por conseguinte, a possibilidade de serem também aqueles que mais têm presente as dificuldades sentidas no trabalho com as famílias. Luttik et al. (2017) afirmam que isto pode ser um reflexo da dificuldade em implementar, na prática clínica, uma abordagem centrada na família. Além disso, vários itens da FINC-NA são claramente orientados para a prática clínica, como por exemplo: “A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar” ou “A presença de membros da família deixa-me em estresse”⁹. Isto poderá levantar dúvidas quanto à adequação de tais afirmações para enfermeiros que desempenham funções de cariz não clínico. Não quer isto dizer que enfermeiros da área da gestão, educação e investigação não tenham efetivamente atitudes positivas para com as famílias, mas é discutível que estas e outras afirmações lhes sejam aplicáveis, dado o facto de não

⁹ Tradução portuguesa, de acordo com Oliveira et al. (2011).

trabalharemos diretamente com famílias, sugerindo a necessidade de mais investigação a este respeito.

Gusdal et al. (2017) identificaram a competência no trabalho com famílias como um fator preditor das AE-IFCE. Convém notar que a competência aqui mencionada é sobretudo uma auto percepção de competência, dado o facto de se ter solicitado aos participantes daquele estudo para que qualificassem a sua competência no trabalho com famílias. A literatura sugere que a auto percepção de competência no trabalho com famílias é uma variável modificável que pode ser incrementada através de intervenções dirigidas, nomeadamente de âmbito educativo (Broekema, Luttk, Steggerda, Paans & Roodbol, 2018; Eggenberger & Sanders, 2016; Figueiredo et al., 2021). Além disso, do mesmo modo que podemos supor um efeito preditor da auto percepção de competência nas AE-IFCE, admite-se a hipótese de que as atitudes positivas com as famílias também possam reciprocamente predizer a percepção de competência, reforçando-se ambas mutuamente. De facto, a literatura sugere que os enfermeiros que aprendem a envolver as famílias em conversas terapêuticas consideram este processo gratificante e relatam que, a partir daí, desenvolvem novas aptidões com as quais não estavam familiarizados e sentem-se mais competentes no trabalho com famílias (Voltelen, Konradsen & Østergaard, 2016; Sigurdardottir, Svavarsdottir & Juliusdottir, 2015).

4.4.1. Limitações e sugestões para investigação futura

Ao contrário das recomendações defendidas por Apóstolo (2017) e Moola et al. (2020), segundo a quais o processo de seleção dos estudos e a avaliação crítica da qualidade metodológica devem ser efetuadas por um mínimo de dois revisores independentes, estes processos metodológicos foram efetuados por apenas um revisor (autor do trabalho), pelo facto de se tratar de um trabalho académico individual. A fim de minimizar qualquer viés que pudesse decorrer desta abordagem, optou-se por conferenciar com o supervisor deste trabalho sempre que oportuno, verificando-se concordância acerca da metodologia utilizada.

O estudo 4 recorreu a versões traduzidas, mas não validadas da FINC-NA numa parte da amostra. Apesar de este estudo assegurar um nível específico de qualidade aceitável para a inclusão na RSL ($Q > 80\%$), é amplamente recomendado que versões traduzidas sejam sujeitas a validação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas, a fim de garantir a

qualidade dos resultados (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). A interpretação dos resultados sugere a devida reserva, sobretudo pelo facto de se verificarem diferenças significativas entre as atitudes dos participantes que responderam ao questionário através de um instrumento validado (enfermeiros da Noruega, Suécia, Dinamarca) e dos que responderam ao questionário com instrumento traduzido, mas não validado (enfermeiros da Bélgica).

A variabilidade metodológica observada entre os estudos é também algo a ter em consideração. Verificou-se uma grande variabilidade nos métodos de seleção utilizados entre os estudos, o que pode impactar os resultados finais (Pituch & Stevens, 2015). Além disso, os estudos usaram diversos métodos para considerar a importância de cada uma das variáveis incluídas num dado modelo preditor. Os estudos incluídos na RSL identificaram fatores preditores essencialmente com base no nível de significância estatística. Alguns autores criticam esta abordagem, argumentando que um valor-*p* muito pequeno pode ser observado quando os valores estimados são muito precisos, com reduzida variabilidade, ou quando derivam de uma amostra grande, não indicando necessariamente que as variáveis independentes são importantes num sentido prático (Frost, 2019; Schielzeth, 2010). Isto põe em causa o valor da significância estatística na identificação de algumas variáveis predictoras quando estas apenas explicam uma reduzida e pouco relevante fração da variância observada nas AE-IFCE.

Para efeitos de predição em modelos lineares, alguns autores recomendam (para além do uso criterioso da fundamentação teórica) o uso dos coeficientes de regressão estandardizados devido à possibilidade de comparação entre variáveis independentes quando estas são mensuradas com diferentes unidades de medição, mas esta abordagem também levanta problemas de interpretação quando as variáveis são categóricas, em vez de contínuas (Frost, 2019; Schielzeth, 2010). Por isso, para avaliar o contributo individual de cada variável independente na qualidade do ajuste dos modelos, Frost (2019) recomenda observar-se a mudança no R^2 quando cada uma dessas variáveis é a última a ser adicionada ao modelo preditor, mas esta informação não foi providenciada pelos 3 estudos que recorreram a análises de regressão linear.

Também se verificou uma variabilidade considerável sobre os procedimentos diagnósticos efetuados e reportados pelos 4 estudos para garantir que os pressupostos da análise de

regressão foram devidamente acautelados, nomeadamente no que respeita aos testes de linearidade, homoscedasticidade, multicolinearidade, existência de valores atípicos (*outliers*, pontos de alavanca e pontos de influência) e normalidade dos resíduos, bem como o uso de termos de interação para averiguar se existem efeitos moderadores entre as variáveis independentes (Laerd Statistics, 2015).

Adicionalmente, não é claro que a FINC-NA possa ser usada junto de profissionais cujas funções principais sejam, por exemplo, na área da investigação ou educação. Como mencionado atrás, vários itens da FINC-NA parecem aplicar-se a profissionais que trabalham diretamente com famílias e não é claro que o estudo de validação efetuado por Benzein et al. (2008b) tenha incluído profissionais da área da investigação ou da educação.

Estas possíveis limitações, juntamente com a dificuldade em agrupar semântica e conceptualmente variáveis de diferentes estudos, com diferentes denominações, evidenciam a necessidade de se realizar mais investigação nesta área a fim de identificar com mais clareza as relações entre diversos fatores preditores e as AE-IFCE.

Por fim, não sendo menos importante, uma proporção relevante da variância das AE fica por explicar. Partindo do princípio de que as atitudes têm, como refere Altmann (2008), uma componente cognitiva, afetiva e comportamental, admite-se a possibilidade de que as AE-IFCE também possam ser explicadas por outras variáveis de âmbito cognitivo, afetivo ou comportamental, não mencionadas diretamente nestes 4 estudos, como a empatia, a compaixão e *mindfulness*, a ansiedade, a depressão, o burnout, os estilos de vinculação, as crenças e valores, bem como o treino de simulação e o treino clínico orientado especificamente para o desenvolvimento de um espírito de parceria com as famílias e de atitudes que promovem o seu envolvimento nos cuidados de enfermagem, entre outros (Aryankhesal et al., 2019; Burks & Kobus, 2012; Henry, 2014; Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Hofmeyer, Kennedy & Taylor, 2020; Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer, 2014; Konrath, Chopik, Hsing & O'Brien, 2014; Navarro-Gil et al., 2020; Wei, Ji, Li & Zhang, 2017). O facto de estas variáveis serem modificáveis através de intervenções dirigidas a nível pessoal ou organizacional enfatiza a importância de explorar o seu contributo na promoção e predição de atitudes positivas relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho evidencia a reflexão crítica que ocorreu durante e após o período de estágio, bem como a consecução dos objetivos do mesmo, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento das várias competências comuns do EE e competências específicas do EE em EC na área de ESF (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Este trabalho permitiu também contribuir, com base em evidência científica, para a fundamentação contínua da prática clínica especializada em ESF, particularmente em torno do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Vários autores advogam a importância das atitudes facilitadoras do envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem. A presente RSL responde à questão de investigação, permitindo concluir que os preditores das AE-IFCE mais consensuais são a zona geográfica, o contexto de trabalho e a existência de políticas centradas na família. Com base nisto, sugere-se que as organizações de saúde promovam ações de formação para as equipas de enfermagem, bem como a elaboração e adoção de políticas de envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem. Existe, contudo, uma considerável discrepância na metodologia e nos resultados dos estudos incluídos nesta RSL, não se identificando fatores preditores das AE-IFCE totalmente consensuais entre os estudos. Vários fatores como a formação especializada, a formação na área da cardiologia ou insuficiência cardíaca, trabalhar numa clínica de reabilitação cardíaca, o desempenho de funções na área da educação, gestão e investigação e a perceção de competência no trabalho com famílias foram preditores identificados num só estudo, não sendo passíveis de avaliação de consensualidade.

Na maior parte dos estudos, não foi reportado o contributo individual dos preditores na variância das AE-IFCE e os modelos preditores identificados explicaram apenas uma proporção muito limitada da variância das AE-IFCE. Além disso, a maior parte dos estudos focou-se principalmente em modelos preditores com fatores sociodemográficos genéricos e não modificáveis. Uma vez que a prática clínica deve ser guiada pela evidência científica, um estudo mais aprofundado dos fatores preditores das AE-IFCE trará mais luz a esta matéria e permitirá sensibilizar mais fundamentada e eficazmente as entidades educativas, as organizações de saúde e os próprios enfermeiros sobre como reunir condições favoráveis ao

envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem. É por isso necessário mais investigação sobre o contributo individual de variáveis modificáveis de âmbito educativo, organizacional e pessoal nas AE-IFCE, incluindo fatores cognitivos, afetivos e comportamentais. As conclusões deste trabalho de investigação reforçam a importância de fundamentar continuamente a prática clínica, bem como as políticas organizacionais e educativas no âmbito da enfermagem.

