

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

---

## RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

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

---

Marta Duarte nº 5200336

Leiria, maio de 2022

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO III - ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À  
FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF/UCSP

---

## RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

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

---

Apresentação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de  
Enfermagem de Saúde Familiar

Marta Duarte nº 5200336

**Professor Supervisor:** João Frade

**Enfermeira Orientadora:** Liliana Duarte

Leiria, maio de 2022

## AGRADECIMENTOS

Este campo foi reservado para agradecer a todos aqueles que me incentivaram, apoiaram e ajudaram a tornar possível a concretização deste desafio pessoal e profissional, e que reflete o reconhecimento pela colaboração essencial de entidades, instituições e pessoas que, cada uma com as suas particularidades, foram imprescindíveis para ultrapassar este desafio que culmina na materialização e realização deste processo.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a todo o corpo docente do presente Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, e, em particular ao Professor Doutor João Frade, por toda a sua disponibilidade, conhecimento e acompanhamento prestado ao longo de todo este percurso.

À Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro pelo seu parecer favorável para a execução do presente estudo de investigação, assim como ao Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL) e Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (ACeS PIN), que autorizaram a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Aos coordenadores das unidades funcionais dos participantes no estudo de investigação, que prontamente se disponibilizaram, viabilizando a realização do mesmo.

À instituição onde decorreu o estágio e em particular à enfermeira orientadora, enfermeira Liliana Duarte, por todo o apoio, disponibilidade e colaboração.

A todos os enfermeiros que deram o seu contributo ao participarem no estudo, com toda a prontidão e disponibilidade, foram essenciais para o desenvolvimento do processo de investigação.

A todos os colegas de trabalho, pelo incentivo e motivação, em especial aos colegas e amigos Célia Santos, Luísa Erse e Pedro Quintas pela disponibilidade, paciência e sentido crítico e construtivo.

Ao meu núcleo familiar, pelo suporte e apoio incondicional, pela compreensão pelos dias exigentes e menos bons.

E ao Micael, pelo otimismo, incentivo e motivação inesgotável, desafiando a estagnação, os limites pessoais e profissionais e pelo estímulo para fazer sempre mais e melhor.

A todos, MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

A relevância da família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem vindo a evidenciar-se na implementação de políticas de saúde. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde familiar. A enfermagem familiar nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida, sendo o pilar dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano (Pires, 2016).

O enfermeiro de CSP surge como figura principal pela sua formação e dedicação, no estabelecimento de uma relação de proximidade, segurança e confiança entre o indivíduo/família e os serviços de saúde. Na perspetiva da continuidade de cuidados, a família surge tanto como contexto de prestação de cuidados, como fonte de suporte e recurso refletindo-se, a sua inclusão nos cuidados, na eficácia das intervenções de enfermagem (Tavares, 2017).

Partindo desta premissa, considerou-se pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros face às famílias no processo do cuidar, o que se enquadra no domínio das funções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, e que conduziu ao presente estudo de investigação, através dos seus objetivos e do estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião (UCSPA).

Após a caracterização do contexto da prática clínica de enfermagem de família no âmbito do estágio na UCSPA, é exposto o enquadramento teórico da mesma, as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar, e a prática especializada baseada na evidência, com o processo de investigação propriamente dito, seguido da discussão e explanação das conclusões encontradas.

Neste projeto foi utilizado o método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico e correlacional e que procurou determinar quais as atitudes dos enfermeiros de CSP face à importância da família no processo do cuidar, e ao mesmo tempo inferir acerca da influência que as variáveis sociodemográficas e profissionais têm nas atitudes dos enfermeiros face à família. O mesmo foi aplicado a um total de 30 enfermeiros que desempenham funções nos CSP.

O instrumento utilizado foi um questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais e a Escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), validada em 2009 para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011). Os resultados obtidos evidenciaram a não existência de relação e associação estatística relevante em nenhuma das variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo,

exceto na variável *unidade funcional onde exerce funções*, nomeadamente nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* ( $H=7,998$ ;  $p=0,018$ ) e *Família como um fardo* ( $H=8,997$ ;  $p=0,011$ ) em que se obtiveram valores de significância  $p<0,05$ ; permitindo estabelecer relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções, em que as atitudes de maior suporte face à família dizem respeito aos enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Nas conclusões do estudo, pode verificar-se que, de uma forma geral, os enfermeiros assumiam atitudes positivas e de suporte face à família apresentando um score médio total da escala de 84.7.

Os cuidados de enfermagem terão necessariamente de ser centrados na família, o que obrigará a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros e a uma alteração das políticas e filosofia das unidades de saúde (Rodrigues, 2013).

**Palavras-chave:** Atitudes, Cuidados de enfermagem, Enfermeiros, Enfermagem Familiar, Famílias.

## ABSTRACT

The relevance of the family in primary care services has been evident in the implementation of health policies. The need to integrate families into health care is pressing, with a view to promoting and maintaining family health. Family nursing in primary care services has been valued and recognized, being the pillar of health care throughout the life cycle of human beings (Pires, 2016).

The primary care nurses, due to the training and role, have a central role in establishing a close relationship, safety and trust between the individual/family and health services. From the perspective of continuity of care, the family emerges both as a context of care delivery, as a source of support and resource, with its inclusion on care impacting the effectiveness of nursing interventions (Tavares, 2017).

Based on this premise, it was considered pertinent to know the attitudes of nurses towards families in the care process, which fits the domain of the role of the nurse specialised in community health nursing in the area of family health, which led to the present research study, and internship developed in the Personalized Care Unit of Ansião.

After the characterization of the context of family nursing clinical practice in the context of the internship at UCSPA, the theoretical framework that underpinned this study is presented; followed by the activities developed, that allowed the development of competencies of the nurse specialist in the area of family health; the specialised practice based evidence, including the research conducted and the discussion and identification of the conclusions found.

In this study, a descriptive, analytical and correlational quantitative study was conducted, and that sought to determine the attitudes of primary care services nurses in relation to the importance of the family in the care process and at the same time identify the influence that sociodemographic and professional characteristics have on nurses' attitudes towards the family, within a sample of 30 nurses who perform functions in the primary care services.

The instrument used was the questionnaire consisting of sociodemographic and professional questions and the Scale "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes", validated in 2009 for the Portuguese population by Oliveira et al. (2011).

The results showed no statistical significant ( $p < 0.05$ ) relationship or associations between the sociodemographic and professional characteristics and their attitudes towards family, except for: *the unit where it work* in particular in the *Family as a partner in dialogue and a coping resource* ( $H=7,998$ ;  $p=0.018$ ) and *Family as a 'weight'* dimensions ( $H=8,997$ ;  $p=0.011$ ); allowing to establish a relationship between the attitude of nurses towards family and the

functional unit where he/she performs functions, where the attitudes of greater support towards the family concern nurses who work in the Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

In this study, it was also possible to find that, the nurses in the sample had positive attitudes and support in relation to the family presenting a total average score of the scale of 84,7.

Nursing care will necessarily have to be family-centered, which will require some changes in attitude on the part of the nurses and a change in the policies and philosophy of health units (Rodrigues, 2013).

**Keywords:** Attitudes, Nursing Care, Nurses, Family Nursing, Families.

## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- APA – *American Psychological Association*
- ARS - Administração Regional de Saúde
- AT - Assistente Técnico/a
- BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CAC - Consulta de Atendimento Complementar
- CG - Conselho Geral
- CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CS - Centro de Saúde
- CSA - Centro de Saúde de Ansião
- CSP - Cuidados de Saúde Primários
- CT- Conselho Técnico
- DAE - Desfibrilhador Automático Externo
- DGS – Direção Geral de Saúde
- FINC-NA - *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*
- ICN - *International Council of Nurses*
- ICPC - *International Classification of Primary Care*
- IDG - Índice de Desempenho Global
- IE - Interlocutor de Enfermagem
- IFCE-AE - Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
- IFNA - *International Family Nursing Association*
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
- MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família
- MGF - Medicina Geral e Familiar
- MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
- OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PA - Plano de Ação
- PBE - Prática Baseada na Evidência
- PNV - Programa Nacional de Vacinação

RCCR - Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

SiiMA - Sistema de Informação para Gestão do Circuito de Programas de Rastreio

SIM - Sindicato Independente dos Médicos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSPA - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião

UF - Unidade Funcional

UP - Unidades Ponderadas

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	xi
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	17
1.1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	19
1.1.1. Enquadramento geográfico.....	19
1.1.2. Espaço físico .....	21
1.1.3. Horário de funcionamento.....	22
1.1.4. Recursos humanos do centro de saúde .....	22
1.1.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.....	23
1.1.6. Caracterização dos utentes da UCSP de Ansião.....	36
1.2. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....	41
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	47
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	64
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	65
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	65
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	68
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	71
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	72
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....	74
3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	75
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar .....	81
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	83
4.1. INTRODUÇÃO .....	83
4.2. METODOLOGIA .....	86
4.2.1. Conceptualização do estudo e objetivos .....	86
4.2.2. Tipo de estudo .....	87
4.2.3. Questão de investigação.....	88
4.2.4. Hipóteses .....	89

4.2.5. Operacionalização das variáveis .....	90
4.2.6. População e amostra .....	91
4.2.7. Instrumentos.....	92
4.2.8. Procedimento de colheita de dados .....	95
4.2.9. Procedimentos formais e éticos .....	96
4.2.10. Processamento e análise de dados .....	97
4.3. RESULTADOS.....	100
4.3.1. Caracterização da amostra.....	100
4.3.2. Análise inferencial das hipóteses.....	103
4.4. DISCUSSÃO.....	112
4.5. CONCLUSÃO.....	121
<b>CONCLUSÃO</b> .....	128
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	131

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

## **ANEXOS**

ANEXO I - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

ANEXO II - PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

ANEXO III - INFORMAÇÃO DE PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DOS RESPETIVOS ACeS

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO DOS COORDENADORES DA UNIDADES FUNCIONAIS PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO V - PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Delimitação Territorial do ACeS PIN .....	20
Figura 2 - Organograma do ACeS PIN .....	20
Figura 3 - Mapa do Concelho de Ansião.....	21
Figura 4 - Logotipo UCSP de Ansião .....	24
Figura 5 - Distribuição das inscrições nos CSP – UCSPA .....	37

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Ansião .....	22
Quadro 2 - Recursos humanos da UCSP de Ansião - Equipa Multiprofissional.....	26
Quadro 3 - Desempenho assistencial - indicadores de enfermagem .....	35
Quadro 4 - Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos .....	36
Quadro 5 - Taxa bruta de mortalidade .....	37
Quadro 6 - Taxa bruta de natalidade.....	38
Quadro 7 - Distribuição de utentes inscritos por grupo etário - UCSPA.....	39
Quadro 8 - Prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSP .....	40
Quadro 9 - Nº inscritos no ficheiro da equipa de família .....	42
Quadro 10 - Nº inscritos por diagnóstico ativo no ficheiro da equipa de família .....	42
Quadro 11 - Nº total de famílias/Ficheiro da equipa de família - 10/2021.....	43
Quadro 12 - Uteses inscritos com inscrição ativa por geografia de habitação /Ficheiro da equipa de família - 10/2021 .....	43
Quadro 13 - Nº de utentes inscritos por programa de vigilância no ficheiro da equipa de família – 10/2021 .....	45
Quadro 14 - Operacionalização das variáveis em estudo .....	90
Quadro 15 - Dimensões e itens da Escala IFCE-AE.....	93
Quadro 16 - Consistência interna escala IFCE-AE - Alfa de Cronbach .....	95

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Teste Normalidade Shapiro-Wilk - Dimensões da Escala IFCE-AE .....	99
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género.....	100
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	100
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	100
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o grau académico.....	101
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o título profissional.....	101
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional.....	101

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional no serviço atual .....	101
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a unidade funcional onde exerce funções .....	102
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a unidade funcional onde exercem funções - identificação da unidade .....	102
Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de formação em enfermagem de família.....	102
Tabela 12 - Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação .....	102
Tabela 13 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE .....	103
Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género – Teste de Mann-Whitney.....	104
Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman.....	104
Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil - Teste de Kruskal Wallis.....	105
Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal Wallis .....	106
Tabela 18 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional - Teste de Kruskal Wallis .....	108
Tabela 19 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional – Teste de Spearman.....	108
Tabela 20 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual – Teste de Spearman.....	109
Tabela 21 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções - Teste de Kruskal Wallis .....	111
Tabela 22 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família – Teste de Mann-Whitney .....	112

## INTRODUÇÃO

A ciência de enfermagem como hoje a conhecemos, é fruto do evoluir dos tempos. Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem em Portugal conheceu uma grande evolução, quer quanto à formação pré-graduada, quer no que respeita ao aumento da complexidade e ao reconhecimento desta atividade profissional (OE, 2008).

O envelhecimento da população, as modificações da estrutura etária e as mudanças na organização da sociedade são apenas algumas, das muitas transformações que têm vindo a ocorrer, e conseqüentemente a despoletar conseqüências sobre os indivíduos, famílias, comunidades (Alves, 2011).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Segundo Alves (2011), a família constitui uma unidade social, caracterizada pelas relações estabelecidas entre os seus membros e distinguindo-se entre si, pelas suas particularidades, como sendo o contexto específico de que faz parte e a sua dinâmica, estrutura e funcionalidade próprias. Ela constitui a primeira forma de socialização dos indivíduos, sendo-lhe reconhecida pela sociedade valor jurídico indiscutível e sendo por ela protegida como um bem e interesse comum.

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interações conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares (Figueiredo, 2012).

Segundo a mesma autora, a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros. Face à complexidade dos contextos da ação onde se desenvolvem as interações com as famílias e aos desafios atuais decorrentes das novas necessidades de saúde das famílias, assume particular importância o quadro legislativo atual nos CSP que contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel do enfermeiro de família, como agente de

mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Num contexto de CSP, este papel é potenciado dada a proximidade relacional quer com o indivíduo, quer com a família.

Tal como é preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), o desenvolvimento de políticas saudáveis visa a criação de impactos positivos para a saúde da população e a redução de impactos negativos. Estas políticas devem ser traduzidas em melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais, que favoreçam uma melhor saúde individual, familiar e coletiva e devem assentar em intervenções baseadas em abordagens por ciclo de vida em cada uma das suas etapas. As mesmas têm por base o conhecimento do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários permitindo intervir precocemente nos fatores de risco para a prevenção da doença crónica e das complicações, através do rastreio, do diagnóstico precoce e promoção do acesso aos medicamentos e da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais.

Por outro lado, a abordagem do ciclo de vida permite identificar intervenções adequadas para cada uma das suas etapas privilegiando os contextos sociais, culturais, económicos em que decorrem. Em conjunto, estas abordagens orientam a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, realçando momentos especiais como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades de educação para a saúde, bem como ações de prevenção da doença (DGS, 2015).

Neste contexto, considera-se importante tentar conhecer a perceção que os próprios enfermeiros detêm acerca da importância da família no processo do cuidar e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo.

O presente relatório decorre no âmbito da unidade curricular Estágio III do Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano, 3º semestre, em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O referido estágio deu continuidade ao Estágio I (de 15 maio a 15 de junho de 2021, com um total de 108 horas) e ao Estágio II (de 28 de junho a 30 de julho de 2021, num total de 94,5 horas), e decorreu também na UCSPA, do ACeS PIN, no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, com a duração de 297,5 horas de trabalho em contexto clínico, (2 dias/semana na UCSP em contexto presencial - 16 horas/semana) e 200 horas de relatório, em orientação tutorial, contabilizando um total de 810 horas.

Teve como objetivos gerais de aprendizagem:

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

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

Como objetivos específicos de aprendizagem:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.

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

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

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

Como objetivos transversais:

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

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

Tal como preconizado pela OE (2021), o presente relatório descreve as atividades desenvolvidas durante a realização do estágio, procedendo a uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de enfermagem. Inclui também a componente de investigação no que concerne às atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar.

Este tema tem particular interesse na área de formação em causa pois, para além do enfoque na importância da enfermagem de família como área de atuação, estabelece ainda como pertinente a perceção que os enfermeiros detêm sobre a mesma e as suas implicações no processo de cuidar.

Assim, e para a consecução da investigação, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

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

No que respeita à questão de investigação, pretende-se apurar *“Quais são as atitudes que os enfermeiros, em CSP em contexto de UCSP, Unidade de Saúde Familiar (USF) e UCC, adotam, face à importância da família no processo de cuidar?”*.

Foi efetuado um estudo de investigação quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, a uma amostra de 30 enfermeiros a exercer funções em CSP em contexto de UCSP (ACeS PIN), USF e UCC (ACeS PL) da ARS Centro, IP.

O presente relatório é constituído por seis partes: Introdução, Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, Fundamentação Teórica, Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar, Prática Especializada Baseada na Evidência (Investigação) e Conclusão.

O relatório segue as normas em vigor no guia de elaboração de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico. A bibliografia encontra-se descrita de acordo com a APA (*American Psychological Association*).

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

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

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

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

Com o Decreto-Lei n.º 28/2008 estabelece-se o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde. Estes são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (UF), que agrupam um ou mais centros de saúde (CS) e que dependem funcionalmente das respetivas ARS. Os ACeS têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica; desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica; investigação em saúde; controlo e avaliação dos resultados; formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Os ACeS podem compreender as seguintes unidades funcionais (Decreto-Lei nº 28/2008):

- a) A USF é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do CS. São disciplinadas por legislação específica (nº 1 a 4 do artigo nº 3 do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto);
- b) A UCSP tem uma estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos;

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

Em cada CS integrante de um ACeS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP. Cada UF é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais UF do CS e dos ACeS, segundo o Decreto-Lei nº 28/2008.

A reforma dos cuidados de saúde primários portugueses foi uma das mais bem-sucedidas nos serviços públicos do país. O acontecimento mais relevante foi a constituição das USF: equipas multidisciplinares voluntárias e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a um conjunto de pessoas e famílias. Num segundo momento reorganizaram-se as restantes dimensões dos CSP com a criação dos ACeS e apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde pela melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos (Biscaia, A. & Heleno, L., 2017).

Ainda segundo os mesmos autores, esta reforma foi portuguesa, moderna e inovadora. Portuguesa ao não quebrar completamente com o passado, moderna porque se aliou à tecnologia e ao trabalho em rede, e inovadora porque ultrapassou o modelo hierarquizado tradicional. Cumpriu o objetivo de uma reforma: conseguiu melhorias com maior satisfação, com os consequentes ganhos em saúde.

O início formal da enfermagem de família teve lugar com a aprovação do Decreto-Lei nº 18/2014, de 5 de agosto, definindo o papel do enfermeiro de família como o profissional de

enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

O mesmo decreto estabelece os princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família nas USF e UCSP que visam incluir a família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP, reconhecer a contribuição dos profissionais de enfermagem na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, evidenciar o papel do enfermeiro integrado na equipa multidisciplinar de saúde, bem como implementar a atividade do enfermeiro de família através de experiências-piloto (ACSS, 2015).

Por outro lado, o regime jurídico da organização e funcionamento das USF prevê que os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar de acordo com o art.º 7 do Decreto-Lei nº 73/2017, atribuindo e reconhecendo desta forma a importância destes profissionais de saúde.

## 1.1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Todos os locais de estágio proporcionam experiências de aprendizagem únicas e essenciais à consolidação de conhecimentos teóricos. Cada um, com as suas particularidades, são espaços que permitem a reflexão sobre a prática e ao mesmo tempo sobre como articular conhecimento, constituindo desafios ímpares ao crescimento e evolução pessoal e profissional.

### 1.1.1. Enquadramento geográfico

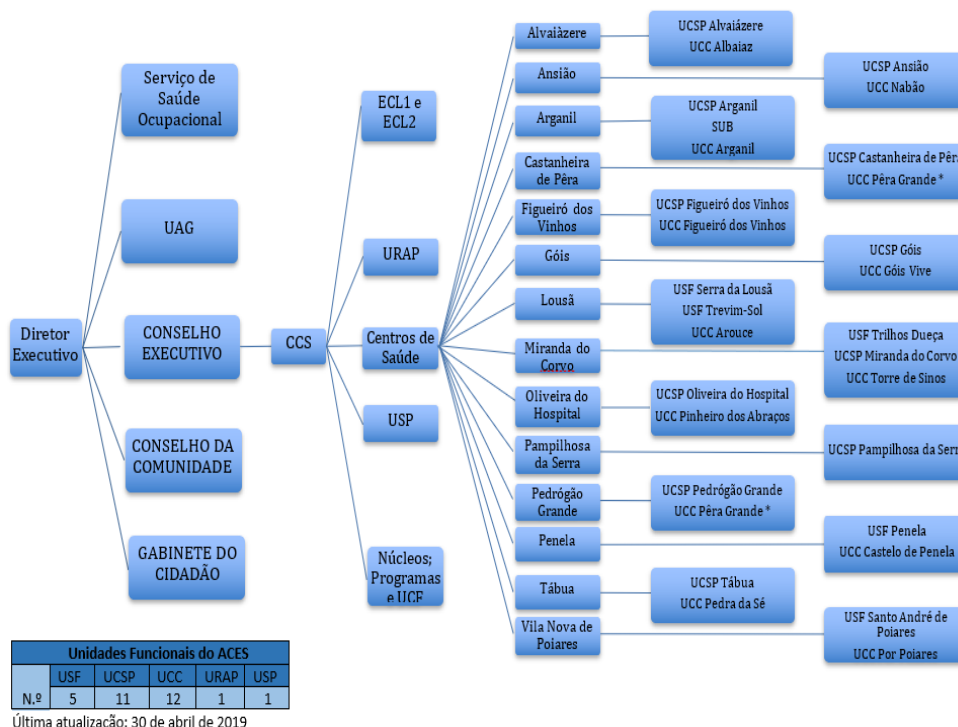
De acordo com o regulamento interno (UCSPA, 2019), o Centro de Saúde de Ansião (CSA) localiza-se no Concelho de Ansião, região Centro de Portugal Continental, distrito de Leiria, e encontra-se integrado na zona do Pinhal Interior Norte fazendo parte do ACeS com o mesmo nome.

O ACeS PIN tem sede na Lousã e faz parte da ARS Centro, IP. A sua área de influência abrange os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares, como mostra a figura 1 de acordo o Plano Local de Saúde 2017 – 2020, (ACeS PIN, 2017).



**Figura 1 - Delimitação Territorial do ACeS PIN**  
**Fonte: Plano Local de Saúde de 2017- 2020 ACeS PIN (ACeS PIN, 2017)**

Segundo o mesmo plano, este abrange uma população residente de 123 514 habitantes, representando 7,4% da população da região centro (1 663 772 habitantes). Este território compreende uma área de 2.617,68 Km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 48,0 habitantes/Km<sup>2</sup>. O ACeS PIN tem como objetivo maximizar os ganhos em saúde da população da área de abrangência do ACES, adequando e integrando esforços sustentáveis de todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. Assim, dispõe dos seguintes recursos de saúde para a consecução dos seus objetivos: 5 USF, 11 UCSP, 12 UCC, 1 URAP, 1 USP, tal como demonstrado na figura 2.



**Figura 2 - Organograma do ACeS PIN**  
**Fonte: ACeS PIN (PIN 2019)**

De acordo com o regulamento interno (UCSPA, 2019), no que diz respeito ao CSA, este tem como área geográfica de atuação o Concelho de Ansião e abrange as freguesias de Alvorge, Ansião, Avelar, Chão de Couce, Santiago da Guarda e Pousaflores, tal como ilustra a figura 3. O CSA localiza-se na rua Dr. Fernando Travassos - 3240-110 Ansião e é constituído por várias unidades funcionais, nomeadamente a UCSP de Ansião, a UCC Nabão, a USP, a URAP e a UAG (Unidade de Apoio à Gestão).



**Figura 3 - Mapa do Concelho de Ansião<sup>1</sup>**

### 1.1.2. Espaço físico

O CSA é um edifício com R-Chão, composto por 3 módulos e 1º piso com 2 módulos.

A UCSP de Ansião encontra-se no piso 0, constituída pelo módulo - 21 (à esquerda) e o módulo - 28 (à direita). O módulo 21 é constituído por 1 balcão central, 1 gabinete administrativo, 3 gabinetes de enfermagem, 2 gabinetes médicos e 1 sala de espera. O módulo 28 é constituído 1 balcão central, 1 gabinete administrativo, 2 gabinetes de enfermagem, 3 gabinetes médicos e 1 sala de espera. Na área central situa-se a URAP com 2 gabinetes para serviços de fisioterapia e 2 WC. Ainda neste piso, na parte de trás existe uma área à direita constituída por um gabinete para o serviço social e nutrição, onde atualmente a delegada de saúde dá resposta aos inquéritos epidemiológicos/trace covid. Existem ainda salas para o serviço de limpeza, lavandaria, esterilização e aprovisionamento, vestiários e WC. No módulo à esquerda situa-se a Consulta de Atendimento Complementar (CAC) composta por 1 balcão administrativo, 1 sala de espera, 1 gabinete para rastreio da retinopatia diabética, 1 gabinete de enfermagem, 2 gabinetes médicos, 1 sala de observações

<sup>1</sup>Wikipédia -2021 – Freguesia de Ansião, Retrieved from [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ansi%C3%A3o\\_\(freguesia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ansi%C3%A3o_(freguesia))

e WC. Atualmente esta área é utilizada para o atendimento a utentes com patologia do foro respiratório.

O piso 1, é constituído por 2 módulos. Um módulo com 3 gabinetes para a USP, 1 sala de reuniões/biblioteca, 1 copa e WC e outro módulo onde se situa a UCC Nabão com 2 gabinetes e a UAG com 3 gabinetes e 1 balcão administrativo.

Todos os gabinetes médicos e de enfermagem dispõem dos equipamentos essenciais para a realização das respetivas consultas, assim como as restantes áreas de atendimento, das restantes unidades funcionais.

### 1.1.3. Horário de funcionamento

De acordo com o plasmado no Regulamento Interno, o horário de funcionamento do CSA onde se localiza a UCSP de Ansião (sede) é das 08h00 às 20h00, todos os dias úteis, sendo o período de atendimento (intervalo de tempo diário durante o qual a UCSP efetua atendimento ao público) das 08h15 às 19h45. A UCSP de Ansião encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados, podendo os utentes em caso de doença aguda recorrer ao CAC com horário de funcionamento das 10h00 às 18h00 sendo o horário de atendimento ao público das 10h15 às 17h45. Nos restantes períodos deverão recorrer aos serviços de saúde disponíveis na região (UCSPA, 2019).

O horário de funcionamento dos polos assistenciais é das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00, dias úteis, sendo o horário de atendimento administrativo ao público das 09h05 às 13h00 e das 14h00 às 16h55. O horário de atendimento médico e de enfermagem realiza-se de acordo com o horário homologado, afixado em cada polo (UCSPA, 2019).

### 1.1.4. Recursos humanos do centro de saúde

Relativamente aos recursos humanos do CS Ansião, e segundo informação disponibilizada no Manual de Acolhimento aos Alunos em Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, estes distribuem-se de acordo com o quadro 1 (UCSPA, 2020).

**Quadro 1 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Ansião**  
(continua)

	UCSP	UCC	URAP	USP	UAG
Médicos	8			1 (5x/sem)	
Enfermeiros	8	3			
Assistentes Técnicos	8				2 (tempo parcial)
Assistentes Operacionais					3
Fisioterapeuta			1		

(conclusão)	UCSP	UCC	URAP	USP	UAG
Nutricionista			1 (1x/sem – 5 <sup>a</sup> )		
Técnica de Serviço Social			1 (2x/mês)		
Técnica Saúde de Ambiental				1 (1x/sem – 3 <sup>a</sup> )	

Fonte: UCSPA, 2020

Embora não estejam contemplados na legislação como profissionais afetos às UCSP é importante referir que a UCSP de Ansião conta com a colaboração de 3 assistentes operacionais pertencentes à UAG; 1 técnica de serviço social (URAP) com consulta de serviço social duas vezes por mês; 1 nutricionista (URAP) com consulta de nutrição semanal à quinta-feira e 1 fisioterapeuta (URAP) com tratamentos de fisioterapia de acordo com horário fixado.

É de salientar a importância da existência de recursos humanos especializados nas diversas áreas a fim de prestar à população os cuidados diferenciados de que necessitam, assim como da articulação em rede entre todas estas unidades funcionais. No entanto, apesar de existirem vários profissionais, é notória a sua escassez/periodicidade, nomeadamente no que diz respeito aos profissionais afetos à URAP já que têm de dar resposta a uma população e área de abrangência também ela considerável. De realçar ao mesmo tempo a inexistência da área de psicologia para fazer face aos cada vez maiores problemas e necessidades em saúde mental.