Com este relatório, conclui-se também que o próprio processo de levar a cabo um trabalho de investigação desta natureza contribuiu para a sensibilização e para o desenvolvimento de competências relacionadas com a temática específica em questão, mas não limitadas a ela. O presente trabalho permitiu articular os objetivos do estágio com a implementação da metodologia proposta na unidade curricular, bem como com os referenciais teóricos e as várias aprendizagens e competências desenvolvidas, conduzindo à mobilização de conhecimentos entre diversas áreas da ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aass, L. K., Skundberg-Kletthagen, H., Schrøder, A., & Moen, Ø. L. (2020). Young adults and their families living with Mental Illness: Evaluation of the usefulness of family-centered support conversations in community mental health care settings. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 302-314. doi: 10.1177/1074840720964397
- ACES Pinhal Litoral (2016). Relatório de Atividades 2015 - ACES Pinhal Litoral. Leiria
- ACES Pinhal Litoral (2019). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral – 2018-2020. Revisão de novembro de 2019. Retrieved from <https://pns.dgs.pt/planos-locais-de-saude>
- ACSS (2016). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – Segunda Edição. ACSS. Retrieved from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1_ICPC_2_4_4_VF.pdf
- ACSS (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários – Biénio 2020/2021. Versão atualizada a 01.03.2021. Retrieved from: <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos>
- Alarcão, M. (2000). (des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. Coimbra. Quarteto Editora.
- Allison, P. D. (2014). Measures of fit for logistic regression. Proceedings of the SAS Global Forum 2014 Conference. Paper 1485-2014. SAS. Retrieved from <http://support.sas.com/resources/papers/proceedings14/1485-2014.pdf>
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1805–1817. doi: 10.1111/jocn.12065
- Altmann, T. (2008). Attitude: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 43(3), 144–150. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00106.x
- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2016). Protection of the family: contribution of the family to the realization of the right to an adequate standard of living for its members, particularly through its role in poverty eradication and achieving sustainable development. A/HRC/31/37. Retrieved from <https://undocs.org/en/A/HRC/31/37>
- 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: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2866>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162.
- Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 77. doi: 10.47176/mjiri.33.77
- Associação Portuguesa de Nutrição (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral. Retrieved from: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/E_book_Hipocoagulacao_1.pdf
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. doi: 10.1111/nyas.12844
- Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., ... & Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 9(1), 1-9. doi: 10.1186/s13098-017-0256-7
- Benzein, E. (2010). Overview of research and practice within family nursing in Sweden. In Barbieri, M. C., M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, M. R. Santos, J. C. Carvalho (Eds.) *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (p. 14). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.26/31986>
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (2008a). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of family nursing*, 14(2), 162-180. doi: 10.1177/1074840708317058

- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B.-I. (2008b). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes—an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97-117. doi: 10.1177/1074840707312716
- Bertalanffy, L. V. (1969). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York. George Braziller.
- Bertini, K. (2011). *Strength for the Sandwich Generation: Help to Thrive While Simultaneously Caring for Our Kids and Our Aging Parents*. Santa Barbara. ABC-CLIO.
- Best, H., & Wolf, C. (2013). Logistic Regression. In H. Best & C. Wolf (Eds.). *The SAGE handbook of regression analysis and causal inference*. London. Sage.
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A., & Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of Registered and Licensed Practical Nurses About the Importance of Families in Surgical Hospital Units. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355-375. doi: 10.1177/1074840714542875
- Bogenschneider, K., Young, R., Melli, M., & Fleming, M. (1993). Building policies that put families first: A Wisconsin perspective. Madison, WI.: School of Family Resources and Consumer Sciences. Retrieved from: https://wisfamilyimpact.org/wp-content/uploads/2014/09/s_wifis01report.pdf
- Broekema, S., Luttik, M. L. A., Steggerda, G. E., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2018). Measuring change in nurses' perceptions about family nursing competency following a 6-day educational intervention. *Journal of Family Nursing*, 24(4), 508-537. doi: 10.1177/1074840718812145
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge. Harvard University Press.
- Buchanan, T. M., McConnell, A. R. (2017). Family as a source of support under stress: Benefits of greater breadth of family inclusion. *Self and Identity*, 16(1), 97-122. doi: 10.1080/15298868.2016.1226194
- Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical education*, 46(3), 317-325. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x
- Câmara Municipal de Leiria (2021). *Estratégia Municipal de Saúde do Município de Leiria*. Câmara Municipal de Leiria. Retrieved from <https://www.cm-leiria.pt/areas-de-atividade/seguranca-e-saude/saude>
- Carr, A. (2016). The evolution of systems theory. In T. L. Sexton & J. Lebow (Eds.) *Handbook of family therapy* (pp. 13-29). New York. Routledge.
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of family nursing*, 16(4), 355-377. doi: 10.1177/1074840710383145
- Claxton, M., Onwumere, J., & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00371
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (Third Edition). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cranley, L. A., Lam, S. C., Brennenstuhl, S., Kabir, Z. N., Boström, A. M., Leung, A. Y. M., & Konradsen, H. (2021). Nurses' Attitudes Toward the Importance of Families in Nursing Care: A Multinational Comparative Study. *Journal of Family Nursing*. doi: 10.1177/107484072111042338
- Despacho n.º 11418/2017 dos Gabinetes do Ministro da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, da Ministra do Mar, dos Secretários de Estado dos Assuntos Fiscais, das Autarquias Locais, da Educação, Adjunto e da Saúde e Adjunto e do Comércio e das Secretárias de Estado da Indústria e do Turismo. *Diário da República n.º 249/2017, Série II de 2017-12-29, páginas 29595 - 29598*. Acedido a 21 mar. 2021. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11418-2017-114424591>
- Dewidar, O., Riddle, A., Ghogomu, E., Hossain, A., Arora, P., Bhutta, Z. A., ... & Wells, G. A. (2021). PRIME-IPD SERIES Part 1. The PRIME-IPD tool promoted verification and standardization of study datasets retrieved for IPD meta-analysis. *Journal of clinical epidemiology*, 136, 227-234. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.05.007

- Direção-Geral da Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais e Educadores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável. Eixos e Medidas [website]. Retrieved from <https://eipas.pt>
- Duhamel, F. (2021). Legitimizing: A Meaningful but Underappreciated and Underutilized Family Systems Nursing Intervention. *Journal of Family Nursing*, 27(2), 107-113. doi: 10.1177/1074840721995519
- Eddy, L., Bailey, A., & Doutrich, D. (2018). Families and community/public health nursing. In Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (p. 300). Philadelphia. FA Davis.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Family interviews as a method for family research. *Journal of Advanced Nursing*. 58(3), 282–292. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04238.x
- Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(4), 217–223. doi: 10.1016/j.aucc.2016.09.002
- Everitt, B. S., & Skrondal, A. (2010). *The Cambridge dictionary of statistics*. Cambridge University Press
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E., & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 422–432. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x
- Fergus, K. D., & Reid, D. W. (2002). Integrating constructivist and systemic metatheory in family therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 15(1), 41-63. doi: 10.1080/107205302753305719
- Fernandes, C. S., Magalhães, B., Silva, S., & Edra, B. (2021). (Re)‘Thinking’family in nursing care in pandemic times. *International Nursing Review*. doi: 10.1111/inr.12708
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Silva, M., & Guedes, V. S. (2021). Self-perception of nurses' competence in family assessment and intervention. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(3). doi: 10.17533/udea.iee.v39n3e13
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). Integrating the family into nursing care: nurses' and nursing students' perspectives. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. doi: 10.12707/RV20158
- Frost, J. (2019). *Regression Analysis. An intuitive guide for using and interpreting linear models*. Statistics By Jim Publishing.
- Gallant, M. H., Beaulieu, M. C., & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149–157. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x
- Gaugler, J. E., Potter, T., & Pruinelli, L. (2014). Partnering with caregivers. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 493–515. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.003
- Gordon, R. A. (2015). *Regression analysis for the social sciences*. New York. Routledge.
- Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family*. New York. Springer Publishing Company.
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T., & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 16(3), 256–266. doi: 10.1177/1474515116687178
- Gutiérrez-Alemán, T., Esandi, N., Pardavila-Belio, M. I., Pueyo-Garrigues, M., Canga-Armayor, N., Alfaro-Díaz, C., & Canga-Armayor, A. (2021). Effectiveness of Educational Programs for Clinical Competence in Family Nursing: A Systematic Review. *Journal of Family Nursing*, 27(4), 255-274. doi: 10.1177/10748407211038683

- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C. P., & Luttik, M. (2020). The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands. *Scandinavian journal of caring sciences*. Advance online publication. doi: 10.1111/scs.12939
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., Van Der Schans, C. P., Luttik, M. L., & Krijnen, W. P. (2018). Translation and psychometric evaluation of the Dutch families importance in nursing care: Nurses' attitudes scale based on the generalized partial credit model. *Journal of family nursing*, 24(4), 538-562. doi: 10.1177/1074840718810551
- Hallgrimsdottir, E. M. (2004). Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and emergency nursing*, 12(2), 114-120. doi: 10.1016/j.aaen.2004.01.004
- Harrell, F. E. (2015). *Regression modeling strategies: with applications to linear models, logistic and ordinal regression, and survival analysis* (Vol. 3). New York: Springer.
- Harris, G. L. (2019). *Selected Laboratory and Measurement Practices and Procedures to Support Basic Mass Calibrations*. National Institute of Standards and Technology. doi: 10.6028/NIST.IR.6969-2019
- Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 79(3), 136-148. doi: 10.1159/000286958
- Hayward, M. (1996). Is second order practice possible? *Journal of family therapy*, 18(3), 219-242. doi: 10.1111/j.1467-6427.1996.tb00046.x
- Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40. doi: 10.12707/RIV19077
- Henry B. J. (2014). Nursing burnout interventions: what is being done?. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(2), 211-214. doi: 10.1188/14.CJON.211-214
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 67-75. doi: 10.1016/j.iccn.2017.08.008
- Higgins, J. P. T., Li, T., Deeks, J. J. (2021). Chapter 6: Choosing effect measures and computing estimates of effect. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page & V. A. Welch (Eds.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2* (updated February 2021). Cochrane, 2021. Retrieved from <https://www.training.cochrane.org/handbook>
- Hill, C., Knafel, K. A., & Santacroce, S. J. (2018). Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *Journal of pediatric nursing*, 41, 22-33. doi: 10.1016/j.pedn.2017.11.007
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., & Taylor, R. (2020). Contesting the term 'compassion fatigue': Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian*, 27(2), 232-237. doi: 10.1016/j.collegn.2019.07.001
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-221. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hoplock, L., Lobchuk, M., Dryburgh, L., Shead, N., & Ahmed, R. (2019). Canadian hospital and home visiting nurses' attitudes toward families in transitional care: A descriptive comparative study. *Journal of family nursing*, 25(3), 370-394. doi: 10.1177/1074840719863499
- Hsu, C., Gray, M. F., Murray, L., Abraham, M., Nickel, W., Sweeney, J. M., ... & Reid, R. J. (2019). Actions and processes that patients, family members, and physicians associate with patient- and family-centered care. *BMC family practice*, 20(1), 35. doi: 10.1186/s12875-019-0918-7

- Im, E. O. (2014). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work*. pp. 378-395. New York. Springer Publishing Company.
- Im, E. O. (2018). Theory of transitions In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.). *Middle range theory for nursing*, pp. 265-287. New York. Springer Publishing Company.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2016) *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care in Primary Care and Other Ambulatory Settings: How to Get Started*. Bethesda. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Retrieved from <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Causas de Morte – 2019 (Dados Provisórios)*. Destaque: Informação à comunicação social. Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from <http://ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2022, mar. 11). *Censos 2021 – Resultados Provisórios* [website]. Retrieved from https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *IFNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies>
- Jang, H.-Y. (2020). Partnership between staff and family in long-term care facility: a hybrid concept analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1801179. doi: 10.1080/17482631.2020.1801179
- Joronen, K. & Rantanen, A. (2014). Family Life Cycle Stages. In A. C. Michalos (Ed.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. pp. 2186-2188. New York and London. Springer.
- Kaakinen, J. R. (2018a). Theoretical Foundations for the Nursing of Families In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele & M. Robinson (Eds.). *Family health care nursing: theory, practice, and research*. 6th Edition. Philadelphia. FA Davis.
- Kaakinen, J. R. (2018b). Family Nursing Assessment and Intervention In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (p. 146). Philadelphia. FA Davis.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). Preface. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia. FA Davis.
- Kim-Godwin, Y., & Robinson, M. (2018). Family Health Promotion. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (p. 146). Philadelphia. FA Davis.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(6), 873-879. doi: 10.1093/scan/nst060
- Konradsdottir, E., & Svavarsdottir, E. K. (2011). How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes?. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(4), 295-304. doi: 10.1111/j.1744-6155.2011.00297.x
- Konrath, S. H., Chopik, W. J., Hsing, C. K., & O'Brien, E. (2014). Changes in adult attachment styles in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 326-348. doi: 10.1177/1088868314530516
- Krishnamurthi, R. V., Ikeda, T., & Feigin, V. L. (2020). Supplementary material for: Global, regional and countryspecific burden of ischaemic stroke, intracerebral haemorrhage and subarachnoid haemorrhage: a systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Neuroepidemiology*, 54(2), 171-179. Retrieved from doi: 10.6084/m9.figshare.11876493.v1
- Laerd Statistics (2015). *Multiple regression using SPSS Statistics*. Statistical tutorials and software guides. Retrieved from <https://statistics.laerd.com/>
- Lewis-Beck, M. S., & Skalaban, A. (1990). The R-Squared: Some Straight Talk. *Political Analysis*, 2(1), 153–171. doi: 10.1093/pan/2.1.153