É evidente a falta de investimento nestes recursos humanos, também eles essenciais ao bem-estar e saúde da população, podendo até falar-se de um desinvestimento de uma forma generalizada quando se consideram várias realidades no âmbito dos CSP.

#### 1.1.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião

De acordo com o Relatório de Atividades 2019 (UCSPA, 2020), esta é uma UF do CSA que tem como área geográfica de atuação o concelho de Ansião, abrangendo as freguesias de Alvorge, Ansião, Avelar, Chão de Couce, Santiago da Guarda e Pousaflores. Está localizada no concelho de Ansião, e é constituída pela sede situada na freguesia de Ansião e por 4 polos situados nas freguesias de Alvorge, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda. Relativamente à população da freguesia de Pousaflores, a residente na zona sul da freguesia é assistida pelo polo de Chão de Couce e a da zona norte pela UCSP Ansião. Os utentes inscritos na UCSP são todos os utentes inscritos no CSA que provêm de todas as freguesias do concelho e também, de franjas dos concelhos limítrofes de Ansião (Soure, Figueiró dos Vinhos, Alvaiázere e Pombal), que por maior facilidade de acesso preferem utilizar os serviços da UCSPA. O Parecer Técnico da UCSPA foi assinado com o ACeS PIN a 01/07/2014 tendo-se iniciado o trabalho neste modelo de organização a 01 de outubro de 2014, mas apenas em

outubro de 2015 com a “criação informática” da UF, foi iniciado formalmente o trabalho em UCSP. A UCSPA tem como compromisso assistencial, todos os utentes inscritos no CSA.

A UCSPA é representada pelo logotipo, ilustrado na figura 4.



**Figura 4 - Logotipo UCSPA de Ansião**  
**Fonte: Relatório de Atividades 2019 (UCSPA, 2020)**

Tal como descrito no seu Regulamento Interno (UCSPA, 2019), a UCSPA é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, organizada técnica e funcionalmente numa perspetiva de atuação em rede entre os seus elementos constituintes e outras UF do ACeS PIN. Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde globais e personalizados, à população inscrita na UCSPA, com responsabilidade e competência, em tempo útil, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Como visão, almeja tornar-se uma UCSP de referência em CSP, com objetivos de excelência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados aos utentes, contribuindo para a satisfação dos mesmos, assim como a dos profissionais que a integram. O exercício da atividade assistencial assenta num modelo que privilegia o trabalho em equipa multiprofissional, com os seguintes valores: **Qualidade** - O atendimento aos utentes que recorrem à UCSP deve ser realizado com qualidade por todo e qualquer profissional da equipa da UF, sendo a mesma imprescindível no planeamento, execução e avaliação de toda a atividade da unidade; **Acessibilidade** - Promoção de uma acessibilidade flexível e organizada à UCSP; **Eficiência** - Ampliação da eficiência e da efetividade dos serviços, com monitorização contínua dos indicadores chave, objetivando a melhoria da gestão clínica e organizacional; **Satisfação** - Individual, coletiva e dos utentes inscritos; **Cooperação** - Fundamentada na capacidade de intra e interajuda entre os profissionais da UCSP disponibilizando a capacidade profissional de cada um aos objetivos da UF; **Compromisso** - Empenho, respeito e rigor dos elementos da equipa da UCSP dando o seu melhor no sentido do cumprimento dos objetivos do grupo.

No sentido de centrar os cuidados no utente e nas suas necessidades, a UCSP propõe-se a atuar em equipa multiprofissional, médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (AT), planeando a sua atuação individual e/ou em grupo em função dos objetivos assumidos (UCSPA, 2019).

Constitui a estrutura interna da UCSPA, o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral (CG), o Conselho Técnico (CT), de acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017 e o Interlocutor de Enfermagem (IE) e o Interlocutor Administrativo, (UCSPA, 2019).

Os coordenadores são designados por decisão fundamentada do Diretor Executivo do ACeS PIN, depois de ouvido o Conselho Clínico e de Saúde. O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos de acordo com os artigos 15.º e 16.º do Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro (UCSPA, 2019).

O CG é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional da UCSPA. Reúne, pelo menos, de três em três meses e extraordinariamente mediante convocatória do coordenador da UCSP ou a pedido de pelo menos metade dos seus elementos. As reuniões decorrem às sextas-feiras das 15h00 às 17h00 (UCSPA, 2019).

O CT é constituído por um médico, um enfermeiro e um AT, escolhidos pelos elementos da equipa da UCSPA, por maioria de 2/3 e por um período de 3 anos. Compete ao CT a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a Carta de Qualidade (UCSPA, 2019).

O IE é um elemento de apoio à gestão, nomeado pelo conjunto de enfermeiros da UCSP de Ansião, por votação secreta e por maioria dos seus membros de 2/3. O IE atua na dependência direta do coordenador da UCSP de Ansião e têm as seguintes competências:

- Colaborar na elaboração do Plano de Ação (PA), Regulamento Interno, Manual de Articulação e Carta de Qualidade;
- Participar em todo o processo de contratualização e acompanhamento da UCSP;
- Coordenar as atividades do seu grupo profissional, garantindo a aplicação das orientações do PA e do Regulamento Interno;
- Elaborar propostas de horário de trabalho e de plano de férias anuais do seu grupo profissional, de acordo com os princípios expressos neste regulamento e submetê-las à aprovação pelo coordenador da equipa;

- Coordenar a intersubstituição de elementos do seu grupo profissional nomeadamente nas situações de doença súbita, férias e formação;
- Verificar a assiduidade dos elementos de enfermagem;
- Assegurar a divulgação de informação e realização de atividades de formação;
- Efetuar requisição de material mensalmente de acordo com as necessidades;
- Colaborar na avaliação de desempenho do seu grupo profissional;
- Implementar estratégias que favoreçam boas relações interpessoais e de trabalho entre os elementos da equipa;
- Providenciar a manutenção e reparação de material de uso clínico;
- Representar o seu grupo profissional nos contactos com outras unidades de saúde e com o ACeS (UCSPA, 2019).

O interlocutor administrativo é um elemento de apoio à gestão, nomeado pelo conjunto dos AT da UCSP de Ansião, por votação secreta e por maioria de 2/3 dos seus membros. (UCSPA, 2019).

A equipa multiprofissional da UCSP de Ansião é atualmente constituída por 8 médicos de MGF, 8 enfermeiros, 3 dos quais com a especialidade em Enfermagem Comunitária e 8 AT, organizados em equipas nucleares, suscetíveis de alterações pontuais, de acordo com o quadro 2 (UCSPA, 2020).

**Quadro 2 - Recursos humanos da UCSP Ansião - Equipa Multiprofissional**  
**UCSP de Ansião**

Local	Equipa Nuclear		
	Médico	Enfermeiro	Assistente Técnico
Ansião - Sede	4	4	4
Polo Avelar	1	1	1
Polo Alvorge	1	1	1
Polo Santiago da Guarda	1	1	1
Polo Chão de Couce	1	1	1

**Fonte: UCSPA, 2020**

O objetivo das equipas nucleares é o de melhorar a continuidade dos cuidados prestados aos utentes, uma vez que cada uma centra a sua atividade na lista do médico/enfermeiro de família que a integra. Procurando fomentar o trabalho em equipa de família, funcionam 4 equipas constituídas por 4 médicos, 4 enfermeiros, 2 AT a tempo inteiro. Das 13h00 às 14h00 e das 17h00 às 20h00 está implementada a consulta de intersubstituição assegurada por 8

médicos, 7 enfermeiros e 7 AT para o atendimento dos utentes inscritos na UCSP de Ansião (UCSPA, 2020).

### **Acessibilidade do utente**

Na sede, dentro do horário de funcionamento está presente, pelo menos, um elemento de cada grupo profissional que assegurará o aconselhamento e/ou orientação a qualquer utente inscrito nesta UCSP no próprio dia. A UCSP disponibiliza aos seus utentes um guia de acolhimento, onde consta a carteira de serviços, o horário de funcionamento, as alternativas assistenciais, o endereço, contactos da UCSP e o sistema de marcação de consultas (UCSPA, 2019).

Quanto ao tipo de consultas, existem consultas programadas e consultas não programadas. As consultas programadas são todos os contactos presenciais entre o utente e o médico e/ou enfermeiro, agendado previamente para determinado dia e hora. Normalmente são consultas de vigilância dos grupos vulneráveis, dos grupos de risco, de seguimento de doença aguda ou de qualquer outro tipo de problema médico ou de enfermagem. As consultas podem ser programadas pelos utentes ou pelos profissionais. As consultas programadas para os grupos vulneráveis e de risco têm periodicidades específicas que devem ser cumpridas. Para cada programa a desenvolver e serviço a prestar está explícito a forma de marcação de consultas. Os utentes poderão por iniciativa própria agendar uma consulta junto do secretariado, quer presencialmente quer por telefone, ou ainda por e-agenda (UCSPA, 2019).

As consultas não programadas, no próprio dia, são realizadas preferencialmente pelo médico de família, de acordo com o seu horário e nas consultas de intersubstituição - situação de doença aguda ou quando o médico de família se encontra ausente (UCSPA, 2019).

Relativamente ao sistema de marcação de consultas, todos os utentes que pretendam uma consulta médica e/ou consulta de enfermagem devem ser incentivados a agendamento prévio. Os utentes poderão marcar uma consulta (presencial ou não presencial), junto do balcão de atendimento ou por outros dos meios colocados à sua disposição (telefone ou e-agenda). A marcação de consulta no próprio dia poderá ser feita através da marcação presencial ou telefónica. Tal ocorre em situações de doença aguda ou quando solicitada pelo utente, havendo vaga de agenda médica ou de enfermagem. A UCSPA, no seu horário de funcionamento, compromete-se a assegurar que todos os seus utentes tenham uma resposta, no próprio dia, a qualquer pedido de consulta médica ou de enfermagem. Esta resposta poderá não se consubstanciar na realização de uma consulta formal, podendo resultar numa marcação ou num aconselhamento de outra natureza. Ultrapassada a capacidade de resposta

no próprio dia, o utente será encaminhado para os serviços de urgência da área de referência (UCSPA, 2019).

A UCSPA cumpre os tempos máximos de resposta garantidos no acesso aos cuidados de saúde definidos na portaria n.º 87/2015, exceto em situações de ausência ou inexistência do médico de família, e nas situações de visita domiciliária. Desta forma, as consultas programadas são marcadas até 15 dias úteis a partir da data do pedido, com exceção dos períodos de férias. As consultas de doença aguda serão marcadas no dia do pedido, preferencialmente para o médico de família (UCSPA, 2019).

### **Carteira básica de serviços – Programas de Saúde**

As consultas programadas para os grupos vulneráveis e de risco têm periodicidades específicas que devem ser cumpridas, tendo em conta as normas de orientação clínica da DGS. De acordo com a Portaria n.º 1368/2007, o compromisso assistencial explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de MGF e de enfermagem, no que diz respeito ao núcleo base de serviços clínicos:

- 1) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
  - 1.1) Geral;
  - 1.2) Saúde da mulher;
  - 1.3) Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;
  - 1.4) Saúde do adulto e do idoso;
- 2) Cuidados em situação de doença aguda;
- 3) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
- 4) Cuidados no domicílio;
- 5) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

A UCSPA inclui na sua carteira básica de serviços o Programa de Saúde do Adulto e do Idoso; Programa de Saúde Infantil e Juvenil; Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva e Planeamento Familiar; Programa de Saúde Materna; Programa de Prevenção Oncológica – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) e Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU); Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; Programa Nacional para as Doenças Cardio e Cerebrovasculares Risco: Hipertensão; Consulta de Hipocoagulados; Visitação Domiciliária; Consulta de Doença Aguda; Consulta de Intersubstituição (UCSPA, 2019).

A visitação domiciliária, quer médica quer de enfermagem, destina-se aos utentes inscritos na UCSP de Ansião, e casualmente a familiares diretos esporádicos a residir temporariamente na área de influência da UCSP e cuja situação necessita de uma intervenção no domicílio com critérios definidos de marcação e de prioridade, que estão diretamente relacionados com o grau de dependência do utente inscrito. Excluem-se os utentes residentes em lares, casas de repouso, Instituições Particulares de Solidariedade Social ou fora do concelho. É importante garantir uma boa acessibilidade aos cuidados domiciliários, evitando uma má utilização dos mesmos. Decorre diariamente, para o atendimento de doentes impossibilitados de se deslocarem à unidade e de acordo com as necessidades identificadas. A visitação domiciliária poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da UCSPA. O modo de marcação pode ser presencial ou por telefone. Estas consultas são programadas, estimando-se uma duração média de 45 a 60 minutos, variável em função da situação/distância (UCSPA, 2019).

Na UCSP de Ansião o atendimento das situações de doença aguda terá uma resposta no próprio dia, dentro do horário da unidade, preferencialmente pelo seu médico de família, ou na sua ausência ou impedimento, por outro médico em regime de intersubstituição conforme escala. Todos os médicos têm no seu horário, períodos diários de consulta não programada, para atendimento de casos agudos (UCSPA, 2019).

A consulta de intersubstituição é destinada aos utentes cujo médico/enfermeiro de família se encontra em ausência programada (férias, formação ou outras), ou não programada até 15 dias ou incapacidade de resposta da equipa de família ou que não possuam equipa de família na UCSP. A UCSP garante a acessibilidade de doentes esporádicos (utentes sem inscrição na UCSP de Ansião e com impossibilidade para se deslocar à sua unidade de origem) em situações de doença aguda/tratamento de feridas, mas não emergentes (UCSPA, 2019).

Fora do período de funcionamento da UCSP, em caso de doença aguda o utente poderá recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HUC, Covões, Hospital Pediátrico e Maternidades), Hospital de Pombal e Hospital do Avelar. Aos fins-de-semana, feriados e tolerâncias, das 10h00 às 18h00, os utentes poderão recorrer ainda à CAC do CSA. No atual contexto pandémico, o atendimento das situações agudas realiza-se nas instalações da UCSP. As alternativas assistenciais, com endereços e contactos, estão afixadas de forma visível para os utentes da UCSP de Ansião (UCSPA, 2020).

### **Carteira adicional de serviços**

De acordo com o descrito no Relatório de Atividades relativo a 2019, a UCSP de Ansião tem como carteira adicional o Programa de Cuidados de Situações Agudas com a CAC e a Consulta de Enfermagem do Pé Diabético (UCSPA, 2020).

A CAC destina-se aos utentes inscritos no CSA e utentes esporádicos, com o objetivo de atender todas as situações de doença aguda e todos os utentes com necessidade de tratamentos de enfermagem. Realiza-se aos sábados, domingos e feriados, com horário de funcionamento das 10h00 às 18h00 com recurso a horas extraordinárias. A CAC é assegurada por profissionais do CSA: 7 Médicos da UCSP de Ansião; 4 Enfermeiros da UCSP de Ansião, 2 Enfermeiras da UCC Nabão; 5 AT da UCSP de Ansião e 4 Assistentes Operacionais da UAG (UCSPA, 2020). Desde março de 2020 que o módulo da CAC é uma área dedicada exclusivamente a doentes respiratórios. Destina-se à avaliação clínica de infeção respiratória aguda e realiza-se das 17h00 às 18h00 aos fins de semana e feriados e durante a semana das 17h00 às 20h00.

A Consulta de Enfermagem do Pé Diabético destina-se a todos os diabéticos inscritos na UCSP de Ansião com o objetivo de diminuir e/ou encaminhar antecipadamente as complicações dos pés aos utentes com diabetes. A marcação/encaminhamento dos utentes pelas equipas de saúde é realizada por referência interna, após resultado da avaliação do pé da pessoa com diabetes, com deteção de calosidades ou onicogrifoses, com justificação fundamentada do motivo. É realizada semanalmente à terça-feira das 14h00 às 17h00 (UCSPA, 2020).

### **Consulta de Enfermagem**

A UCSP de Ansião assume um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços da qual fazem parte os programas assistenciais definidos no PA e aprovados em CG, onde os profissionais desempenham todas as atividades incluídas na carteira básica. Os profissionais desta UCSP assumem o compromisso de garantir cuidados de saúde personalizados e individualizados, acautelando a acessibilidade, continuidade e a intersubstituição à população inscrita (UCSPA, 2019).

Cada enfermeiro tem a seu cargo uma lista de utentes, agrupados em famílias, coincidente com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence. No sistema de informação SClinico está identificado o enfermeiro de família. O enfermeiro é responsável por garantir aos seus utentes a vigilância em todo o ciclo de vida, sem prejuízo de colaborar sempre que necessário nos programas de intersubstituição (UCSPA, 2019).

Os profissionais de enfermagem exercem a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em colaboração com os restantes membros da equipa, evoluindo para a prática de enfermagem de família, nomeadamente:

- Participar nos programas de saúde tendo como base o PA da UCSP de Ansião, nomeadamente saúde infantil e pediátrica, saúde materna e ginecológica, hipertensão arterial e diabetes;
- Identificar as necessidades de saúde individuais e familiares;
- Realizar consultas de vigilância de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida do utente e da família, em trabalho de equipa com o médico, informando e orientando de acordo com as necessidades individuais e familiares;
- Promover a saúde dos utentes inscritos através das vertentes preventiva e curativa, em complementaridade com o médico de família;
- Proceder à avaliação e tratamento dos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem, designadamente a execução de tratamento às mais diversas feridas (cirúrgicas, traumáticas) e úlceras (venosas, arteriais e por pressão) e administração de terapêutica injetável na sala de tratamentos;
- Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que responsabilize o utente, a família e a comunidade, nos cuidados de enfermagem, promovendo o ensino e o autocuidado;
- Divulgar o Programa Nacional de Vacinação (PNV), motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar os utentes da UCSP de Ansião;
- Prestar cuidados de saúde no domicílio segundo os critérios definidos pela UCSP;
- Proceder à gestão de ficheiro e dos programas de saúde em colaboração com o médico e o AT da sua equipa;
- Organizar e/ou colaborar nas ações de educação para a saúde dirigidas ao indivíduo e às famílias, em especial aos grupos de risco, de acordo com os diferentes Programas do PA, da iniciativa da UCSP de Ansião;
- Colaborar na consulta de intersubstituição;
- Cuidados em situação de doença aguda;
- Efetuar registos objetivos, claros e concisos;
- Gerir os materiais de consumo clínico e medicamentos;

- Colaborar na preparação e participar nas reuniões clínicas e de serviço;
- Participar nos processos de planeamento, organização e gestão da UCSP;
- Promover formação contínua;
- Colaborar nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;
- Colaborar na elaboração de informações úteis para os utentes;
- Monitorizar e tratar dados estatísticos para avaliação da UCSP;
- Promover a articulação com outras UF do ACeS;
- Todos os atos ou ocorrências de enfermagem devem ser classificados de acordo com as normas em uso - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) - e registados no SClínico, permitindo assim fácil consulta por todos os que têm acesso ao mesmo (médicos e enfermeiros), e a recolha periódica de dados estatísticos necessários à gestão e monitorização da atividade de enfermagem (UCSPA, 2019).

A equipa de enfermagem dispõe de horários específicos de atendimento conforme as necessidades que os utentes apresentam, devendo ser as atividades de enfermagem preferencialmente programadas. Além das atividades já descritas cuja participação é fundamentalmente da equipa, existem outras atividades da exclusiva responsabilidade de enfermagem, nomeadamente tratamentos, injetáveis ou outros atos com prescrição médica; PNV; contacto de enfermagem indireto/gestão de ficheiro (UCSPA, 2019).

A abordagem dos contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar e a caracterização do local de estágio, permite compreender a dinâmica da dimensão, articulação e integração dos cuidados prestados a uma determinada população, demonstrando a importância do papel do enfermeiro de família neste contexto de cuidados.

Segundo a OE (2020), os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo. Os profissionais que prestam cuidados de saúde primários trabalham com os pacientes e as suas famílias e atendem às suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo, e não apenas em resposta a um conjunto de doenças específicas com uma abordagem que envolve determinantes de saúde mais amplos e aspetos inter-relacionados que influenciam o bem-estar físico, mental e social das pessoas (OE, 2020).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação, expansão e coordenação dos cuidados de saúde primários. Através da sua formação e do seu trabalho, demonstraram

prestar cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças (OE, 2020).

A prática clínica de enfermagem de família tem, nos cuidados de saúde primários, a sua base primordial de atuação e todo o seu potencial, tendo em conta a organização dos cuidados de saúde quer em UCSP, quer em USF onde o enfermeiro de família pode exercer as suas competências.

A World Health Organization (WHO) (2020), estabelece como competências de enfermagem em cuidados de saúde primários a defesa do doente e educação; a comunicação efetiva; o trabalho em equipa e liderança e a prática clínica e os cuidados centrados na pessoa.

É essencial a capacidade para promover o direito dos utentes, assegurando a qualidade dos cuidados, empoderando-os para se tornarem participantes ativos da sua saúde, monitorizando, identificando e estabelecendo prioridades para as necessidades de saúde da população, ajustando os cuidados para responder às determinantes de saúde sociais e ocupacionais que se refletem nas necessidades de saúde da comunidade (WHO, 2020).

### **Plano de Ação**

A UCSP tem um modelo de gestão por objetivos definidos em PA revisto anualmente com identificação de metas e atividades a desenvolver. Todos os anos a equipa assina a Carta de Compromisso no âmbito da contratualização interna com o ACeS PIN. De acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017 será revista a contratualização sempre que se altere as condições de exercício da equipa e seus recursos. A equipa reúne pelo menos trimestralmente para a monitorização dos indicadores contratualizados, discussão de resultados e aspetos organizacionais, avaliação de desempenho, discussão e definição de estratégias ou medidas corretoras (UCSPA, 2019).

Com base na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o PA desta unidade apresenta-se no estado “Fechado Sem Reabertura”, com data de 15/11/2021, cujo principal problema identificado na Carta de Compromisso foi a “Pandemia COVID-19”. De uma forma geral a carteira básica foi condicionada devido às necessidades de resposta à doença COVID-19 e teve como objetivos a gestão da resposta à carteira básica de serviços e ao mesmo tempo à doença COVID-19 (Carta de Compromisso, 2021).

Dadas as condicionantes relativas à pandemia por COVID19, pode apenas fazer-se uma análise retrospectiva relativa ao ano de 2019.

De acordo com a Carta de Compromisso de 2019, e com o descrito no Relatório de Atividades de 2019, a UCSP de Ansião definiu como problemas de saúde os Rastreios, englobando o

RCCR e RCCU, indo ao encontro dos problemas do ACeS PIN, uma vez que o número de rastreios realizados se encontrava abaixo do desejado. Assim foram definidos dois objetivos que visam a melhoria da taxa de RCCU e do RCCR:

- Aumentar a taxa de RCCR na população entre [50-75 [anos;
- Aumentar a proporção de mulheres entre [25-65 anos, com RCCU efetuado e registado.

Os indicadores que permitem monitorizar este processo são:

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

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

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

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

- Excluir do rastreio na aplicação SiiMA e no SClínico as mulheres seguidas no privado, ou com outros critérios de exclusão;
- Realizar convocatória por carta convite ou via telefone;
- Outras metodologias que as várias equipas achem pertinentes e eficazes.

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

- Excluir do rastreio na aplicação SiiMA e no SClínico os utentes de acordo com os critérios de exclusão;
- Realizar convocatória por carta convite ou via telefone;
- Realizar rastreio oportunista;
- Outras metodologias que as várias equipas achem pertinentes e eficazes (UCSPA, 2020).

No global a UCSP de Ansião melhorou comparativamente a setembro de 2018 passando de 27,76 para 36,27 na proporção de mulheres entre [25;60 [anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado, e de 27,65 para 39,36 na proporção de utentes com idade entre [50; 75 [anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado em 2019 (UCSPA, 2020).

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

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

**Quadro 3 - Desempenho assistencial - indicadores de enfermagem**

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

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

De uma forma geral, no que diz respeito aos indicadores de enfermagem contabilizados para o desempenho assistencial da unidade, pode verificar-se através da análise do quadro 3 que a maior parte se encontra com score 0, sobretudo nas sub-áreas da Gestão da Doença e

Gestão da Saúde. Situação que é justificável pelo atual contexto pandémico, que condicionou claramente o acesso aos cuidados de saúde.

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

Apresenta-se no quadro 4 relativo à área de desempenho assistencial, na sub-área Gestão da Saúde, dimensão Saúde do Idoso, o indicador sensível aos cuidados de enfermagem, com dados relativos a abril de 2021.

**Quadro 4 - Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos**  
**Desempenho Assistencial**

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

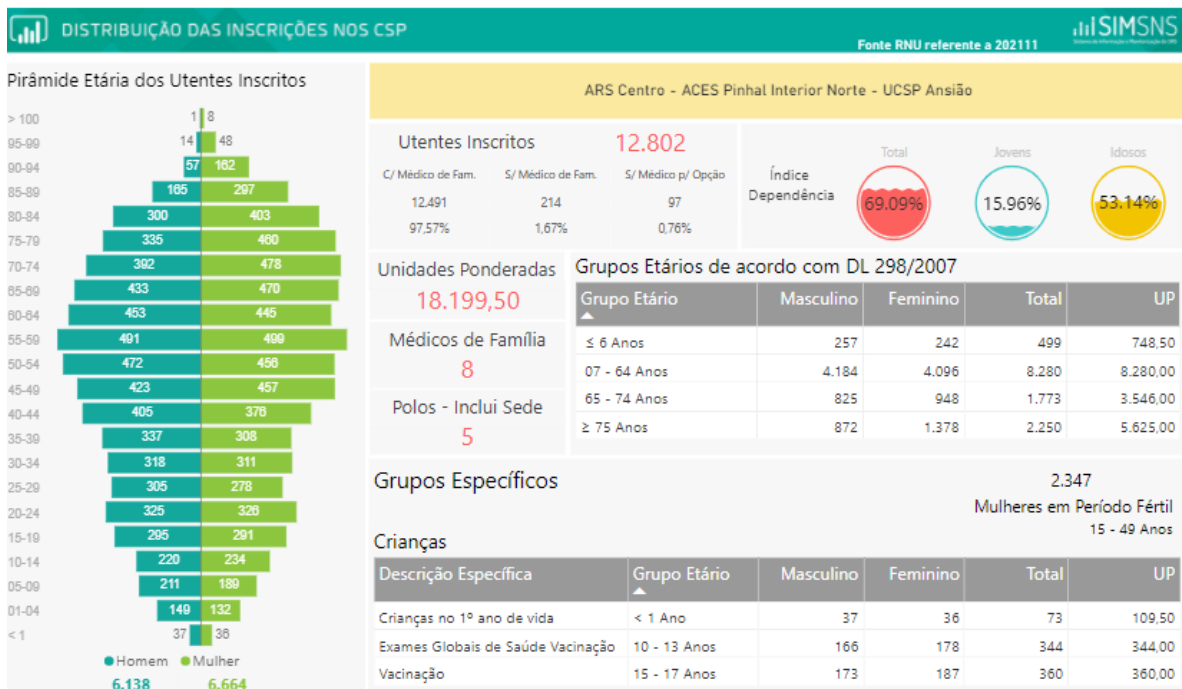
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Pode constatar-se pela análise do referido quadro que o resultado se encontra abaixo do mínimo aceitável (350), no entanto, encontra-se perto de o atingir (318.203). Este desempenho pode dever-se ao facto de se ter atravessado um período condicionado pela pandemia, com repercussão negativa em termos de desempenho assistencial, de uma forma geral em todas as áreas, não sendo exceção a área da saúde do idoso.

#### 1.1.6. Caracterização dos utentes da UCSP de Ansião

O BI-CSP disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando e quantificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada (SNS, 2021).

Em outubro de 2021 a UCSPA apresentava um IDG de 45,9% (SNS, 2021), e de acordo com os últimos dados disponibilizados pelo BI-CSP na mesma data, contabilizava um total de 12.802 utentes inscritos, distribuídos de acordo com a pirâmide etária da figura 5 (SNS, 2021).