- Li, H., Melnyk, B. M., McCann, R., Chatcheydang, J., Koulouglioti, C., Nichols, L. W., ... Ghassemi, A. (2003). Creating avenues for relative empowerment (CARE): A pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Research in Nursing & Health*, 26(4), 284–299. doi: 10.1002/nur.10091
- Lietz, C. A. (2006). Uncovering Stories of Family Resilience: A Mixed Methods Study of Resilient Families, Part 1. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87(4), 575–582. doi: 10.1606/1044-3894.3573
- Lindhardt, T., Nyberg, P., & Hallberg, I. R. (2008). Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(4), 507-519. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00558.x
- Linnarsson, J. R., Benzein, E., & Årestedt, K. (2015). Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 266-274. doi: 10.1111/jocn.12638
- Lloyd B, Elkins M, Innes L. (2018). Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Patient Experience Journal*. 5(3):55-64. doi: 10.35680/2372-0247.1270
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R., ... & Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) research group (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 16(4), 299–308. doi: 10.1177/1474515116663143
- Mason, T. M., Reich, R. R., Musgrove, R., Whiting, J., & Fusilero, J. (2021). Nurse Attitudes: A Descriptive Study of Families' Importance in Inpatient Nursing Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(5), 563-570. doi: 10.1188/21.CJON.563-570
- Maturana, H. R. (1988). Reality: The Search for Objectivity or the Quest for a Compelling Argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 25–82. doi: 10.1080/03033910.1988.10557705
- Maturana, H.R., & Varela, F. (1992). *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. Boston: Shambhala Publications.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 169–188). Jossey-Bass.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., ... & ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(36), 3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368
- McGoldrick, M., Preto, N. G. & Carter, B. (2016). *The Expanding Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives*. Boston. Pearson.
- McGrath S., Zhao X., Steele R., Thombs B.D., Benedetti A., & the DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration (2020). Estimating the sample mean and standard deviation from commonly reported quantiles in meta-analysis. *Statistical Methods in Medical Research*, 29(9), 2520–2537. doi: 10.1177/0962280219889080
- Ministério da Saúde (2020). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude>
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge. Harvard University Press.
- Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundquist, L. O., Gonzalez, M. T., & Schröder, A. (2020). The relationships between health professionals' perceived quality of care, family involvement and sense of coherence in

- community mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-10. doi: 10.1080/01612840.2020.1820119
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., ... & Mu, P. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Eds.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Retrieved from <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Naef, R., Schmid-Mohler, G., & Ernst, J. (2020). Psychometric evaluation of the German version of the instrument: Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 328–339. doi: 10.1111/scs.12924
- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, 11(1), 51-62. doi: 10.1007/s12671-018-0896-1
- Nayeri, N. D., Gholizadeh, L., Mohammadi, E., & Yazdi, K. (2013). Family Involvement in the Care of Hospitalized Elderly Patients. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 779–796. doi: 10.1177/0733464813483211
- Nelson, T. S. (2019). *Solution-focused brief therapy with families*. New York. Routledge.
- Newman, M. C., Lawless, J. J., & Gelo, F. (2007). Family-oriented patient care. *American family physician*, 75(9), 1306-1310. Retrieved from: <https://www.aafp.org/afp/2007/0501/p1306.html>
- Nichols, M. P., & Davis, S. (2017). *Family therapy: Concepts and methods Eleventh Edition*. Boston. Pearson.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory 3rd edition*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, P. C. M. O., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S., Figueiredo, M. H. J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. 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. doi: 10.1590/S0080-62342011000600008
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva (Switzerland): WHO Press. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Østergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., ... & Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 29(7-8), 1290-1301. doi: 10.1111/jocn.15196
- Pagé, M. G., Kudrina, I., Zomahoun, H., Croteau, J., Ziegler, D., Ngangue, P., ... & Clarke, H. (2020). A Systematic Review of the Relative Frequency and Risk Factors for Prolonged Opioid Prescription Following Surgery and Trauma Among Adults. *Annals of surgery*, 271(5), 845–854. doi: 10.1097/SLA.0000000000003403
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice - seventh edition*. Boston. Pearson.
- Pituch, K. A., & Stevens, J. P. (2015). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS. Sixth Edition*. New York. Routledge.
- Powell, B. (2017). Changing counts, counting change: Toward a more inclusive definition of family. *Journal of the Indiana Academy of the Social Sciences*, 17(1), 2. Retrieved from: <https://digitalcommons.butler.edu/jiass/vol17/iss1/2>
- Proulx, J. (2008). Some differences between Maturana and Varela's theory of cognition and constructivism. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*, 5(1). doi: 10.29173/cmplct8778

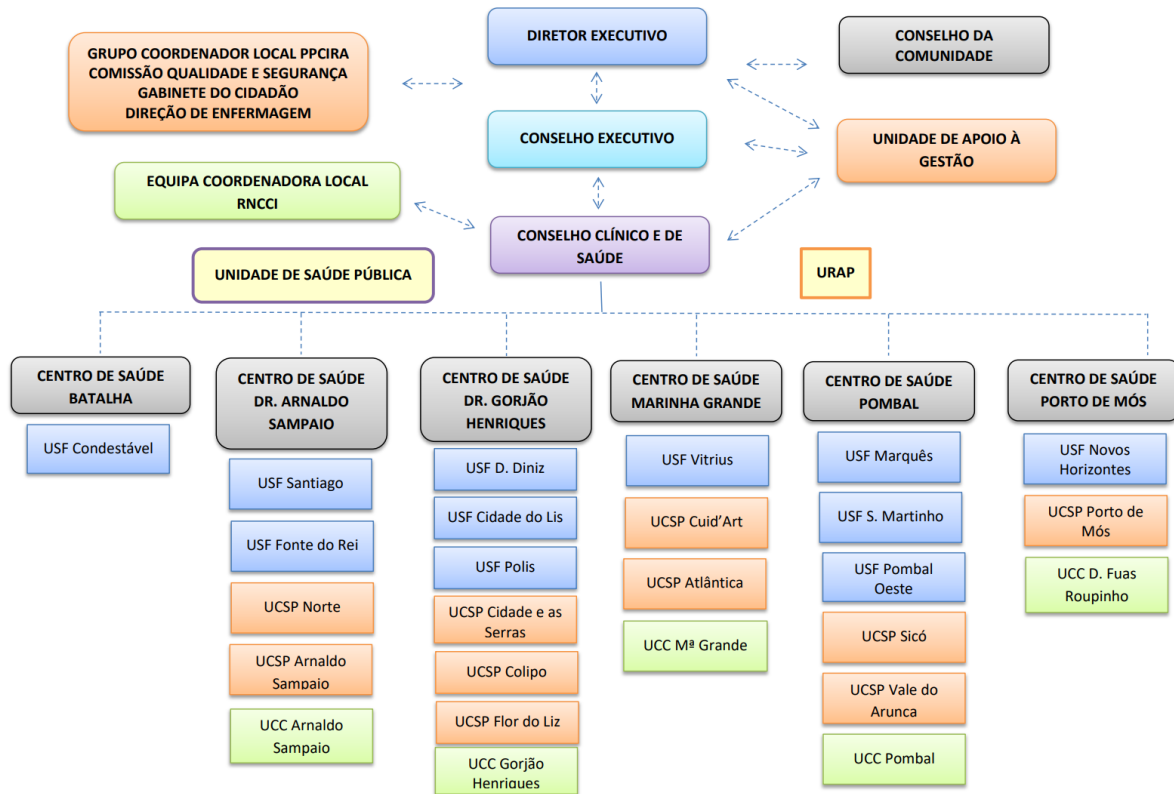
- Pufulete, M., Higgins, J., Rogers, C. A., Dreyer, L., Hollingworth, W., Dayer, M., ... & Reeves, B. C. (2014). Protocol for a systematic review and individual participant data meta-analysis of B-type natriuretic peptide-guided therapy for heart failure. *Systematic reviews*, 3(1), 1-8. doi: 10.1186/2046-4053-3-41
- Rahe, R. H., Mahan, J. L., & Arthur, R. J. (1970). Prediction of near-future health change from subjects' preceding life changes. *Journal of Psychosomatic Research*, 14(4), 401-406 doi: 10.1016/0022-3999(70)90008-5
- Redmond, M., & Martin, B. (2021). All in the (Definition of) Family: Transnational Parent-Child Relationships, Rights to Family Life, and Canadian Immigration Law. *Journal of Family Issues*. doi: 10.1177/0192513X211054461
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, pp. 4744 - 4750. Acedido a 29 set. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*, páginas 128 - 155. Acedido a 29 set. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*, páginas 19354 - 19359. Acedido a 29 set. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.
- Robinson, C. A., Steele, R., Widger, K. A., & Robinson, M. (2018). Families in Palliative and End-of-Life Care. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (p. 300). Philadelphia. FA Davis.
- Russell, L. T. (2020). Capturing Family Complexity in Family Nursing Research and Practice. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 287-293. doi: 10.1177/1074840720965396
- Sakraida, T. J. (2014). Nola J. Pender: Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work - eighth edition*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Saveman, B.-I. (2010). Family nursing research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 26-44. doi: 10.1177/1074840709360314
- Saveman, B.-I., Benzein, E. G., Engström, Å. H., & Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312-329. doi: 10.1177/1074840711415074
- Schielzeth, H. (2010). Simple means to improve the interpretability of regression coefficients. *Methods in Ecology and Evolution*, 1(2), 103-113. doi: 10.1111/j.2041-210X.2010.00012.x
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia. FA Davis.
- Sigurdardottir, A. O., Svavarsdottir, E. K., & Juliusdottir, S. (2015). Family nursing hospital training and the outcome on job demands, control and support. *Nurse Education Today*, 35(7), 854-858. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.003
- Silva, M. A. N. C. G. M. 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*, 3(11), 19-28. doi: 10.12707/R1113105
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*, 6(6), 1231-9.
- Smith, P. S., & Robinson, M. (2018). Family Nursing in Acute Care Adult Settings. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (p. 454). Philadelphia. FA Davis.
- Söderström, I.-M., Benzein, E., & Saveman, B.-I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x