**Figura 5- Distribuição das inscrições nos CSP – UCSPA**

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx> (SNS, 2021)

BI-CSP

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx>

Analisando a pirâmide etária disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP, verifica-se que a UCSP de Ansião presta cuidados a uma população envelhecida. O número de crianças com menos de um ano é de apenas 73 e são 9 os idosos com idade superior a 100 anos, dos quais 8 do género feminino e 1 do género masculino. No que respeita à população feminina 2.347 mulheres estão em idade fértil (15-49 anos), ou seja 18,33% do total da população inscrita na UCSP de Ansião. Do total de 12802 utentes inscritos, 12491 utentes possuem médico e enfermeiro de família (97,57%), distribuídos por 8 equipas de família e 214 utentes (1,67%) não têm médico/enfermeiro de família. Cerca de 97 utentes (0,76%) não tem médico de família por opção (SNS, 2021).

Sendo uma população maioritariamente envelhecida, caracterizada pela inversão da pirâmide etária, é expectável que se verifique, apesar do aumento da esperança média de vida, um aumento da taxa bruta de mortalidade, quando se compara o ano de 2020 com o ano de 1960, cujas características populacionais eram substancialmente diferentes como se pode observar pela análise dos quadros 5 e 6 (PORDATA, 2021).

**Quadro 5 - Taxa bruta de mortalidade**

Territórios	Taxa bruta de mortalidade	
	1960	2020
Vila Nova de Poiares	13,4	14,8
Região de Leiria	-	11,8
Alvaiázere	11,2	18,5
<b>Ansião</b>	<b>9,7</b>	<b>14,9</b>

Fonte: PORDATA, 2021 - <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>

No que diz respeito à taxa bruta de natalidade, e corroborando a tendência das características populacionais de uma pirâmide invertida, a mesma teve um decréscimo substancial de 11,7 em 1981 para 5,3 em 2020 tal como se pode observar no quadro 6 (PORDATA, 2021).

**Quadro 6 - Taxa bruta de natalidade**

Territórios	Taxa bruta de natalidade	
	1981	2020
Vila Nova de Poiares	13,7	4,5
Região de Leiria	-	7,7
Alvaiázere	11,7	3,2
<b>Ansião</b>	<b>11,7</b>	<b>5,3</b>

Fonte: PORDATA, 2021 - <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>

De acordo com projeções efetuadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Entre 2015 e 2080, de acordo com o cenário central de projeção, Portugal perderá população, o número de jovens diminuirá e mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos, motivada pela redução de mulheres em idade fértil, como reflexo de baixos níveis de fecundidade registados em anos anteriores.

No que diz respeito à população da UCSPA, esta apresenta um índice de dependência total de 69,09% (SNS, 2021).

Este índice estabelece a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, ou seja, entre a população dependente e a população em idade ativa (INE, 2021).

O índice de dependência de jovens (<15 anos) é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2021).

O índice de dependência de jovens na UCSPA é de 15,96% (SNS, 2021).

O índice de dependência de idosos (≥65 anos) é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2021), cujo valor é de 53,14% (SNS, 2021).

Pela análise dos valores acima descritos, pode verificar-se que, tal como já foi referido, a UCSPA presta cuidados de saúde a uma população maioritariamente envelhecida (índice de dependência total elevado), com um aumento da esperança média de vida, o que aumenta consideravelmente as necessidades em cuidados de saúde.

De acordo com os dados da plataforma BI-CSP (SNS, 2021), o quadro 7 apresenta a distribuição por grupo etário dos utentes inscritos na UCSPA.

**Quadro 7 - Distribuição de utentes inscritos por grupo etário - UCSPA**

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 anos	257	242	499	748,50
7 – 64 anos	4.184	4.096	8.280	8.280,00
65 – 74 anos	825	948	1.773	3.546,00
≥ 75 anos	872	1.378	2.250	5.625,00

Fonte: Plataforma BI-CSP <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx> (SNS, 2021)

Relativamente às dotações recomendadas, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) o rácio de dotação de enfermeiro adequado em cada UF é um enfermeiro por cada 1.550 utentes ou 1.917 unidades ponderadas (UP) e um enfermeiro para 350 famílias.

Segundo o art.º 9, capítulo II do Decreto-Lei nº 298/2007, as unidades ponderadas obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores: ao grupo etário dos 7 aos 64 é atribuído o fator de ponderação 1, o número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5; o número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2; e o número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.

Estes fatores de ponderação, de acordo com a Recomendação Nº 2 da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários de 25/08/2017 são essenciais, na medida em que a qualidade dos cuidados de proximidade prestados aos cidadãos depende de dois fatores fundamentais no que diz respeito à constituição das listas de utentes - a dimensão e as características específicas das mesmas naquilo que implica a demanda de cuidados (taxa de utilização) e, por conseguinte, a quantidade de trabalho associada. Uma lista de utentes induz uma determinada carga de trabalho que varia em função de múltiplos fatores que obrigam a que a sua dimensão tenha de ser ponderada em função das suas características e do contexto em que se insere. Quando essa dimensão ponderada é excessiva verificam-se repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e também na satisfação dos utentes e profissionais e na saúde destes últimos (SNS, 2017).

Atualmente, a média de utentes inscritos por médico de família na UCSP é de cerca de 1 600,25 utentes/equipa de família e relativamente à média das UP verifica-se que esta é de 2 274,9 utentes/equipa de família (SNS, 2021).

Estes números ultrapassam os valores preconizados, o que pode ter repercussão negativa, quer na qualidade dos cuidados prestados à população, quer no desempenho assistencial que se traduz na dificuldade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Os resultados de desempenho são mensuráveis através de indicadores de saúde, e a sua recolha de dados é efetuada através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) que permite complementar a informação de produção diária, e cuja atualização de dados é feita mensalmente.

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

Após análise dos documentos citados, constata-se que os maiores problemas de saúde são: Saúde Mental, vigilância e controle de doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes, Hipertensão Arterial e Obesidade, Doenças do Aparelho Respiratório, Tumores Malignos/Doença Oncológica e Acessibilidade. Em relação à prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSP, e em consonância com os problemas descritos nos planos de saúde, os resultados estão representados no quadro 8 de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC).

**Quadro 8 - Prevalência de problemas de saúde da população inscrita na UCSP**  
(continua)

ICPC	Métrica	Quantidade	Top Problemas
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	4.044	1
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	3.321	2
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	2.128	3
T83	EXCESSO DE PESO	1.940	4
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	1.783	5
R74	INFEÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	1.585	6
T82	OBESIDADE	1.486	7
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	1.291	8
L87	BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE	1.210	9
L90	OSTEOARTROSE DO JOELHO	1.083	10
A98	MEDICINA PREVENTIVA / DE ACOMPANHAMENTO GERAL	1.064	11
P74	DISTÚRBO ANSIOSO /ESTADO DE ANSIEDADE	1.047	12
R75	SINUSITE CRÓNICA / AGUDA	962	13
D87	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO ESTÔMAGO	925	14
L92	SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO	903	15

(conclusão)

ICPC	Métrica	Quantidade	Top Problemas
L85	DEFORMAÇÃO ADQUIRIDA DA COLUNA	885	16
L79	ENTORSES E DISTENSÕES DAS ARTICULAÇÕES, NE	868	17
D82	DOENÇAS DOS DENTES / GENGIVAS	831	18
L91	OUTRAS OSTEOARTROSES	807	19
P17	ABUSO DO TABACO	780	20

Fonte: [http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx?rn=/20211206185621565&n=/P04\\_R06\\_\\_Top\\_Problemas\\_UF\\_e\\_Médico.pdf](http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx?rn=/20211206185621565&n=/P04_R06__Top_Problemas_UF_e_Médico.pdf) - MIM@UF11/2021

Pode verificar-se que a maior parte dos problemas identificados diz respeito às alterações do metabolismo dos lípidos e hipertensão sem complicações, intrinsecamente ligados às doenças crónicas (Diabetes, Hipertensão Arterial e Obesidade). Para além da síndrome vertebral com irradiação de dores, surge também o excesso de peso e as perturbações depressivas que cada vez mais fazem parte dos problemas de saúde identificados revestindo a área da saúde mental de importância crescente.

## 1.2. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

De acordo com a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE)/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021) em Portugal, a esperança de vida é ligeiramente superior à média da União Europeia, mas diminuiu quase um ano em 2020 devido às mortes causadas pela COVID-19. Embora o sistema de saúde português proporcione acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, a pandemia de COVID-19 veio realçar algumas debilidades de carácter estrutural, nomeadamente um baixo investimento em profissionais e equipamentos de saúde. Antes da pandemia, a esperança de vida em Portugal registou um aumento superior a cinco anos entre 2000 e 2019. A esperança de vida à nascença em Portugal é superior à média da união europeia. O peso das doenças não transmissíveis é elevado, sendo que as doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte.

Segundo a mesma fonte, os fatores de risco comportamentais e ambientais têm um impacto significativo na mortalidade. Cerca de um terço (30%) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. Não obstante, esta percentagem é inferior à média da união europeia (39%). As taxas de tabagismo têm diminuído, mas o consumo de álcool em idade adulta continua acima da média da união europeia. Quanto às taxas de obesidade nos adultos portugueses, estas aumentaram na última década. Com base na avaliação que os próprios fazem do seu estado de saúde, 17% dos adultos eram obesos em 2019, uma taxa ligeiramente superior à média

da união europeia (16%). A recente adoção de medidas para promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis visa combater o excesso de peso e a obesidade. Entre estas contam-se, nomeadamente, a aplicação de impostos sobre os alimentos e refrigerantes com elevado teor calórico, a adoção de restrições em matéria de publicidade de alimentos nocivos dirigida a menores de 16 anos, a reformulação de produtos alimentares, por exemplo, limitando a quantidade de sal, e a prescrição da prática de exercício físico, que nos adultos e adolescentes está entre as mais baixas dos países da união europeia. A falta de exercício físico, o excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde pública preocupantes.

Quanto ao ficheiro da equipa de família, este apresenta um total de 1440 utentes e 2101,5 unidades ponderadas, de acordo com os dados disponibilizados pelo MIM@UF, apresentados no quadro 9.

**Quadro 9 - Nº inscritos no ficheiro da equipa de família**

Grupo Etário	Fator UP	Masculino	Feminino	Total	UP
>=0 e < 7anos	1,5	24	29	53	79,5
>=7 e <65 anos	1	462	441	903	903
>=65 e <74 anos	2	99	83	182	364
>= 75 anos	2,5	113	189	302	755
<b>Total</b>		698	742	1440	2101,5

Fonte: <http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx> - MIM@UF 2021

Quanto aos principais problemas de saúde, os que apresentam um maior número de registos por diagnóstico ativo de acordo com a ICPC são as alterações do metabolismo dos lípidos (353), hipertensão sem complicações (343) e osteoartroses (193) tal como representado no quadro 10.

**Quadro 10 - Nº inscritos por diagnóstico ativo no ficheiro da equipa de família**  
(continua)

ICPC	Métrica	Quantidade	Top Problemas
T93 ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS		353	1
K86 HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES		343	2
L91 OUTRAS OSTEOARTROSES		193	3
R74 INFEÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR		156	4
L86 SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES		142	5
P76 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS		142	5
D82 DOENÇAS DOS DENTES / GENGIVAS		134	7
T90 DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE		134	7
D87 ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO ESTÔMAGO		128	9
L90 OSTEOARTROSE DO JOELHO		126	10
L87 BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE		124	11
P01 SENSAÇÃO DE ANSIEDADE / NERVOSISMO / TENSÃO		114	12

(conclusão)

ICPC	Métrica	Quantidade	Top Problemas
L95 OSTEOPOROSE		97	13
P74 DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO ANSIEDADE		92	14
F92 CATARATAS		83	15
L03 SINAIS / SINTOMAS DA REGIÃO LOMBAR		82	16
P06 PERTURBAÇÕES DO SONO		74	17
T92 GOTA		73	18
T81 BÓCIO		72	19
H82 SÍNDROMES VERTIGINOSOS		71	20
W11 CONTRACEÇÃO ORAL		71	20

Fonte: [http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx?rn=/20211206185244162&n=/P04\\_R06\\_Top\\_Problemas\\_UF\\_e\\_Médico.pdf](http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx?rn=/20211206185244162&n=/P04_R06_Top_Problemas_UF_e_Médico.pdf) - MIM@UF11/2021

No quadro 11 encontram-se representadas o nº total de famílias do ficheiro da equipa de família. Verifica-se pela análise do quadro, a existência de um número de famílias largamente acima do preconizado (681), de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que estabelece o rácio de dotação de enfermeiro adequado em cada UF (um enfermeiro por cada 1550 utentes ou 1917 unidades ponderadas e um enfermeiro para 350 famílias).

**Quadro 11 - Nº total de famílias/Ficheiro da equipa de família - 10/2021**

Frequentador atual	Frequentador		Total		
	Local	Nº famílias	Nº utentes família	Nº famílias	Nº utentes família
UCSP Ansião		681	1410	681	1410

Fonte: <http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx> - MIM@UF10/2021

No que diz respeito à inscrição ativa de utentes por geografia de habitação no ficheiro da equipa de família (quadro 12), verifica-se que a grande maioria dos utentes inscritos pertence ao concelho de Ansião e respetiva freguesia, possibilitando o acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se alguma dispersão de utentes pelas freguesias limítrofes do concelho de Ansião e um número residual de utentes inscritos em concelhos que distam de Ansião.