- Sousa, H., Ribeiro, O., Afreixo, V., Costa, E., Paúl, C., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2021). "Should WE Stand Together?": A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of family-based interventions for adults with chronic physical diseases. *Family Process*. doi: 10.1111/famp.12707
- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 26, 649-659. doi: 10.5123/S1679-49742017000300022
- SPMS (2021a, set. 28). MIM@UF - Indicadores por lista de utentes de médico (referente a julho de 2021). Não publicado. Acedido localmente.
- SPMS (2021b, out. 21). MIM@UF - Inscritos > Sexo, Grupo Etário e Médico Família (referente a outubro de 2021). Não publicado. Acedido localmente.
- SPMS (2021c, out. 21). MIM@UF - Top Problemas > UF e Médico (referente a outubro de 2021). Não publicado. Acedido localmente.
- SPMS (2022a, mar. 11). USF Fonte do Rei [website]. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101092/Paginas/default.aspx>
- SPMS (2022b, mar. 11). IDG UF: Visão Indicadores. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- SPMS (2022c, mar. 11). Organograma ACES PL 2020. SPMS. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/Organograma%20ACES%20PL%202020.pdf>
- Stych, M. (2021). The Definition of Family in International and EU Law. *MEST Journal*. 9(1). pp. 192-198. doi: 10.12709/mest.09.09.01.22
- Svavarsdottir, E. K., & Sigurdardottir, A. O. (2013). Benefits of a brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents in active cancer treatment. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 40, No. 5, p. E346). Oncology Nursing Society. doi: 10.1188/13.ONF.E346-E357
- Sveinbjarnardottir, E. K., & Svavarsdottir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 126–132. doi: 10.1111/ppc.12329
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Saveman, B.-I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 895–903. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01744.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S (2019). *Using multivariate statistics*. Seventh Edition. Boston, MA: Pearson.
- Thirsk, L. M., & Schick-Makaroff, K. (2021). Family interventions for adults living with type 2 diabetes mellitus: A qualitative meta-synthesis. *Patient education and counseling*, 104(12), 2890–2899. doi: 10.1016/j.pec.2021.04.037
- Tomm, K. (2014). Introducing the IPscope: A Systemic Assessment Tool for Distinguishing Interpersonal Patterns In K. Tomm, S. S. George, D. Wulff & T. Strong (Eds.) *Patterns in Interpersonal Interactions Inviting Relational Understandings for Therapeutic Change*. pp. 13- 35. New York and London. Routledge.
- USF Fonte do Rei (2018). Plano de Ação da Unidade de Saúde Familiar Fonte do Rei, Modelo A. (não publicado)
- USF Fonte do Rei (2019). Manual do Aluno de Medicina e de Enfermagem da USF Fonte do Rei. (não publicado)
- Utleigh-Smith, Q., Colón-Emeric, C. S., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., ... & Anderson, R. A. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 168-177. doi: 10.1016/j.jaging.2007.11.003
- Varela, F. J., & Poerksen, B. (2006). Truth Is What Works: Francisco J. Varela on Cognitive Science, Buddhism, the Inseparability of Subject and Object, and the Exaggerations of Constructivism--A Conversation. *The Journal of Aesthetic Education*, 40(1), 35–53. doi: 10.1353/jae.2006.0012
- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.*, 18(3), 235-240.

- Voltelen, B., Konradsen, H., & Østergaard, B. (2016). Family nursing therapeutic conversations in heart failure outpatient clinics in Denmark: Nurses' experiences. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 172-198. doi: 10.1177/1074840716643879
- Watson, W. H. (2012). Family Systems In V. S. Ramachandran (Ed.) *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Edition. Volume 2. Oxford: Academic Press.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York. WW Norton & Company.
- Wei, R., Ji, H., Li, J., & Zhang, L. (2017). Active Intervention Can Decrease Burnout In ED Nurses. *Journal of emergency nursing*, 43(2), 145–149. doi: 10.1016/j.jen.2016.07.011
- White, D. L., & Cartwright, J. C. (2018). Family Health in Mid- and Later Life. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson, (Eds.). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (pp. 474-475). Philadelphia. FA Davis.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia. F.A. Davis.
- Wright, L. M., & Levac, A. M. (1992). The non-existence of non-compliant families: the influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 913-917. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb02018.x
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E. Jr., Drazner, M. H., ... & Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;128:e240–e327. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829e8776
- Yaphe, J. (2018). Is the Family APGAR dead? A reappraisal of family assessment tools in Portugal. *Atención Familiar*, 25(4), 160-161. doi: 10.32385/rpmgf.v29i1.1142
- Yoo, S. Y., & Cho, H. (2020). Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5452. doi: 10.3390/ijerph17155452

ANEXOS

Anexo 1 - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral



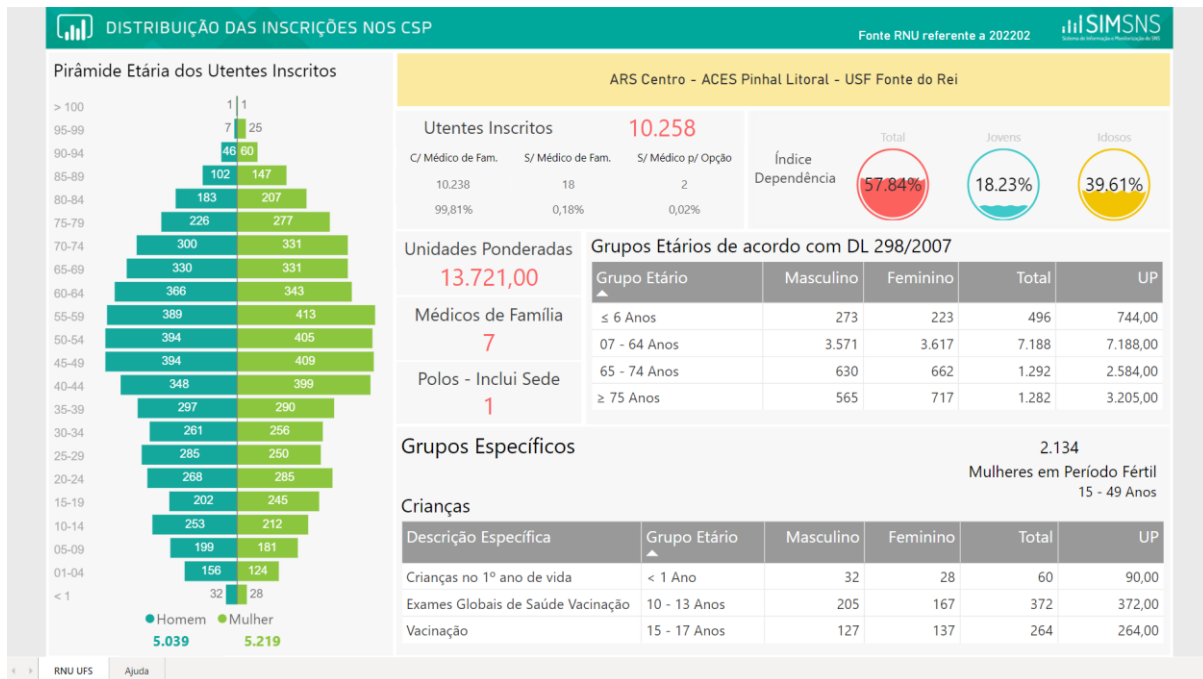
Fonte: *Print screen* de SPMS (2022c, mar. 11). Organograma ACES PL 2020. SPMS. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/Organograma%20ACES%20PL%202020.pdf>

Anexo 2 - Representação geográfica da freguesia de Maceira e zonas limítrofes



Fonte: *Print screen* de Junta de Freguesia de Maceira (2022, mar. 11). Caracterização [website]. Retrieved from <http://www.freguesiademaceira.pt/caracterizacao>

Anexo 3 – Dados demográficos da população abrangida pela USF Fonte do Rei, referente a fevereiro de 2022



Fonte: Print screen de SPMS (2022, mar. 11). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/>

Anexo 4 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global de 2020 e 2021

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score da dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

Fonte:

Print screen de ACSS (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários – Biénio 2020/2021. Versão atualizada a 01.03.2021. Retrieved from: <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/>

Anexo 5 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global de 2020 e 2021

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
343	Proporção de chamadas telefónicas atendidas	Acesso Atendimento Telefónico
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referenciações devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso Consulta no Próprio Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
413	Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica

Fonte:

Print screen de ACSS (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários – Biénio 2020/2021. Versão atualizada a 01.03.2021. Retrieved from: <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/>

Anexo 6 - Tabela do Índice de Desempenho Global

Tabela do Índice de Desempenho Global

1 — A tabela descritiva do Índice de Desempenho Global (IDG), dos Índices de Desempenho Sectoriais (IDS), nas suas diferentes áreas e dimensões, bem como as respetivas ponderações, é a seguinte:

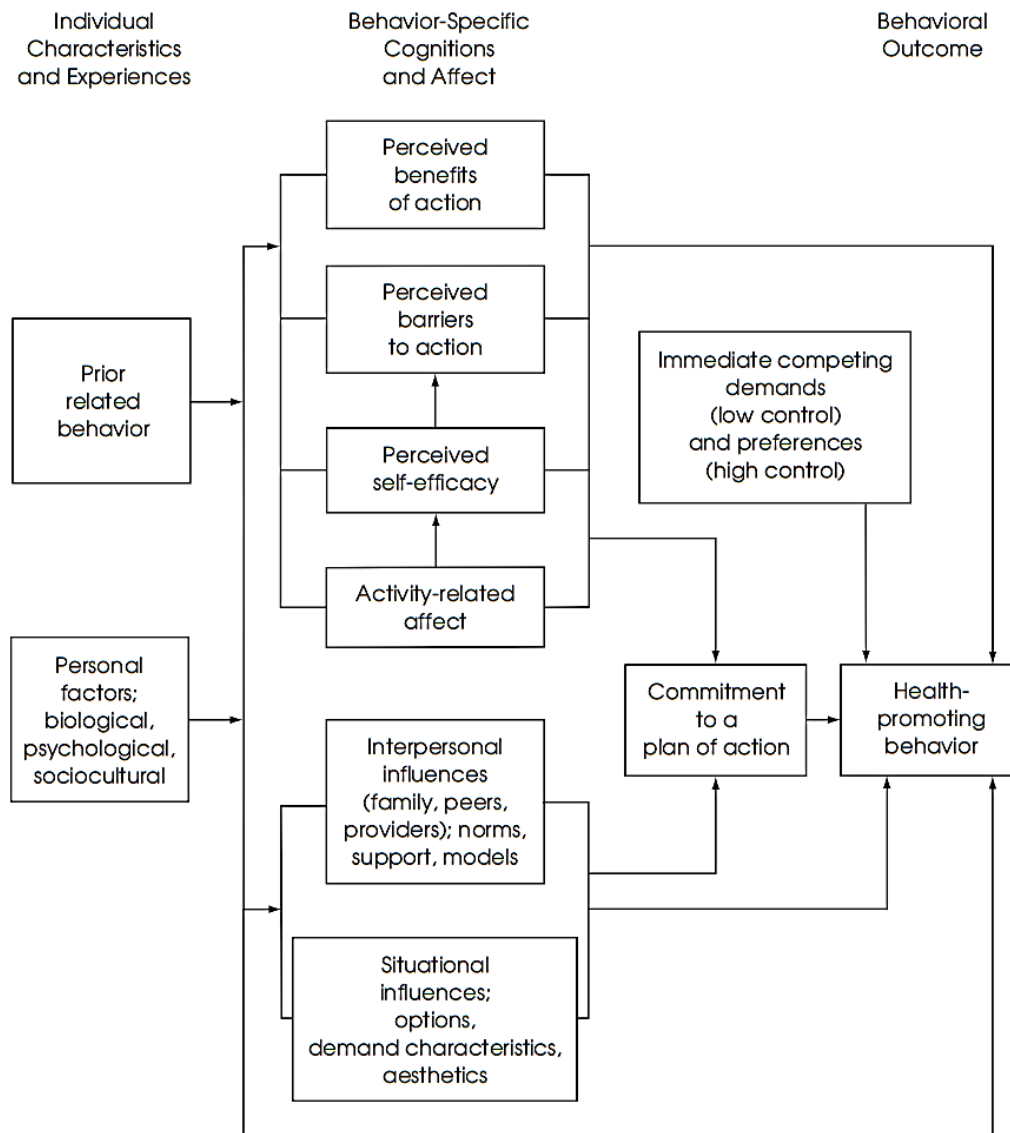
Índice Desempenho Global (USF e UCSP)

IDG Global	IDG Setoriais		Dimensões/componentes
	Área	Subárea	
IDG (100)	Desempenho (100x0.5)	Acesso (100x0.2) Qualificação do Acesso	Cobertura (100x0.1)
			Personalização (100x0.1)
			Atendimento Telefónico (100x0.1)
			TMRG (100x0.4)
			Consulta no dia (100x0.1)
			Trajetos (100x0.1)
		Gestão da Saúde (100x0.2) Gestão de percurso/Plano de Cuidados Resultados na prevenção e promoção da saúde	Saúde Infantil (100x0.25)
			Saúde da Mulher (100x0.25)
			Saúde do Adulto (100x0.25)
			Saúde do Idoso (100x0.25)
		Gestão da Doença (100x0.2) Gestão de percurso/Plano de Cuidados Resultados na gestão da doença aguda e crónica	Pelo menos 4 processos assistenciais integrados dos predefinidos, dos quais 2 são nacionais. Cada processo assistencial integrado (100x0.25)
			Qualificação da Prescrição (100x0.2) Adequação técnica científica, Efetividade, Eficiência
		Satisfação (100x0.2) Grau de satisfação dos utentes	Prescrição Farmacoterapêutica (100x0.0.5)
			Prescrição de MCDT (100x0.0.3)
			Prescrição de Cuidados (100x0.0.2)
	Serviços (100x0.1)	Satisfação Utentes (Europep)	
		Assistenciais (100x0,0.8)	
	Qualidade Organizacional (100x0.2)	Não Assistenciais (100x0.2)	
		Melhoria. Contínua (100x0.4)	Acesso (100x0.25)
			Processos Assistenciais Integrados (100x0.75)
Segurança (100x0.4)		Utentes (100x0.4)	
		Profissionais (100x0.3)	
Formação (100x0.1)	Centralidade Cidadão (100x0.2)		
	Interna (100x0.8) Para os profissionais da UF	Equipa multiprofissional (100x0,5)	
		Externa (100x0.2)	Internos/Alunos (100x0.5)
Atividade Científica (100x0.1)	Artigos, Comunicações, Conferências (100x0.5)	UF e ou seus profissionais como formadores externos	
	Trabalho de Investigação (100x0.5)		

Fonte:

Print screen de Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho. Ministérios das Finanças e da Saúde. Diário da República n.º 138/2017, Série I. Acedido a 11 mar. 2022. Disponível em <https://dre.pt/>

Anexo 7 – Modelo de Promoção da Saúde (revisto)



Fonte: Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice - seventh edition. Boston. Pearson.

Anexo 8 – Escala de Graffar adaptada

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência

Anexo 9 – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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
TOTAL		65

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.

Fonte: Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência.

Anexo 10 – APGAR familiar de Smilkstein

Sra. 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 actividades 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:	3		

Sr. J.

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
6. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		X	
7. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
8. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
9. 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	
10. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	6		

Pontuação:

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Fonte: Adaptado de Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência.

Anexo 11 – FACES II

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

	1	2	3	4	5
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.		X			
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				X	
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				X	
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			X		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				X	
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.		X			
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.		X			
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			

• Coesão: $36 - (\sum \text{itens } 3,9,15,19,25,29) + (\sum \text{itens } 1,5,7,11,13,17,21,23,27,30) = 36 - 13 + 38 = 61$

Pontuação coesão = 5 (família ligada)

• Adaptabilidade: $12 - (\sum \text{itens } 24 \text{ e } 28) + (\sum \text{itens } 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,26) = 12 - 4 + 38 = 46$

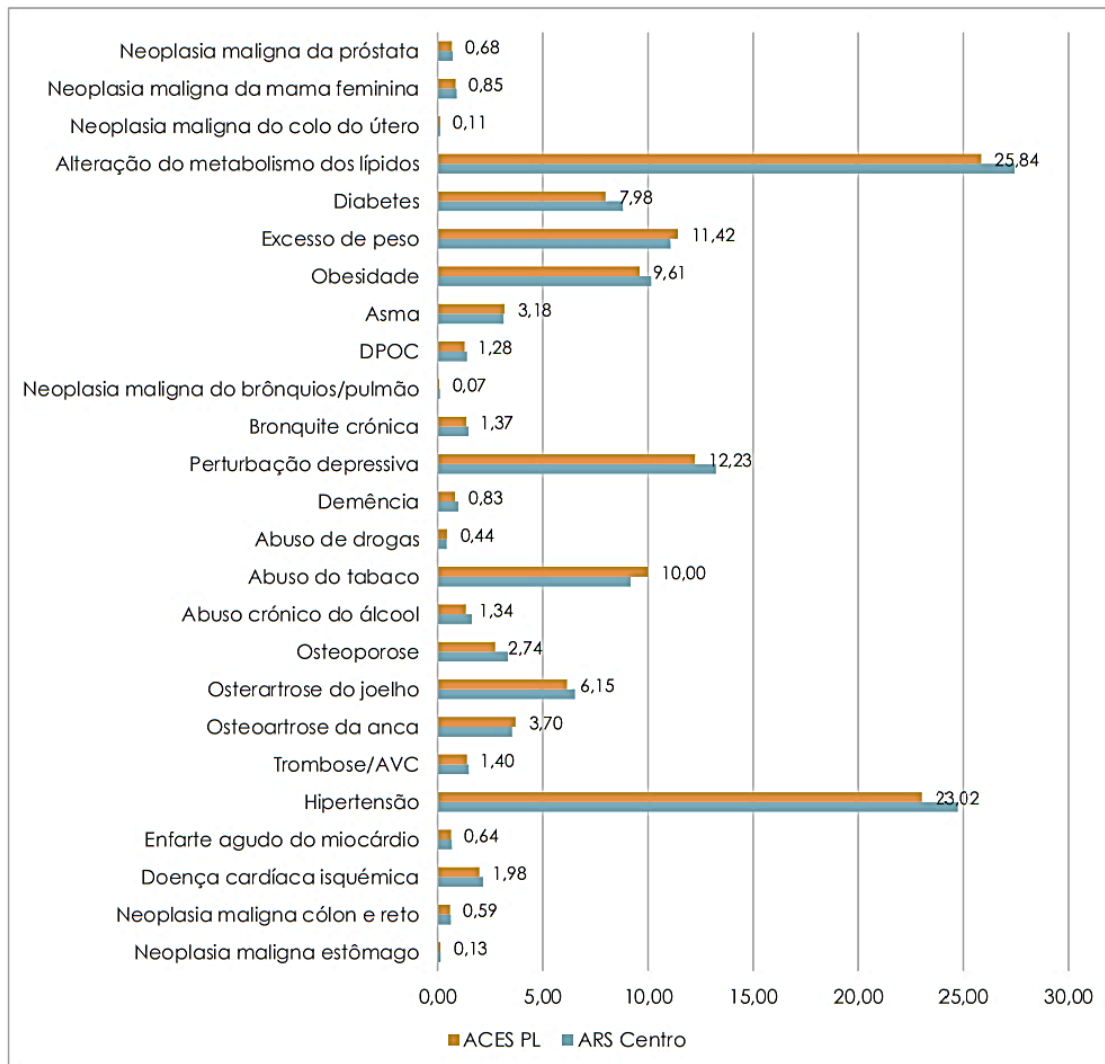
Pontuação adaptabilidade = 5 (família flexível)

• Tipo de família: $(\text{pontuação coesão} + \text{pontuação adaptabilidade}) / 2 = (5 + 5) / 2 = 5$

(família moderadamente equilibrada)

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: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2866>

Anexo 12 – Principais diagnósticos de morbilidade em percentagem de utentes inscritos no ACES Pinhal Litoral em 2018



Fonte: *Print screen* de ACES Pinhal Litoral (2019). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral – 2018-2020. Revisão de novembro de 2019. Retrieved from <https://pns.dgs.pt/planos-locais-de-saude/>

Anexo 13 – Resultados de pesquisa através da EBSCOhost

Observação: Itens duplicados removidos da lista de resultados.

1. **Integrating the family into nursing care: nurses' and nursing students' perspectives.**

(includes abstract) da Graça Frade, João Manuel; Graça Henriques, Carolina Miguel; Graça Frade, Maria de Fátima Revista de **Enfermagem** Referência, Jul-Sep2021; (7): 1-8. 15p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0874-0283, Base de dados: CINAHL Complete

Background: Integrating **families** into **nursing care** allows promoting, maintaining, and restoring their health. Objectives: To identify and describe **nurses'** and **nursing** students' perspectives of th...

Assuntos: **Nursing Care**; Family Centered **Care**; Professional-Family Relations; **Nurse Attitudes** Evaluation; Students, **Nursing**; Student **Attitudes** Evaluation; Health **Care** Delivery, Integrated Methods; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Male; Female

 [Open Access](#)

2. **The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands.**

(includes abstract) Hagedoorn, Ellen I.; Paans, Wolter; Jaarsma, Tiny; Keers, Joost C.; van der Schans, Cees P.; Luttkik, Marie Louise A. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Dec2021; 35(4): 1207-1215. 9p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0283-9318, Base de dados: CINAHL Complete

Introduction: Positive **attitudes** towards family involvement in **nursing care** are essential for improving the involvement of and collaboration with patients' **families**. The aim of this study is to e...

Assuntos: **Nursing Care**; **Nurse Attitudes** Netherlands; Family; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Male; Female

 [Open Access](#)

3. **Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study.**

(includes abstract) Østergaard, Birte; Clausen, Anne M.; Agerskov, Hanne; Brødsgaard, Anne; Dieperink, Karin B.; Funderskov, Karen F.; Nielsen, Dorthe; Sorknæs, Anne D.; Voltelen, Barbara; Konradsen, Hanne *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), Apr2020; 29(7/8): 1290-1301. 12p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0962-1067, Base de dados: CINAHL Complete

Aims and objectives: To investigate **attitudes** towards family involvement in **care** among a broad sample of Danish **nurses** from all sectors and healthcare settings. Background: Evidence suggests that...

Assuntos: **Nurse Attitudes** Denmark; Family; Professional-Family Relations; **Nursing Care**; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Aged: 65+ years; Female; Male

 [Open Access](#)

4. **Attitudes of nurses towards family involvement in the care of patients with cardiovascular diseases.**

(includes abstract) Luttik, M. L. A.; Goossens, E.; Ågren, S.; Jaarsma, T.; Mårtensson, J.; Thompson, D. R.; Moons, P.; Strömberg, A. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Apr2017; 16(4): 299-308. 10p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1474-5151, Base de dados: CINAHL Complete

Introduction: There is increasing evidence supporting the relationship between family support and patient outcomes. Therefore, involving **families** in the **care** of cardiovascular patients is expected...