**Quadro 12 - Utentes inscritos com inscrição ativa por geografia de habitação /Ficheiro da equipa de família - 10/2021**

(continua)

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Nº Utentes Inscritos
Braga	União das freguesias de Real, Dume e Semelhe	1
Covilhã	União das freguesias de Covilhã e Canhoso	2
Sertã	Sertã	2
	União das freguesias de Cernache do Bonjardim, Nesperal e Palhais	2
Coimbra	Ceira	1
	Santo António dos Olivais	7
	União das freguesias de Assafarge e Antanhol	3
	União das freguesias de Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu)	3
	União das freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas	1
	União das freguesias de Souselas e Botão	1

(conclusão)

Concelho Habitação	Freguesia Habitação	Nº Utentes Inscritos
Lousã	União das freguesias de Lousã e Vilarinho	1
Mira	Carapelhos	1
Oliveira do Hospital	União das freguesias de Oliveira do Hospital e São Paio de Gramaços	1
Penela	Cumeeira	7
	União das freguesias de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	1
Soure	Soure	1
Faro	União das freguesias de Faro (Sé e São Pedro)	1
Loulé	Quarteira	2
Silves	São Bartolomeu de Messines	1
Alvaiázere	Maçãs de Dona Maria	3
	Alvaiázere	4
	Pussos São Pedro	1
Ansião	Alvorge	15
	Avelar	76
	Chão de Couce	105
	Pousaflores	151
	Santiago da Guarda	155
	Ansião	761
Figueiró dos Vinhos	Aguda	3
Leiria	União das freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes	1
	União das freguesias de Parceiros e Azoia	1
Nazaré	Nazaré	1
Pombal	Abiúl	17
	Pombal	10
	Redinha	3
	União das freguesias de Santiago e São Simão de Litém e Albergaria dos Doze	1
Lisboa	Benfica	1
	Lumiar	2
Odivelas	Marvila	1
	Misericórdia	1
	Odivelas	1
	União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto	1
Vila Nova de Gaia	Madalena	1
Ferreira do Zêzere	União das freguesias de Areias e Pias	3
Barreiro	União das freguesias de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena	2
Moita	União das freguesias de Baixa da Banheira e Vale da Amoreira	1
Seixal	Amora	2
Angra do Heroísmo	Angra (Santa Luzia)	1
Desconhecido	Desconhecido	46
<b>Total</b>		<b>1410</b>

Fonte: <http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx> - MIM@UF10/2021

Quanto ao número de utentes inscritos por programa de vigilância no ficheiro da equipa de família (quadro 13) pode constatar-se que é a Hipertensão Arterial o programa de vigilância com maior número de utentes inscritos, estando em linha com os problemas identificados. De realçar o baixo número de grávidas em vigilância em Saúde Materna, evidenciando desta forma a tendência da população para baixas taxas de fertilidade com as consequências populacionais já referidas, nomeadamente a inversão das pirâmides etárias.

**Quadro 13 - Nº de utentes inscritos por programa de vigilância no ficheiro da equipa de família – 10/2021**

Programa de Saúde	Nº de utentes
Planeamento Familiar	155
Saúde Materna	16
Rastreios Oncológicos	126
Hipertensão Arterial	232
Diabetes	120
Saúde Infantil	142
<b>Total</b>	<b>791</b>

Fonte: <http://10.30.1.13/microstrategy/asp/Main.aspx> - MIM@UF10/2021

Analisando estes dados, e tendo em consideração o estado de saúde em Portugal, o enfermeiro de família tem um vasto campo de atuação no que diz respeito à prevenção da doença, nomeadamente das doenças cardiovasculares, promovendo uma eficaz gestão do regime terapêutico, hábitos alimentares saudáveis, assim como as práticas de exercício físico regulares, incluindo a sua prescrição.

Há, no entanto, algumas condicionantes que limitam a sua realização em pleno e a acessibilidade a todos os utentes. Os ficheiros clínicos estão atualmente acima dos seus limites quer em número, quer ao nível de unidades ponderadas, o que dificulta a implementação destas práticas, já que os recursos humanos existentes quando se fala nos profissionais de saúde não são suficientes para dar efetivas respostas à população que abrangem, sobretudo quando se fala em termos de acessibilidade.

De acordo com a Lei n.º 75-B/2020, art.º 278, no seu ponto 5 “A constituição da lista de utentes inscritos por médico de família é organizada respeitando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), designadamente cumprindo o máximo de 1917 unidades ponderadas”.

Segundo o Sindicato Independente dos Médicos, a redação do referido foi aprovada em Comissão pelo Parlamento no dia 29 de outubro de 2020, Proposta de Lei n.º 61/XIV/2ª, com a seguinte nota justificativa: “A extensão das listas de utentes dos médicos de família, por vezes ultrapassando largamente os dois mil utentes, inviabiliza frequentemente o adequado acompanhamento do utente pelo seu médico de família” (SIM, 2021).

Sendo esta situação transversal no que à enfermagem de família diz respeito, atendendo às listas de utentes por equipa de família uma vez que as dotações recomendadas são na sua maioria largamente excedidas, é necessária uma política de investimento em recursos humanos, para que haja um acompanhamento adequado de todos os utentes e para que estes obtenham os melhores resultados em saúde.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É habitual pensarmos na família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais do que uma família. Esta é então, um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a qualquer outra família (Alarcão, 2000).

A mesma autora refere-se que a família é, também, um grupo institucionalizado, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social. Tudo isto faz da família um objeto de estudo de diferentes disciplinas científicas, podendo ser encarada em diversas perspetivas. O ponto de vista sistémico afigura-se como um interessante instrumento de leitura e reflexão dessa unidade total (a família) e dessa totalidade de unidades (os indivíduos) que a família constitui, num espaço e num tempo determinados.

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e organização familiar, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde. A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (OE, 2011).

Neste sentido, para a compreensão da família como unidade, é essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade de família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009 as cited in OE, 2011).

Assim, e de acordo com a linguagem CIPE, versão 1.0, família é um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação consanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (OE, 2011).

Segundo Figueiredo, 2009 as cited in OE, 2011, o conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos, mas que reconhecendo a complexidade do sistema familiar, enquanto unidade transformativa, integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização do sistema familiar, entre outras definidoras do sistema familiar enquanto sistema autopoietico co-evolutivo.

Ao longo dos últimos anos, as famílias sofreram várias transformações, fruto da própria evolução da sociedade em termos políticos, económicos e sociais.

Na análise das tendências de mudança das famílias que ao longo do século XX e até ao presente têm vindo a ocorrer nas sociedades ocidentais, tanto se podem destacar os processos de reconfiguração das formas familiares e das modalidades de organizar o quotidiano, como o enfoque pode ser colocado nas dinâmicas inerentes a novos quadros normativos, a novos significados de família e a diferentes conceções sobre o modo de viver os afetos que não passam pelo casamento heterossexual nem pela procriação (Guerreiro, Torres & Lobo, 2007).

Segundo Delgado e Wall (2014), nos últimos 50 anos verificaram-se diversas alterações que tiveram impacto ao nível da estrutura familiar, nomeadamente no que diz respeito à dimensão média das famílias que reduziu significativamente. O casal com e sem filhos continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar, tendo-se verificado o aumento do número de casais sem filhos e dos núcleos familiares monoparentais. Verificou-se também o aumento do peso relativo das pessoas que vivem sós, e a diminuição do peso das famílias complexas.

A par das transformações familiares que foram ocorrendo ao longo do tempo, também a evolução demográfica teve repercussões em termos da saúde das populações.

Os indicadores demográficos mostram-nos que Portugal segue a tendência dos países ditos desenvolvidos. Ou seja, os portugueses vivem cada vez mais anos. Uma realidade que revela uma melhoria geral das condições de vida, mas também o acesso aos avanços da medicina e da tecnologia, com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e eficazes. Hoje, somos uma população envelhecida, com um baixo índice de fecundidade, que se depara com novos problemas de saúde, assumindo as doenças crónicas um peso crescente (Ministério da Saúde, 2018).

Tal como já foi referido aquando da caracterização da UCSPA, e corroborando esta tendência, a população desta unidade funcional não é exceção. É uma população maioritariamente idosa, caracterizada pela inversão da pirâmide etária.

Perante todas estas transformações e respetivas exigências, os sistemas de saúde tiveram também eles de se readaptar e evoluir.

O processo de reorganização dos CSP teve como principal objetivo contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde (Campos, 2006).

Em linha com este objetivo, esteve a base da criação das USF que têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos de acordo com o plasmado no art.º 4 do Decreto-Lei nº 298/2007, assim como as UCSP que têm uma estrutura idêntica à prevista para as USF de acordo com o art.º 10 do Decreto-Lei nº 28/2008.

A evolução que os CSP têm registado nos tempos atuais, tem assumido uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como, com significativa relevância, na sua prevenção. Sinal desta crescente relevância materializa-se no papel do Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP. Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas c), d) e f) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da OE, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo (Regulamento nº 428/2018, OE).

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na “Saúde 21”, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da OMS. Foram colocados novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva e salientando-se o seu papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo. A 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS – Região Europeia, reforçou o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (OE, 2011).

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, enfatizadas as intervenções de rede e um paradigma de cuidados

centrados na família e no ciclo de vida. Com o atual enquadramento legislativo dos CSP, estamos perante um modelo de proximidade emergindo o contexto para direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados. O enfermeiro de família assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (OE, 2011).

Neste contexto, é inegável a importância e o papel do enfermeiro de família como eixo central nos CSP, no que concerne aos cuidados à família.

Os centros de saúde como a base institucional dos CSP e o pilar central de todo o sistema de saúde, constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população. A concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP abrangeu um conjunto de áreas e medidas, tais como: reconfiguração organizacional dos CS, com ênfase em pequenas unidades de saúde familiar; autonomia progressiva dos CS e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP; reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública; criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares; modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS; política adequada de recursos humanos, incluindo atração de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores; sistemas adequados de informação clínica e para a gestão; integração dos sectores cooperativo, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população e sintonização de todas as ações com o Plano Nacional de Saúde (Campos, 2006).

### **Enfermagem de família e competências de prática avançada**

Com a criação da especialidade em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, torna-se importante debruçarmo-nos sobre as respetivas competências práticas avançadas para a enfermagem de família, assim como sobre as suas premissas. Acerca deste assunto, a International Family Nurse Association (IFNA) como principal organização de enfermeiros de família, emitiu sob a forma de documento, a sua posição acerca das competências práticas avançadas para a enfermagem de família, a qual constitui um elemento essencial para a compreensão desta temática, formulando uma visão clara acerca das mesmas.

A enfermagem de família de prática avançada vai além da prática geral, integrando o conhecimento científico da enfermagem de família obtido a partir de práticas, investigação e ensino formal, para assim abordar melhor os complexos cuidados da enfermagem das

famílias (IFNA, 2017). A mesma é definida como a aplicação focalizada de uma série de competências avançadas da enfermagem, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde primários dos utentes e das suas famílias, centrando-se sobretudo nos cuidados familiares, projetados segundo a preparação educacional prática, os conhecimentos do enfermeiro de família e a sua experiência, de modo a colmatar as necessidades de saúde das famílias e dos restantes membros da comunidade (adaptado de Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady, 2014 as cited in IFNA, 2017).

A mesma associação estabelece como fulcral, a capacidade do enfermeiro para colaborar numa relação não hierárquica com as famílias, oferecendo um ponto de vista baseado em pontos fortes em vez de centrado na patologia e apoiar a possibilidade de múltiplas realidades (Friedemann, 1995; Wright & Bell, 2009 as cited in IFNA, 2017).

Segundo Anderson & Tomlinson, 1992 as cited in IFNA (2017), as competências de prática avançada em enfermagem de família indicam ao enfermeiro como este deve interagir com as famílias, a fim de promover, manter, restaurar e reforçar os cuidados de saúde da família enquanto unidade e dos membros da família, devendo usar os seus conhecimentos para avaliar e facilitar a saúde da família, tendo em conta a saúde e a interação dinâmica desta com os diferentes membros da família e enquanto unidade familiar, como também a sua interação a nível biopsicossocial e possíveis riscos ambientais.

A compreensão das competências de prática avançada em enfermagem de família passa também por ter em conta as premissas essenciais nesta área, nomeadamente saúde, enfermagem, família e ambiente.

A **saúde** humana é um processo dinâmico, vivenciado pelas famílias, e o seu conceito inclui a interação entre bem-estar e doença, reflexo de um paradigma holístico. A saúde familiar fomenta a noção de que as relações familiares são fulcrais para a saúde da família e engloba muito mais do que só a saúde dos indivíduos como partes independentes, reconhecendo a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do enfermeiro de família. A noção de saúde familiar engloba a saúde da família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si e reflete também uma interação a nível biopsicossocial, espiritual e outros (IFNA, 2017).

Relativamente ao conceito de **enfermagem**, a prática avançada de enfermagem de família representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família, tanto na saúde como na sociedade baseando-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família, apresentando diferentes pontos de vista que influenciam a saúde familiar. Os enfermeiros de família assistem às

necessidades da família, tanto a nível biológico como psicológico, social e espiritual e interatuam assim com diversas famílias e indivíduos em todos os tipos de condições. Devem também contribuir com pontos fortes e bons recursos para o relacionamento com a família e devem apresentar conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta. Neste contexto os enfermeiros criam e mantêm relações reparadoras com as famílias e tomam parte ativa na complexidade do risco de saúde familiar, contribuindo com recursos para melhorar a saúde global da família e devem ser capazes de pensar simultaneamente em vários parâmetros durante a sua avaliação e intervenção, como por exemplo as interações entre os diferentes membros da família, as suas relações e a ampla influência do contexto social. O alvo de intervenção do enfermeiro de família de prática avançada devem ser aspetos onde haja maior probabilidade e disponibilidade para mudança (IFNA, 2017).

Quanto ao conceito de **família**, esta é considerada como um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos, com um forte sentimento de pertença e uma necessidade por estar envolvido na vida um do outro. As famílias têm aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a perceção de saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos e todas têm a capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde, sabendo que uma família inclui diferentes indivíduos, cada um com a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual. Toda a forma de comunicação verbal e não verbal familiar é significativa e todas as famílias possuem um património cultural e histórico, que é parte integrante da saúde e da vida familiar, o que torna únicos a perspetiva familiar, o seu conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura e o seu crescimento pessoal (IFNA, 2017).

No que diz respeito ao **ambiente**, a saúde familiar é influenciada pela forma como os seus membros interagem dentro de contextos ambientais comuns, assim como todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e a sua complexidade cultural interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo influenciada também ao longo do tempo. Os enfermeiros colaboram com as famílias, de modo a criar ambientes que promovam a saúde e o seu efeito a longo prazo, assim como a gestão rápida de sintomas e a prevenção de doenças (IFNA, 2017).

Assim, e de acordo com Figueiredo (2009) a enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família, do mesmo modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. A família, enquanto grupo identitário, constitui-se assim como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos

processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento. A adaptação às novas situações, sejam elas internas ou externas, assegura a mudança e continuidade da família, que, revestida de mais ou menos stresse, possibilita o funcionamento efetivo do sistema familiar que se processa num contexto co-evolutivo e transformativo. Compreende-se assim o enfoque da enfermagem de família nas relações e nas interações, em que a finalidade da intervenção é a mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar. Em síntese, os objetivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança.

Ainda segundo a mesma autora, os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002 as cited in Figueiredo, 2009), que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Por isso se torna essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição. O acompanhamento e o desenvolvimento das famílias no processo de assistência comunitária, coloca o foco no desempenho do enfermeiro com um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família.