Assuntos: Cardiovascular Diseases Therapy; **Nurse Attitudes**; Family Centered **Care**; Cardiovascular **Nursing**; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Female

5. **Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care.**

(includes abstract) Gusdal, Annelie K.; Martin, Lene; Josefsson, Karin; Thors Adolfsson, Eva *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Mar2017; 16(3): 256-266. 11p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1474-5151, Base de dados: CINAHL Complete


Background: Support from the family positively affects self-management, patient outcomes and the incidence of hospitalizations among patients with heart failure. To involve family members in heart...

Assuntos: **Nurse Attitudes**; Heart Failure **Nursing**; Professional-Family Relations; Patient-Family Relations; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Male; Female



 [Open Access](#)

6. **Nurse anesthetist attitudes** towards parental presence during anesthesia induction- a nationwide survey.

(English) ; Abstract available. By: Andersson L; Almerud Österberg S; Årestedt K; Johansson P, Journal of advanced **nursing** [J Adv Nurs], ISSN: 1365-2648, 2021 Aug 30; Publisher: Blackwell Scientific Publications; PMID: 34462946, Base de dados: MEDLINE Complete

 Ahead of Print

To describe **nurse** anesthetists' **attitudes** towards the **importance** of parental presence during their child's anaesthesia induction and to explore associating factors.

 Ahead of Print  **Open Access**

7. **The Relationships between Health Professionals' Perceived Quality of Care, Family Involvement and Sense of Coherence in Community Mental Health Services.**

(includes abstract) Moen, Øyfrid Larsen; Skundberg-Kletthagen, Hege; Lundquist, Lars-Olov; Gonzalez, Marianne Thorsen; Schröder, Agneta Issues in Mental Health **Nursing**, Jun2021; 42(6): 581-590. 10p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0161-2840, Base de dados: CINAHL Complete

Mental health professionals have a responsibility to ensure the best possible quality of **care**. Family is strongly involved in the patient's everyday life. The aim of this study was to investigate...

Assuntos: Mental Health Personnel Psychosocial Factors; **Attitude** of Health Personnel; Quality of Health **Care**; Family Centered **Care**; Self Concept; Community Mental Health Services; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Aged: 65+ years; Male; Female

 **Open Access**

8. **Person-environment fit and medical professionals' job satisfaction, turnover intention, and professional efficacy: A cross-sectional study in Shanghai.**

(English) ; Abstract available. By: Xiao Y; Dong M; Shi C; Zeng W; Shao Z; Xie H; Li G, PLoS one [PLoS One], ISSN: 1932-6203, 2021 Apr 27; Vol. 16 (4), pp. e0250693; Publisher: Public Library of Science; PMID: 33905430, Base de dados: MEDLINE Complete

Using the person-environment (PE) fit theory, this study aims to explore factors affecting medical professionals' job satisfaction, turnover intention, and professional efficacy, and to examine i...

Assuntos: China; Health Personnel psychology; Job Satisfaction; Personnel Turnover; Adult; Burnout, Professional; China; Cross-Sectional Studies; Female; Health Surveys; Humans; Male; Middle Aged; Physicians psychology; Professional Practice

[Texto completo em PDF](#)

9. **Selected predictors of parental satisfaction with child nursing care in paediatric wards in Poland-Cross-sectional study.**

(English) ; Abstract available. By: Kruszecka-Krówka A; Cepuch G; Gniadek A; Smoleń E; Piskorz-Ogórek K; Micek A, PLoS one [PLoS One], ISSN: 1932-6203, 2021 Nov 19; Vol. 16 (11), pp. e0260504; Publisher: Public Library of Science; PMID: 34797888, Base de dados: MEDLINE Complete

Assessment of parental satisfaction with child **nursing** is the key issue in evaluation of the **care** quality, enabling the adjustment of the services provided to the needs and expectations of recipi...

Assuntos: Poland; Child **Care** psychology; Child **Care** statistics & numerical data; Child, Hospitalized statistics & numerical data; **Nursing Care** psychology; **Nursing Care** statistics & numerical data; Adult; Child; Child Health statistics & numerical data; Cross-Sectional Studies; Empathy physiology; Family psychology; Hospitals statistics & numerical data; Humans; Male; Parents psychology; Personal Satisfaction; Poland; Quality of Health **Care** statistics & numerical data; Surveys and Questionnaires

[Texto completo em PDF](#)

10. Caregiver Burden and Spiritual Well-being in Caregivers of Hemodialysis Patients.

(English) ; Abstract available. By: Rafati F; Mashayekhi F; Dastyar N, Journal of religion and health [J Relig Health], ISSN: 1573-6571, 2020 Dec; Vol. 59 (6), pp. 3084-3096; Publisher: Springer; PMID: 31650381, Base de dados: MEDLINE Complete

The number of hemodialysis patients is increasing worldwide, and the caregivers of these patients experience a great burden. This study was conducted to examine the relationship between caregiver...

Assuntos: Iran; Caregiver Burden psychology; Caregivers psychology; Cost of Illness; Kidney Failure, Chronic therapy; Quality of Life psychology; Renal Dialysis psychology; Spirituality; Adult; Female; Humans; Iran; Kidney Failure, Chronic psychology; Male; Middle Aged

[Mostrar todas as 5 imagens](#)

Table 1	Table 2	Table 3
Table 1: Demographic characteristics of caregivers and patients.	Table 2: Correlation between caregiver burden and spiritual well-being.	Table 3: Regression analysis of factors associated with caregiver burden.

[Texto completo em HTML](#) [Texto completo em PDF](#)


11. Factors Associated With Primary Family Caregivers' Perceptions on Quality of Family-Centered Care in Mental Health Practice.


(includes abstract) Hsiao, Chiu-Yueh; Lu, Huei-Lan; Tsai, Yun-Fang Journal of **Nursing** Scholarship, Nov2019; 51(6): 680-688. 9p. (Article - research) ISSN: 1527-6546, Base de dados: CINAHL Complete

Purpose: This study aimed to examine the quality of family-centered **care** perceived by primary family caregivers and its influencing factors in mental healthcare practice. Design: A cross-sectiona...

Assuntos: Caregivers Psychosocial Factors; Quality of Health **Care**; Family Centered **Care**; Mental Health Services; Female; Male

Anexo 14 – Resultados de pesquisa através da B-ON

 biblioteca do conhecimento online

Serviço de Pesquisa 

Olá, está como anônimo, registre-se para acesso.

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

1. Integrating the family into nursing care: nurses' and nursing students' perspectives.

Integración de la familia en los cuidados de enfermería: perspectiva de los enfermeros y los estudiantes de enfermería. / A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. By: da Graça Frade, João Manuel; Graça Henriques, Carolina Miguel; Graça Frade, Maria de Fátima. Revista de Enfermagem Referência. Jul-Sep2021, Issue 7, p1-8. 15p. DOI: 10.12707/RV20158. , Base de dados: Academic Search Complete


Assuntos: INFERENCE statistics; MATHEMATICAL statistics; STATISTICS; **NURSING**; **NURSES' attitudes**; PARAMETERS (Statistics); ANALYSIS of variance; CROSS-sectional method; MULTIPLE regression analysis; MEDICAL personnel; FAMILY-centered care; PATIENTS' families; T-test (Statistics); RESEARCH funding; HOSPITAL nursing staff; DESCRIPTIVE statistics; **NURSING** students; STUDENT attitudes; INTEGRATED health care delivery; STATISTICAL correlation; DATA analysis software; DATA analysis

[Texto Integral em PDF \(1.4MB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

2. Nurses' Attitudes Toward the Importance of Families in Nursing Care: A Multinational Comparative Study.

By: Cranley, Lisa A.; Lam, Simon Ching; Brennenstuhl, Sarah; Kabir, Zarina Nahar; Boström, Anne-Marie; Leung, Angela Yee Man; Konradsen, Hanne. Journal of Family Nursing. Feb2022, Vol. 28 Issue 1, p69-82. 14p. DOI: 10.1177/10748407211042338. , Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: STATISTICS; **NURSES' attitudes**; **NURSING**; ANALYSIS of variance; CROSS-sectional method; MULTIPLE regression analysis; AGE distribution; MEDICAL personnel; FAMILY roles; FAMILY-centered care; COMPARATIVE studies; SEX distribution; **NURSING** -- Practice; PATIENTS' families; QUESTIONNAIRES; **NURSES**; CHI-squared test; STATISTICAL sampling; STATISTICAL correlation; DATA analysis software; DATA analysis; SWEDEN; ONTARIO; HONG Kong (China); CHINA; Marketing Research and Public Opinion Polling

 [Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

3. The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands.

By: Hagedoorn, Ellen I.; Paans, Wolter; Jaarsma, Tiny; Keers, Joost C.; van der Schans, Cees P.; Luttk, Marie Louise A.. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Dec2021, Vol. 35 Issue 4, p1207-1215, 9p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: NETHERLANDS; Home Health Care Services; HOME nursing; **NURSING**; **NURSES' attitudes**; CROSS-sectional method; **FAMILIES**; REGRESSION analysis; MEDICAL care; PATIENTS; INTERPROFESSIONAL relations; DESCRIPTIVE statistics

 [Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

4. **Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study.**


By: Østergaard, Birte; Clausen, Anne M.; Agerskov, Hanne; Brødsgaard, Anne; Dieperink, Karin B.; Funderskov, Karen F.; Nielsen, Dorthe; Sorknæs, Anne D.; Voltelen, Barbara; Konradsen, Hanne. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), Apr2020, Vol. 29 Issue 7/8, p1290-1301, 12p, 5 Charts. Publisher: John Wiley & Sons, Inc., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: DENMARK; Marketing Research and Public Opinion Polling; ANALYSIS of variance; CHI-squared test; CORRELATION (Statistics); **FAMILIES**; MEDICAL personnel; **NURSES**; **NURSES' attitudes**; **NURSING**; QUESTIONNAIRES; STATISTICAL sampling; STATISTICS; LOGISTIC regression analysis; DATA analysis; EDUCATIONAL attainment; SOCIAL media; CROSS-sectional method; **PATIENTS' families**; DATA analysis software; DESCRIPTIVE statistics

 [Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

5. **Nurse anesthetist attitudes towards parental presence during anesthesia induction- a nationwide survey.**

By: Andersson, Lisbet; Almerud Österberg, Sofia; Årestedt, Kristofer; Johansson, Pauline. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.). Aug2021, p1. 11p. 1 Illustration, 3 Charts. DOI: 10.1111/jan.15031. , Base de dados: Academic Search Complete
 Ahead of Print

 [Texto integral disponível](#)  [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

6. **Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases.**

By: Luttik, M. L. A.; Goossens, E.; Ågren, S.; Jaarsma, T.; Mårtensson, J.; Thompson, D. R.; Moons, P.; Strömberg, A. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Apr2017, Vol. 16 Issue 4, p299-308, 10p. Publisher: Oxford University Press / USA., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: BELGIUM; DENMARK; NORWAY; SWEDEN; Marketing Research and Public Opinion Polling; CARDIOVASCULAR disease treatment; **ATTITUDE** testing; CARDIOVASCULAR disease **nursing**; CHI-squared test; FAMILY medicine; MULTIVARIATE analysis; **NURSES' attitudes**; QUESTIONNAIRES; **REGRESSION** analysis; RESEARCH; STATISTICAL sampling; SELF-evaluation; STATISTICS; SURVEYS; DATA analysis; EDUCATIONAL attainment; DATA analysis software; MANN Whitney U Test

[Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

7. **Person–environment fit and medical professionals' job satisfaction, turnover intention, and professional efficacy: A cross-sectional study in Shanghai.**