### **Modelos e Teorias de Enfermagem**

Para além dos conceitos acima descritos essenciais para a prática avançada da enfermagem de família, importa fazer referência aos modelos conceptuais subjacentes a esta prática.

Os modelos conceptuais oferecem distintas perspetivas para a prática do enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Podem servir como instrumento de ligação entre a teoria e a prática, assim como, clarificar pensamentos sobre os elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si (Wesley, 1997 as cited in Figueiredo, 2012).

Segundo a mesma autora, os modelos conceptuais fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, consolidada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar. Ao integrar um conjunto de enunciações gerais que integram conceitos dentro de uma configuração ou padrão significativo possibilitam um quadro de referência, ou seja, um modo coerente de pensar sobre os fenómenos, fortalecendo a construção do

conhecimento em enfermagem (Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006 as cited in Figueiredo, 2012).

A enfermagem enquanto disciplina é dotada de um vasto corpo de conhecimentos que guiam a prática e uma parte importante deste corpo de conhecimentos são os modelos e teorias de enfermagem. Independentemente da sua complexidade e abstração, refletem fenómenos centrais à disciplina e ajudam os enfermeiros a enquadrar a sua maneira de pensar, de agir e de ser no mundo (Kolcaba, 2015).

Segundo Figueiredo, 2012 alguns modelos e teorias de enfermagem contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente a sua afirmação conceptual. Neste contexto inserem-se sobretudo as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen consideradas como mais relevantes no desenvolvimento da enfermagem de família (Whall & Fawcett, 1991; Hanson & Boyd, 1996; Freidman, 1998; Hanson & Kaakinen, 1999; Hanson, 2005; Friedmann, 1999; Schober & Affara, 2001; Wright & Leahey, 2008; Kaakiken, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010).

Roy perspetiva saúde como um estado e um processo de ser e tornar-se integrado, num reflexo de adaptação e interação entre a pessoa e o meio ambiente derivando a definição do pensamento de que adaptação é um processo de promoção fisiológica, integridade psicológica e social em que saúde não é liberdade da inevitabilidade de morte, doença, infelicidade e stress, mas a capacidade para lidar com eles com competência. Saúde e doença são inevitáveis, existindo simultaneamente na dimensão da experiência de vida da pessoa. Quando os mecanismos de coping são ineficazes, a doença acontece como resultado, por outro lado, a saúde surge quando os seres humanos se adaptam continuamente (Phillips, 2004).

Por outro lado, a teoria de Betty Neuman, descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente, por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida é caracterizada por este efeito recíproco contínuo de equilíbrio e desequilíbrio no organismo. Quando o processo de estabilização falha nalgum ponto ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por muito tempo, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença. Quando a doença como processo compensatório falha completamente, o organismo pode morrer (Freese, 2004).

Segundo a mesma autora, Neuman relaciona níveis de prevenção com a enfermagem. Assim, a prevenção primária é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um fator de stress prejudicial e envolve a redução da possibilidade de enfrentar o fator de stress, ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a reação ao mesmo. As prevenções secundária e terciária são usadas depois do organismo enfrentar um fator de stress prejudicial. A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos fatores de stress através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas de doença. A prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do fator de stress depois do tratamento (Freese, 2004).

Sendo um sistema aberto, a estrutura básica do cliente é dotada de fatores nucleares de sobrevivência que se encontram em relação com o ambiente, aqui visto como o conjunto de forças internas e externas que afetam e são afetadas pelo cliente. A troca de energia e informação na complexidade da sua organização pressupõe assim que este sistema aberto esteja sujeito à influência de fatores de stress, ao stress e à reação ao stress. O cliente desempenha, por isso, um papel na criação do ambiente, pois pode mobilizar diversas variáveis do sistema no sentido da integração, estabilidade e integridade do sistema (Freese, 2004).

Para a adequação dos comportamentos às situações contextuais, os indivíduos desenvolvem processos adaptativos que lhes permite modificar e ajustar esses comportamentos e evoluírem para outros níveis de funcionamento (Figueiredo, 2012).

De acordo com a mesma autora, aplicando os conceitos centrais desenvolvidos por Neuman, Wall & Fawcett (1991) define-se família como sendo um grupo com uma cultura comum, cuja finalidade é a continuidade e em que a estabilidade se torna possível pela salvaguarda da integridade da sua estrutura.

Outro modelo conceptual que se pode aplicar quando falamos de famílias é a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Ao longo da vida a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por mudanças de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade, o que nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura. Ela é essencialmente positiva, ou seja, quando a pessoa conclui uma transição significa que atingiu um período de maior estabilidade em relação ao que aconteceu antes, mesmo que, comparando com o estado pré transição, elas possam parecer desfavoráveis, isto significa que o potencial para a

desorganização ou rutura associadas à situação foi contrariado (Chick & Meleis, 1986 as cited in Meleis, 2012).

A transição é vista como uma “passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, tendo implicação com o tempo e o movimento” (Chick & Meleis, 1986, p. 239).

O tempo implicado na transição é variável, dependente da natureza da mudança e da forma como influencia outras dimensões da vida da pessoa, ou seja, requer tempo para que a pessoa se desligue dos comportamentos e identidades antigos e com possibilidade de reativação no caso de uma doença crónica. As transições podem surgir de forma inesperada através de eventos que fogem ao controle da pessoa, como um acidente ou um acontecimento esperado como o nascimento de um filho (Zagonel, 1999).

Intrinsecamente ligada aos eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital da família, estando claramente associados a mudanças, a teoria identifica vários tipos de transições.

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimentais (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra-organizacionais) (Meleis, Sawyer & Im, 2000).

Segundo estes autores, as transições apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Os estudos dizem que quando uma pessoa enfrenta mais de um tipo de transição, não a vivencia de forma isolada, mas em conjunto.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição. Os indicadores de processo representam as respostas saudáveis, ou seja, as que direcionam a pessoa para a saúde e bem-estar e permitem uma intervenção de enfermagem precoce para atingir resultados saudáveis. Os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica) e permitem perceber se a transição é ou não saudável (Im, 2018).

A teoria da transição de Meleis fornece suporte teórico para a conceção e desenvolvimento do ensino e prática de enfermagem. A importância de compreender o processo de transição e tornar-se um recurso de mudança evidencia a contribuição da enfermagem para a saúde dos cidadãos, fornecendo orientação e estratégias para cuidar das pessoas de quem cuidamos e permitindo que tenham processos de transição favoráveis.

A título pessoal, a aplicação destes modelos conceptuais possibilita a utilização de várias perspetivas e diferentes olhares perante os mais variados contextos o que permite refletir acerca da matriz conceptual e qual o contributo dos constructos teóricos para uma determinada situação da prática clínica, possibilitando uma abrangência e abstração essenciais a esta prática, bem como o pensamento crítico.

Não constituindo propriamente um modelo conceptual, surge também o conceito do cuidar em enfermagem baseado nas forças (*Strengths-Based Care*) levado a cabo pela autora Laurie N. Gottlieb.

O cuidar baseado nas forças representa uma nova forma de pensamento em enfermagem pois considera os aspetos positivos, aquilo que é melhor, que funciona, e aquelas áreas que demonstram potencial, o que não significa que a abordagem baseada nas forças ignore os problemas, ou finja que os défices não existem ou feche os olhos às fraquezas; em vez disso, reside em encontrar o correto equilíbrio entre o foco nas forças, enquanto se lida com os problemas e os défices. Reside em usar as forças para minimizar os efeitos deletéricos causados pelos problemas, em dar aos clientes, doentes, famílias e comunidades, as ferramentas para melhorar a sua saúde e em conhecer os indivíduos e suas situações, contextualizar os seus problemas e conhecer as suas forças de forma a compreender como as capitalizar e mobilizar para apoiar a saúde, aliviar o sofrimento, ajudar a recuperação e restaurar a plenitude através de atos de cura, ou seja, consiste em trabalhar com as forças de modo a enfrentar novos problemas, bem como problemas anteriores e, em seguida, encontrar novas formas de lidar com os mesmos (Gottlieb, 2016).

Uma abordagem baseada nas forças requer que os novos princípios estejam articulados, um conjunto diferente de estruturas e relações seja posto em prática e uma nova linguagem seja desenvolvida para comunicar esta nova orientação que é consistente com os valores da enfermagem. Esta requer uma profunda mudança de pensamento sobre como nós, enquanto seres humanos, nos relacionamos uns com os outros, quer nas nossas próprias famílias, comunidades, locais de trabalho, em diferentes papéis e capacidades, quer nas nossas relações com os outros a um nível mais global, revelando muito sobre o próprio enfermeiro e como ele escolhe expressar a sua própria humanidade (Gottlieb, 2016).

Ainda segundo a mesma autora, o modelo do défice ainda permanece como o modelo dominante dos cuidados visto que os profissionais são treinados para tratar os problemas, corrigir as fraquezas, e minimizar défices. Diagnosticar reside em interpretar e rotular o problema, ao passo que o tratamento reside em eliminar a patologia com a minimização ou eliminação do agente patogénico e a supressão das partes doentes, todavia este é apenas um dos aspetos do processo de cura. Saúde e cura significam um todo. A saúde reside na

criação do todo, por sua vez, a cura reside em reparar e restaurar o todo. Este é o trabalho da enfermagem.

Todos os seres humanos são vulneráveis e, num determinado momento das suas vidas, terão de lidar com desafios esperados e inesperados, mudanças planeadas e não planeadas e coisas que são controláveis e outras que são difíceis de conter. No entanto, é quando as pessoas e famílias estão mais vulneráveis e se sentem mais ameaçadas que o espírito humano se revela. Quando os humanos se sentem e estão ameaçados, eles mobilizam os seus recursos de forma a lidar com essas ameaças. Trabalhar com as forças é simplesmente uma extensão da forma natural como os seres humanos lidam com as ameaças, ao identificarem, mobilizarem e capitalizarem as forças existentes e ao desenvolverem novas, de forma a afastar o perigo e ameaças e a lidar de forma mais eficiente com os seus desafios. Os enfermeiros e profissionais de saúde estão incumbidos da responsabilidade de ajudarem os indivíduos a encontrarem as suas próprias forças, para lidarem tanto com os desafios do quotidiano como com as adversidades que ameaçam a sua integridade, isto é, a sua sensação de plenitude assim como, o sentido de integridade das suas vidas (Gottlieb, 2016).

Como se depreende pela análise de alguns modelos e teorias de enfermagem, assim como processos de abordagem, estes fundem-se naquilo que é o seu primordial objetivo, o restabelecer do equilíbrio, quer em termos de saúde individual, quer quando se fala em saúde familiar.

Para além da importância dos modelos conceptuais que são a base do conhecimento e que permitem estabelecer matrizes de atuação, não menos importante neste contexto, dada a necessidade de avaliação e intervenção familiar, são os instrumentos de avaliação familiar.

Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. A agregação dos dados permite a análise multidimensional, a estruturação dos mesmos e a identificação dos focos de atenção, possibilitando subseqüentemente, fundamentar as intervenções delineadas (Figueiredo, 2012).

Fundamentados nos referenciais epistemológicos, surgiram vários Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar (Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar que se baseia no Modelo de Sistemas de Betty Neuman; Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, alicerçado na Teoria Geral dos Sistemas, Teorias de Desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família; Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Intervenção na Família, baseados na Teoria Geral dos

Sistemas, Cibernética, Teoria da Cognição, Teoria da Comunicação e na Teoria da Mudança). Centrados na família enquanto unidade e alvo de cuidados de enfermagem, pretendem dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários. Estes modelos, enquadrando-se no desenvolvimento teórico da enfermagem de família, contribuem para a consolidação do seu corpo de conhecimento, a partir da ação e inovação (Figueiredo, 2012).

Os modelos devem permitir a flexibilização aos diversos níveis de atuação e ainda às especificidades dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção de mudança que implique um funcionamento efetivo do sistema familiar. Para isso o foco de atenção da enfermagem, no contexto dos CSP, deve ser direcionado aos projetos de saúde que cada família vive ao longo do seu ciclo vital, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (Figueiredo, 2009).

Para além dos modelos referidos, surge também o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, que se constitui como referencial teórico e operativo, pretendendo dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários. Enquadrando-se no desenvolvimento teórico da enfermagem de família, pretendeu contribuir para a consolidação do seu corpo de conhecimento, a partir da ação e inovação (Figueiredo, 2012).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família, compreendendo os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. Os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, possibilitando a integração de estratégias assistenciais promotoras de capacitação do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Ainda segundo autora do modelo, a avaliação enfatiza as forças e potenciais da família, interpondo-se uma abordagem colaborativa, caracterizada pela co-evolução processual. As intervenções constituem-se como elementos promotores da capacitação da família na resolução dos seus problemas e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela coerência da estrutura biopsicossocial do sistema familiar, considerando a complexidade dos processos familiares, inerente ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento (Figueiredo, 2012).

Para a operacionalização dos vários modelos são cruciais os instrumentos de avaliação familiar que permitem a recolha de um conjunto de elementos essenciais à compreensão e funcionamento da família.

Têm sido desenvolvidos instrumentos de avaliação familiar que podem ser válidos para a enfermagem, nomeadamente o genograma que é um instrumento utilizado na colheita de dados familiares, possibilitando uma perceção da estrutura familiar e dos seus problemas e permitindo a construção de uma perspetiva sobre o passado familiar e dos problemas potenciais no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família. Permite identificar a estrutura interna e externa da família, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família (Wright & Leahey, 2008; Rempel, Neufeld & Kushner, 2007 as cited in Figueiredo, 2012). Enquanto o genograma incide nas relações e ligações no sistema multi e intergeracional da família, o ecomapa explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares (Rempel, Neufeld & Kushner, 2007 as cited in Figueiredo, 2012).

O ecomapa evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e de instituições de referência. Integrando as relações com os serviços da comunidade, os grupos sociais, o trabalho, as relações pessoais significativas e outras específicas da família, para cada umas destas ligações podem ser realçadas três diferentes dimensões: força, impacto e qualidade da ligação (Agostinho, 2007 as cited in Figueiredo, 2012).

Tanto o genograma como o ecomapa têm sido descritos como instrumentos de avaliação familiar muito úteis para a compreensão dos processos familiares, além de contribuírem para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa (Figueiredo, 2012).