By: Xiao, Yuyin; Dong, Minye; Shi, Chenshu; Zeng, Wu; Shao, Zhenyi; Xie, Hua; Li, Guohong. *PLoS ONE*. 4/27/2021, Vol. 16 Issue 4, p1-14. 14p. DOI: 10.1371/journal.pone.0250693. , Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: JOB satisfaction; PERSON-environment fit; CROSS-sectional method; INTENTION; STRUCTURAL equation modeling; VIRTUAL communities; SHANGHAI (China); GREAT Britain. National Health Service; Internet Publishing and Broadcasting and Web Search Portals

[Texto Integral em PDF](#) (566KB) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

8. **Selected predictors of parental satisfaction with child nursing care in paediatric wards in Poland —Cross-sectional study.**

By: Kruszecka-Krówka, Agnieszka; Cepuch, Grażyna; Gniadek, Agnieszka; Smoleń, Ewa; Piskorz-Ogórek, Krystyna; Micek, Agnieszka. *PLoS ONE*. 11/19/2021, Vol. 16 Issue 11, p1-18. 18p. DOI: 10.1371/journal.pone.0260504. , Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: CHILDREN'S hospitals; PRESCHOOL children; CHILD care; PEDIATRICS; PARENTS; CROSS-sectional method; LENGTH of stay in hospitals; POLAND; Paediatric hospitals; Specialty (except Psychiatric and Substance Abuse) Hospitals; General Medical and Surgical Hospitals

[Texto Integral em PDF](#) (1MB) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

9. **Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care.**

By: Gusdal, Annelie K.; Martin, Lene; Josefsson, Karin; Thors Adolffson, Eva. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Mar2017, Vol. 16 Issue 3, p256-266, 11p. Publisher: Oxford University Press / USA., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: SWEDEN; **FAMILIES**; HEART failure; PATIENT-family relations; MEDICAL cooperation; MEDICAL personnel; **NURSES**; **NURSES' attitudes**; QUESTIONNAIRES; RESEARCH; HEALTH self-care; LOGISTIC regression analysis; CROSS-sectional method; PATIENTS' families; DATA analysis software; MANN Whitney U Test; KRUSKAL-Wallis Test

 [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

10. **Factors Associated With Primary Family Caregivers' Perceptions on Quality of Family-Centred Care in Mental Health Practice.**

By: Hsiao, Chiu-Yueh; Lu, Huel-Lan; Tsai, Yun-Fang. *Journal of Nursing Scholarship*, Nov2019, Vol. 51 Issue 6, p680-688, 9p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: TAIWAN; Residential Mental Health and Substance Abuse Facilities; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians); Psychiatric and Substance Abuse Hospitals; Marketing Research and Public Opinion Polling; FAMILY-centered care; PSYCHOLOGY of caregivers; CORRELATION (Statistics); FAMILY medicine; MEDICAL quality control; MENTAL health services; PSYCHIATRIC nursing; QUESTIONNAIRES; REGRESSION analysis; RESEARCH funding; STATISTICAL sampling; SCHIZOPHRENIA; T-test (Statistics); CROSS-sectional method; DATA analysis software; DESCRIPTIVE statistics; ONE-way analysis of variance

 [Texto integral disponível](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

11. **Caregiver Burden and Spiritual Well-being in Caregivers of Hemodialysis Patients.**

By: Rafati, Foozieh; Mashayekhi, Fatemeh; Dastyar, Neda. *Journal of Religion & Health*. 2020, Vol. 59 Issue 6, p3084-3096. 13p. 4 Charts. DOI: 10.1007/s10943-019-00939-y. , Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: ANALYSIS of variance; CHRONIC kidney failure; STATISTICAL correlation; QUESTIONNAIRES; REGRESSION analysis; SPIRITUALITY; STATISTICS; DATA analysis; WELL-being; BURDEN of care; CAREGIVER attitudes; DATA analysis software; DESCRIPTIVE statistics; INFERENCE statistics; PSYCHOLOGICAL factors; IRAN

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(511KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

12. **Professionals' positive perceptions of fathers are associated with more favourable attitude towards including them in family interventions.**

By: Montigny, Francine; Gervais, Christine; Meunier, Sophie; Dubeau, Diane. *Acta Paediatrica*, Dec2017, Vol. 106 Issue 12, p1945-1951, 7p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: Educational Support Services; All Other Miscellaneous Schools and Instruction; Administration of Education Programs; Other Individual and Family Services; FATHERHOOD; CHILD care; EDUCATION; SOCIAL services; PARENTING

 [Texto integral disponível](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

13. **EuroHeartCare 2018.**

European Journal of Cardiovascular Nursing, 2018 Supplement, Vol. 17, pS1-S120, 120p. Publisher: Oxford University Press / USA., Base de dados: Complementary Index

Assuntos: IRELAND; EUROPE; Convention and Trade Show Organizers; Professional Organizations; Labor Unions and Similar Labor Organizations; CARDIOLOGY; CONFERENCES & conventions; CARDIOVASCULAR system; MEDICAL care; PROFESSIONAL associations

 [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

Apêndice 1 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Acesso

Dimensão	Designação do indicador	Min. Aceit. ^a	Min. Esper. ^b	Máx. Esper. ^c	Máx. Aceit. ^d	Resultado USF ^e	Resultado Ficheiro EF
Cobertura ou utilização	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12,00	18,00	35,00	40,00	9,570	14,778
	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,80	0,85	2,00	2,00	0,806	0,835
	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,70	0,75	2,00	2,00	0,851	1,090
	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80,00	85,00	100,00	100,00	84,134	84,659
	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	100,00	100,00	75,021	79,274
Personalização	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,00	78,00	90,00	92,00	76,951	91,148
	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	65,00	70,00	88,00	92,00	63,659	81,804
TMRG ^g	335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	80,00	85,00	100,00	100,00	95,566	98,262
	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	60,00	65,00	100,00	100,00	87,942	97,581
Consulta no Próprio Dia	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	15,00	20,00	35,00	45,00	25,518	25,496
	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	15,00	20,00	50,00	60,00	44,027	41,819
Distribuição das Consultas	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	15,00	20,00	35,00	37,50	33,598	26,407
	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	20,00	22,50	32,50	35,00	24,243	26,013
Presenciais no Dia	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	20,00	22,50	32,50	35,00	25,822	31,617
	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	10,00	15,00	25,00	35,00	16,335	15,964

^a Mínimo aceitável

^b Mínimo esperado

^c Máximo esperado

^d Máximo aceitável

^e Referente a dezembro de 2021

^f Referente a julho de 2021

^g Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Fontes:

Adaptado de SPMS (2022b, mar. 11). IDG UF: Visão Indicadores. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Adaptado de SPMS (2021a, set. 28). MIM@UF - Indicadores por lista de utentes de médico (referente a julho de 2021). Não publicado. Acedido localmente.

Apêndice 2 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Gestão da Saúde

Dimensão	Designação do indicador	Min. Aceit. ^a	Min. Esper. ^b	Máx. Esper. ^c	Máx. Aceit. ^d	Resultado USF	Resultado Ficheiro EF ^e
Saúde Infantil e Juvenil	269 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 2º ano	0,80	0,85	100,00	100,00	0,859	0,878
	302 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano	0,80	0,85	1,00	1,00	0,947	0,933
	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	70,00	80,00	100,00	100,00	89,285	92,308
	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	97,647	100,000
Saúde da Mulher	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	70,00	75,00	100,00	100,00	95,945	100,000
	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	70,00	75,00	100,00	100,00	61,904	100,000
	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	72,00	80,00	100,00	100,00	55,223	50,000
	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	0,65	0,72	1,00	1,00	0,806	0,859
	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	0,45	0,55	1,00	1,00	0,505	0,596
	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	0,33	0,40	1,00	1,00	0,384	0,238
	45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	47,00	52,00	100,00	100,00	52,570	44,357
	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	45,00	60,00	100,00	100,00	42,730	47,478
Saúde do Adulto	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	35,00	45,00	100,00	100,00	47,381	58,929
	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	9,00	12,00	100,00	100,00	1,720	1,908
	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	45,00	55,00	100,00	100,00	76,637	92,994
	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	60,00	70,00	100,00	100,00	55,403	39,070
	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	40,00	60,00	10.000,00	10.000,00	40,481	43,700
	46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	47,00	52,00	100,00	100,00	51,552	30,699
	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	60,00	66,00	100,00	100,00	53,481	35,627
	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	55,00	70,00	100,00	100,00	42,857	41,667
	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	93,748	97,476
Saúde do Idoso	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	350,00	475,00	1.500,00	1.500,00	369,719	1.255,605
	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	77,00	80,00	100,00	100,00	79,843	70,213
	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	40,00	50,00	100,00	100,00	69,752	64,471

^a Mínimo aceitável

^b Mínimo esperado

^c Máximo esperado

^d Máximo aceitável

^e Referente a dezembro de 2021

^f Referente a julho de 2021

Fontes:

Adaptado de SPMS (2022b, mar. 11). IDG UF: Visão Indicadores. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Adaptado de SPMS (2021a, set. 28). MIM@UF - Indicadores por lista de utentes de médico (referente a julho de 2021). Não publicado. Acedido localmente.

Apêndice 3 – Resultados por indicador com impacto no IDG, na subárea Gestão da Doença

Dimensão	Designação do indicador	Min. Aceit. ^a	Min. Esper. ^b	Máx. Esper. ^c	Máx. Aceit. ^d	Resultado USF ^e	Resultado Ficheiro EF ^f
Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	75,00	85,00	100,00	100,00	78,347	93,706
	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	75,00	85,00	100,00	100,00	62,162	0,000
	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	60,00	70,00	100,00	100,00	66,666	27,273
	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	0,00	0,00	15,00	20,00	26,987	12,587
	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	35,00	45,00	100,00	100,00	43,200	38,462
	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	120,00	120,00	350,00	570,00	362,541	446,049
	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	120,00	120,00	350,00	350,00	372,674	435,930
	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	75,00	85,00	100,00	100,00	77,510	96,503
	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	75,00	85,00	100,00	100,00	80,753	94,406
Hipertensão Arterial	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	50,00	60,00	100,00	100,00	63,284	69,231
	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	70,00	80,00	100,00	100,00	73,965	84,527
	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	39,486	36,538
	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	70,00	80,00	100,00	100,00	61,792	7,512
	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	50,00	50,00	85,00	90,00	83,978	81,488
Doenças Aparelho Respiratório	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	50,00	50,00	95,00	100,00	99,227	94,200
	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	40,00	60,00	100,00	100,00	37,414	20,000

^a Mínimo aceitável

^b Mínimo esperado

^c Máximo esperado

^d Máximo aceitável

^e Referente a dezembro de 2021

^f Referente a julho de 2021

Fontes:

Adaptado de SPMS (2022b, mar. 11). IDG UF: Visão Indicadores. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Adaptado de SPMS (2021a, set. 28). MIM@UF - Indicadores por lista de utentes de médico (referente a julho de 2021). Não publicado. Acedido localmente.

Apêndice 4 – Livreto informativo sobre Hipocoagulação e vigilância do INR

O QUE FAZER EM CASO DE HEMORRAGIA?

Como os anticoagulantes aumentam o risco de hemorragia, poderá ter nódoas negras (hematomas e equimoses), perda de sangue nas gengivas, nariz, na urina ou nas fezes. As mulheres jovens também podem ter perdas menstruais mais abundantes.

Os traumatismos aumentam o risco de hemorragia e a sua gravidade é muito variável.

Em caso de acidente ou hemorragia contínua e abundante, deve recorrer de imediato ao hospital.

O QUE FAZER EM CASO DE CIRURGIA OU EXAMES?

Caso venha a necessitar de cirurgia ou de algum exame com risco de hemorragia, deverá consultar o seu médico de família ou o médico que prescreveu o anticoagulante para avaliar a suspensão do medicamento.

Bibliografia:
- Associação Portuguesa de Nutrição (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral (E-book n.º 52). Disponível em <https://www.apn.org.pt/>
- SELF Nutrition Data (2021). Nutrients in Food Tool [website]. Disponível em <https://nutritiondata.self.com/tools/nutrient-search/>

 Elaborado por:
Enf. Alda Pereira
e alunos do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar: Enf. Filipa Sousa e Enf. Micael Inês

julho 2021

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
FONTE DO REI

MACEIRA

Hipocoagulação

e vigilância do INR



[Página 4]

[Página 1]

PORQUÊ HIPOCOAGULAR?

Algumas patologias aumentam o risco de formação de coágulos no sangue. Estes podem deslocar-se na corrente sanguínea e entupir uma artéria no cérebro, no coração, nos pulmões ou noutro órgão do corpo e causar doenças potencialmente graves como AVC, enfarte agudo do miocárdio ou embolia pulmonar. Nestes casos, a hipocoagulação oral pode ajudar a prevenir a formação de coágulos.

Existem vários medicamentos com efeito anticoagulante, mas nem todos poderão estar indicados para cada situação específica. Se estiver a tomar anticoagulantes indiretos (antagonistas da vitamina K), como a **varfarina** (Varfine®) ou o **acenocumarol** (Sintrom®),

é muito importante garantir que a anticoagulação está dentro do intervalo terapêutico definido pelo seu médico.

INR – O QUE É E COMO CONTROLAR?

Na USF Fonte do Rei, esta vigilância é feita periodicamente pelo seu enfermeiro de família através de uma análise rápida ao sangue (INR) e, atendendo à sua situação específica, o seu médico de família irá ajustar a dose do anticoagulante para diminuir o risco de formação de coágulos e/ou o risco de hemorragia.

» **INR baixo:**
Coagulação excessiva
• Risco de trombose

» **INR dentro do intervalo:**
Coagulação ótima

» **INR alto:**
Coagulação deficitária
• Risco de hemorragia

O QUE INTERFERE NO INR?

Os alimentos ricos em **vitamina K** diminuem o efeito destes medicamentos anticoagulantes, baixando o INR.

No entanto, não está recomendado diminuir o consumo de vitamina K. O mais importante é assegurar uma ingestão semanal constante a fim de evitar oscilações no INR.

Vitamina K (em microgramas) por cada 100 mg de alimento			
Espinafre	494	Couve-de-Bruxelas	140
Couve Galega	440	Couve Repolho	109
Nabiça	368	Margarina 60%	101
Acelga	327	Couve lombarda	69
Folha de brócolos	256	Ameixa seca	60
Agrião	250	Pinhão	54
Óleo de soja	184	Espargos	51
Alface	174	Pevides	47
Brócolos	141	Atum enlatado	44
		Kivi	40
		Caju	35
		Soja	33
		Aipo	29
		Feijão-verde	26
		Alho-francês	25
		Ervilha	25
		Óleo de palma	25
		Abacate	21

Fonte: nutritiondata.self.com

Os alimentos ricos em **vitamina E** (óleos e azeite, creme vegetal para barrar, sementes e frutos secos/oleaginosas) diminuem o efeito da vitamina K e aumentam o efeito dos anticoagulantes, ou seja, aumentam o INR.

A toma de anti-inflamatórios e o consumo excessivo de **bebidas alcoólicas** e algumas **plantas medicinais** também interferem no valor do INR (camomila e ginkgo biloba aumentam o INR; ginseng, chá verde e hiperício diminuem o INR).

[Página 2]

[Página 3]

Apêndice 5 – Livreto informativo “Alimentação do Bebê”

12 MESES

Aos 12 meses, pode partilhar a dieta familiar, mantendo o aleitamento materno (caso a mãe o deseje) ou uma fórmula infantil de baixo teor proteico, como fonte láctea preferencial.

Privilegie uma oferta variada em cada grupo alimentar. A variedade é mais importante do que a quantidade.

A oferta repetida de cada alimento facilita a sua aceitação. Não substitua os alimentos que não são do agrado da criança.

Promova a autonomia à mesa, respeitando a capacidade de a criança regular o seu apetite, desde que a ingestão não seja insuficiente nem excessiva.



Adaptado de: Direção-Geral da Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Janeiro de 2022

ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



USF Fonte do Rei - Maceira

[Página 12]

[Página 1]


4-5 MESES

Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses. Quando tal não é possível, pode iniciar-se a diversificação alimentar a partir dos 4 meses.


À exceção de alguns alimentos específicos, não existe uma regra definida para a introdução dos diferentes grupos de alimentos.

O primeiro grupo de alimentos a introduzir pode ser o das hortofrutícolas ou dos cereais, ou seja, **creme de legumes**, a **papa** e a **fruta**.

Quanto à cadência da introdução, pode respeitar um intervalo de 2 a 3 dias entre cada grupo de alimento.



CREME DE LEGUMES



Primeiro creme: batata, cenoura e cebola

Para os cremes seguintes:

- Utilize 4 ingredientes em cada creme (1 de cada grupo alimentar):
 - Legumes “base”: batata, batata doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor.
 - Fontes de betacarotenos: cenoura ou abóbora.
 - Antioxidantes: cebola, alho ou alho-francês.
 - Folhas: alface, brócolo, feijão verde, couve coração, etc.
- Adicione 5 a 7,5 ml de azeite no final da cozedura.
- Não coloque sal até 1 ano de idade.
- Inicie com pequenas quantidades, aumentando progressivamente.
- Triture de forma homogénea com a varinha mágica.

[Página 2]

[Página 3]

PAPA

Caso inicie a diversificação alimentar pela papa de cereais, esta pode desde o início ter glúten.



O glúten deve ser introduzido entre os 4 e os 7 meses, com porções crescentes até aos 12 meses. Se quiser, pode iniciar com uma papa sem glúten, à qual vai adicionar progressivamente um pouco de papa com glúten.

As papas podem ser lácteas (para preparar com água) ou não lácteas (para preparar com leite materno ou fórmula infantil). Não deve incluir papas de cereais biológicos nem papas caseiras.

Para preparar, coloque a água ou leite (conforme a indicação), depois a farinha e mexa até adquirir a consistência de iogurte.



[Página 4]

FRUTA

A introdução da fruta pode ocorrer desde o início da diversificação alimentar.

Inicialmente, não exceda 1 peça de fruta por dia. Depois dos 6 meses, não exceda as 2 peças de fruta por dia.



Dê preferência à fruta da época.



Pode iniciar com maçã, pera ou banana (de preferência crua), e depois introduza outras frutas. Durante o 1.º ano de vida, existe alguma reserva relativamente ao kiwi, morango e maracujá, devido a eventuais reações alérgicas.

SUGESTÃO DE EMENTA (4-6 MESES)

- Leite materno sempre que o bebé quiser ou 3 refeições de fórmula infantil
- 1 creme de legumes
- 1 puré de fruta
- 1 papa

[Página 5]

LEMBRE-SE

- Faça das refeições um momento agradável.
- Lave muito bem os legumes e a fruta.
- Opte pela fruta natural, em vez de boiões ou sumos de fruta, que só deve usar em emergências.
- Não ofereça alimentos processados, sumos (naturais ou artificiais) ou chá. O sal, o açúcar e o mel são proibidos durante o 1º ano de vida.
- Estimule o uso da colher para promover a articulação da língua e a fala.
- Habitue a criança a ingerir água. Ofereça-a em pequenas quantidades ao longo do dia e pelo copo.
- A criança deve ser alimentada sentada. Incentive-a a comer devagar, sem a manter mais de 30 minutos à mesa.
- Estabeleça um horário para as refeições e incuta regras na alimentação.



[Página 6]

6-7 MESES

A diversificação alimentar deve ocorrer idealmente próximo dos 6 meses e deve ser mantido o leite materno.

Devem ser oferecidos apenas alimentos que integram a cadeia alimentar e a roda dos alimentos.

LEITE E FÓRMULAS INFANTIS

Deve ser feita uma redução gradual da quantidade de leite materno ou fórmula infantil até à introdução da dieta familiar ao 1.º ano de idade. O leite de vaca só deve ser dado depois dos 12 meses.



Na ausência de leite materno, o bebé deve ser alimentado com uma fórmula standard, pelo menos até ao final do 1º ano de vida e idealmente até aos 24-36 meses.

[Página 7]

CARNE E PEIXE

Adicione a carne e o peixe ao creme.

Carne: escolha carne magra (frango, peru, coelho, pato, borrego, vitela).

- Inicie com cerca de 10 g/dia e aumente gradualmente até 30 g/dia.
- Cozinhe a carne sem pele, gordura ou sal.
- Se cozer a carne com os legumes, não acrescente azeite.



Peixe: escolha peixe magro fresco ou congelado (pescada, linguado, solha, dourada, robalo ou carapau). O bacalhau só deve ser dado a partir dos 12 meses.



[Página 8]

ARROZ E MASSA

O arroz e a massa, incluindo a sêmola e trigo (couscous), podem ser introduzidos a partir dos 7 meses.



FRUTA

Nesta idade, pode oferecer pera, maçã, banana, melão, pêssego, uva, melancia, manga, papaia, abacate, laranja, etc.



SUGESTÃO DE EMENTA (6-7 MESES)

- 2-3 refeições de leite
- 2 cremes de legumes – apenas um com carne ou peixe
 - Carne: 4 vezes por semana
 - Peixe: 3 vezes por semana
- 1 papa de cereais com glúten – ao lanche
- 1-2 purés de fruta, preferencialmente crua

[Página 9]

8-12 MESES

Para estimular a mastigação dos alimentos moles, ofereça agora alimentos progressivamente menos moídos.

IOGURTE NATURAL

Deve ser natural, sem aromas ou adição de açúcar. Dê ao lanche, mantendo o leite materno ou a fórmula infantil como fontes lácteas principais.

No 2.º semestre, a soma dos laticínios (leite, iogurte, queijo) não deve exceder os 500-700 ml.

LEGUMINOSAS

Ex.: Ervilha, fava, feijão, grão, lentilha
 Inicialmente, devem ser oferecidas sem casca ou na sua forma germinada. Devem ser previamente demolidas (quando indicado) e devem ser oferecidas em pequenas porções e, pelo menos, 2 vezes por semana.



[Página 10]

FRUTOS GORDOS E SEMENTES

Podem ser iniciados aos 9 meses, independentemente do risco de alergia. Incluem noz, amêndoa, avelã, coco, caju, pinhão, pistacho, sementes de abóbora, girassol, linhaça, chia, etc.

Devem ser naturais, sem sal e bem triturados, nunca inteiros, pelo risco de engasgamento.

OVO

Ofereça ½ gema na 1.ª semana, uma gema na 2.ª semana e, depois disso, o ovo inteiro – até 3 ovos por semana, sempre em vez da carne ou do peixe.



SUGESTÃO DE EMENTA (8-12 MESES)

- 2 refeições de leite
- 2 cremes de legumes, sem carne ou peixe – ofereça a carne ou peixe à parte, acompanhado com legumes e arroz ou massa
- 1 papa com glúten ou iogurte – ao lanche
- 1-2 peças de fruta por dia

[Página 11]