De acordo com a mesma autora, numa abordagem multidimensional da saúde familiar, apresenta-se ainda a Escala de Grafar, que avalia as condições socio-económicas da família com vista à identificação da sua classe social. Permite prever as condições de risco, assim

como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. O baixo estatuto socio-económico está associado a défices e a dificuldades diversas relacionadas com limitações de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos (Hanson, 2005 as cited in Figueiredo, 2012).

A escala do APGAR Familiar criada por Gabriel Smilkstein em 1978 tem como fundamento a crença que os membros da família percebem o funcionamento familiar e são capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2012).

Se o APGAR Familiar se relaciona com a perceção dos membros relativamente à funcionalidade familiar, sabemos que as mudanças ocorridas ao longo do ciclo vital inerentes ao seu desenvolvimento determinam um tempo e um espaço próprio na vida da família, com flutuações que lhe conferem unicidade. Estas estão relacionadas com os acontecimentos de vida, normativos ou acidentais, cujo impacto é determinado pela estrutura da família, onde se integram os seus padrões adaptativos. O instrumento mais utilizado para medir eventos vitais tem sido a *Social Readjustment Rating Scales* de Holmes e Rahe, traduzida em português para Escala de Reajustamento Social (Savoia, 1999 as cited in Figueiredo, 2012) ou Escala de Readaptação Social (Caeiro, 1991 as cited in Figueiredo 2012). Esta escala é representada por um questionário auto-administrado com uma lista de vários eventos, correlacionando esses mesmos eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano (Figueiredo, 2012).

Estes são alguns exemplos de instrumentos utilizados na avaliação familiar, cuja utilização favorece a comunicação terapêutica e possibilita a compreensão da funcionalidade familiar. No entanto, não têm valor diagnóstico e devem ser integrados numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (Hanson & Kaakinem, 1999; Hanson, 2004 as cited in Figueiredo, 2012).

Estes instrumentos utilizados na avaliação familiar puderam ser operacionalizados através da realização do estudo de uma família em contexto de ensino clínico (Apêndice I).

### **Atitudes dos enfermeiros face à família**

De acordo com Silva, Costa & Martins (2013), as diretrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados. Neste âmbito, Benzein, Arestedt & Jonhansson (2008) apresentam a perspetiva de Söderström et

al., que defendem que, se os enfermeiros acreditam que a família e o relacionamento com ela são importantes para a qualidade dos cuidados, estes serão mais propensos a iniciar interações com as famílias.

Para analisar as atitudes dos enfermeiros face à família, considera-se o conceito de atitude de Eagly e Chaiken definida como um conjunto de visões mentais e de avaliações relativamente a uma ideia, objeto ou uma pessoa, constituindo uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações (Gleitman, Fridlund e Reiseberg, 2011 as cited in Silva et al., 2013).

Vários autores defendem que para estudar as atitudes, é necessário ter em conta a sua estrutura. Rosemberg e Hovland (Ajzen, 1989) sugerem uma visão tri-composta em que a atitude pode assumir as seguintes variáveis: variáveis independentes e mensuráveis, que são os estímulos - indivíduos, situações, grupos sociais e outros objetos da atitude; variáveis intervenientes - o afeto, a cognição e o comportamento; variáveis dependentes mensuráveis, que constituem: as respostas do sistema nervoso simpático e a descrição verbal dos afetos, ligada ao afeto; as respostas percetuais e a descrição verbal das crenças, ligadas à cognição; as ações abertas e descrições verbais relativas a comportamentos, ligadas ao comportamento (Silva et al., 2013).

De acordo com Rodrigues (2013), as atitudes são influenciadas pelas vivências de cada profissional, pelos seus próprios conceitos de família e cuidados à família, neste sentido a tomada de decisão assim como o planeamento e implementação de cuidados à família está dependente das experiências vividas e dos próprios conceitos de cada Enfermeiro. Uma vez que a família, isoladamente é incapaz de dar uma resposta efetiva numa situação de doença, surgem os profissionais de saúde – particularmente os Enfermeiros, enquanto aliados com conhecimento profundo das necessidades de cada família, capazes de dar resposta quer às necessidades de cuidados quer à necessidade de adaptação a uma nova realidade. Refere ainda que “a família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar” e as atitudes são determinantes das decisões e das ações de cada ser humano, neste sentido a identificação das atitudes dos Enfermeiros face à família permitirá conhecer quais as áreas passíveis de intervenção, para que a atuação dos Enfermeiros seja efetiva e dirigida.

De acordo com Cossette et al. (2016) as cited in Frade, Henriques & Frade (2021), os cuidados de enfermagem à família devem centrar-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de uma relação interpessoal significativa e terapêutica. O enfermeiro deve reconhecer a família como sujeito do seu processo de viver e de se cuidar, com direitos e deveres. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de ouvir, ser sensível, estar presente, comprometer-se, lutar, respeitar e garantir os direitos da família nos serviços de saúde; deve

também participar na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde que visam a saúde e o bem-estar das famílias.

Por outro lado, o modelo de parceria de cuidados, onde se procura envolver a família nos cuidados de enfermagem, deve ser adequadamente conceptualizado e aplicado pelo enfermeiro, já que o profissional por um lado não deverá sentir-se ameaçado pela presença do familiar, por outro, o familiar não deve ser visto como um elemento que vai substituir algumas das suas funções. Os enfermeiros, independentemente da área de especialidade, devem estar habilitados e mostrarem-se capazes de envolver as famílias em todos os domínios da sua prática clínica, promovendo a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas. Para que a integração das famílias no processo de cuidar seja uma realidade, é necessário que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, numa parceria de cuidados, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude dos enfermeiros (Fernandes, Gomes & Martins 2015).

Oliveira et al. (2011) referem que as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar e desenvolveram um estudo que permitisse conhecer esta variável através da adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), que visa avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Neste sentido, as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias.

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

Le Boterf (2003) as cited in Sapeta (2013) situa a competência em três eixos formados pela pessoa (biografia, socialização), pela formação/educação e pela sua experiência profissional. A competência é um saber agir profissional responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.

A noção de competência surge associada a verbos como: saber agir com pertinência (“Saber o que fazer”); saber integrar ou combinar saberes múltiplos, heterogêneos e complexos, saber mobilizar recursos (internos e externos); saber aprender a aprender, adaptar-se; saber antecipar as dificuldades, envolver-se, integrar-se, assumir responsabilidades e ter uma visão estratégica; saber escolher na instabilidade, na urgência e na efemeridade; saber enfrentar situações imprevistas e indeterminadas e com regularidade (Le Boterf, 2003 as cited in Sapeta, 2013).

O indivíduo competente detém o saber teórico, um conhecimento que lhe permite ter iniciativa, agir com autonomia, com responsabilidade, mobilizar e transpor os conhecimentos para situações novas e resolvê-las com inovação, tomar decisões, usar as capacidades e características pessoais em proveito dos melhores resultados, capitalizar a sua experiência de vida pessoal, social e profissional. De onde se depreende que o estatuto de competente não é um estado, é um processo em contínua construção (Sapeta, 2013).

O enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011).

No decurso do desenvolvimento profissional e no que diz respeito aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, a elaboração de padrões de qualidade, na respetiva especialidade, é uma das competências dos Colégios da Especialidade, conferida pela alteração estatutária ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conferindo aos enfermeiros desta área de especialização um referencial para a prática profissional construindo-se, concomitantemente, um guia de recolha de informação sobre evidências dessas mesmas práticas, sendo um instrumento norteador da prática especializada, permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2011).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento nº 140/2019 da OE, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Assim, é considerado enfermeiro especialista aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019).

Ao longo de todo o ciclo de estudos do presente Mestrado, com o contributo das várias unidades curriculares assim como após a frequência dos vários ensinamentos clínicos foi possível desenvolver competências especializadas que decorreram da evolução da prática e dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

O mesmo regulamento, no seu art.º 3, alínea a), refere-se ainda às competências comuns como as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Tendo em conta a prática clínica efetuada, enunciam-se os domínios das competências comuns e as respetivas competências, desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, pressupondo uma constante evolução.

#### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento nº 140/2019 da OE, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, integram-se as seguintes competências:

*A.1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.*

*A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.*

- A1.1.1 — Construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente;
- A1.1.2 — Suporte à tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência;
- A1.1.3 — Participação na construção da tomada de decisão em equipa;
- A1.1.4 — Seleção das respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções;
- A1.1.5 — Orientação na tomada de decisão na observância da deontologia profissional;
- A1.1.6 — Integração de elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem;
- A1.1.7 — Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem em que se insere.

*A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.*

- A1.2.1 — Desempenho do papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade;
- A1.2.2 — Recolha de contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão;
- A1.2.3 — Suscitação à reflexão sobre os processos de tomada de decisão;
- A1.2.4 — Reconhecimento da sua competência na área da sua especialidade.

*A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.*

- A1.3.1 — Aferição dos resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada;
- A1.3.2 — Fomentação da avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

*A.2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

*A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.*

- A2.1.1 — Assunção da defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional;
- A2.1.2 — Garantia do respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação;
- A2.1.3 — Garantia da confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional;
- A2.1.4 — Incentivo ao respeito pelo direito do cliente à privacidade;

A2.1.5 — Garantia do respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde;

A2.1.6 — Garantia do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

*A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.*

A2.2.1 — Análise da informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica;

A2.2.2 — Implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco;

A2.2.3 — Adoção de conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente;

A2.2.4 — Acompanhamento de incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

Para o desenvolvimento destas competências, em muito contribuiu a unidade curricular de ética e deontologia, sedimentando conhecimentos já adquiridos, e ao mesmo tempo refletindo sobre questões da prática profissional, proporcionando uma visão cuidada e atenta a cada situação, alertando para a necessidade de agir, tendo em conta as normas deontológicas, os valores e os princípios éticos, respeitando os direitos humanos, a privacidade e a dignidade, para assim garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Não é ao acaso que figura em primeiro lugar como competência comum, nela assenta a base dos cuidados de enfermagem, já que, se não for exercida com base no respeito pelos seus princípios, não existirão seguramente cuidados de enfermagem de qualidade.

Refletindo sobre a prática de cuidados no âmbito dos estágios efetuados, e no que diz respeito à primeira competência A.1 – “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, foi demonstrada na prática de enfermagem a responsabilidade ética, legal e deontológica tal como é preconizado pelo estatuto da OE e respetivo Regulamento do Exercício Profissional da Prática de Enfermagem, permitindo um exercício profissional seguro e ético, através da tomada de decisão ética e deontológica, tendo por base a avaliação sistemática das melhores práticas e as preferências do utente.

Relativamente à competência A.2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, os cuidados de enfermagem que prestados em parceria com os utentes, assentaram sempre no respeito pelos direitos humanos, tendo em conta as suas necessidades e especificidades. Com o estudo da família, foi possível

analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados e efetuar a gestão de situações potencialmente comprometedoras para a mesma. Neste estudo de avaliação familiar foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, assegurando o direito de sigilo, a privacidade e a proteção de dados de toda a informação recolhida.

### **3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE, o nível da melhoria contínua da qualidade contempla as seguintes competências:

*B.1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.*

*B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.*

B1.1.1 — Detenção de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua;

B1.1.2 — Divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso;

B1.1.3 — Promoção da incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

*B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade*

B1.2.1 — Participação na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional;

B1.2.2 — Agilização da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;

B1.2.3 — Colaboração na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições;

B1.2.4 — Cooperação na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

*B.2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.*

*B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.*

B2.1.1 — Uso da evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade;

B2.1.2 — Utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas;

B2.1.3 — Integração em auditorias clínicas;

B2.1.4 — Análise dos resultados da avaliação efetuada.

*B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.*

B2.2.1 — Identificação de oportunidades de melhoria;

B2.2.2 — Estabelecimento de prioridades de melhoria;

B2.2.3 — Seleção de estratégias de melhoria;

B2.2.4 — Agilização da elaboração de guias orientadores de boa prática;

B2.2.5 — Incentivo à implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

*B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.*

B2.3.1 — Supervisão dos processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade;

B2.3.2 — Incrementação da normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

*B.3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

*B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.*

B3.1.1 — Incentivo à sensibilidade, à consciência e ao respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo;

B3.1.2 — Envolvimento da família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais;

B3.1.3 — Certificação da aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares;

B3.1.4 — Certificação da aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes;

B3.1.5 — Incentivo à adesão à saúde e segurança ocupacional;

B3.1.6 — Incremento da adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.

*B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.*

B3.2.1 — Colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros;

B3.2.2 — Envolvimento dos colaboradores na gestão do risco;

B3.2.3 — Prevenção dos riscos ambientais;

B3.2.4 — Incentivo ao recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa;

B3.2.5 — Cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano;

B3.2.6 — Participação na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco;

B3.2.7 — Colaboração na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos;

B3.2.8 — Coordenação da implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção;

B3.2.9 — Colaboração na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

A melhoria contínua dos cuidados de saúde tem vindo a ser alvo de atenção ao longo dos últimos tempos, sobretudo ao nível das USF em que a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade é uma realidade, quer no âmbito da qualidade organizacional, quer no âmbito da qualidade de cuidados prestados à população. É através destes programas de melhoria contínua que é possível avaliar e monitorizar o desempenho para criar estratégias de mudança que se possam traduzir em qualidade de cuidados e ganhos em saúde para a população. É um ciclo determinante e importantíssimo, no entanto, devido ao contexto pandémico atual, e a consequente escassez de recursos humanos que se encontram alocados à vacinação Covid-19, a área de governação clínica e os projetos de melhoria contínua encontram-se suspensos na UCSPA. Contudo, a minha experiência profissional enquanto membro do CT da USF onde exerço funções, permitiu-me desenvolver estas competências, já que recentemente a unidade passou por um processo de auditorias organizacionais com vista à transição de modelo organizacional (USF modelo B).

Não obstante, a prática de enfermagem observada e desenvolvida (mobilizando conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade) foi norteada pelos princípios de qualidade que regem a profissão, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que assentam na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e no auto-cuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Ao longo de todo o ensino clínico, houve oportunidade de atuar, mantendo um ambiente terapêutico e seguro, quer ao nível da prestação de cuidados na unidade, quer em contexto domiciliário, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de

segurança e proteção dos utentes, garantindo também a segurança de dados e de registos clínicos. No que diz respeito à gestão de risco foram respeitados os princípios inerentes à prevenção e controlo de infeção, através do cumprimento das regras de higiene e segurança, prevenindo os riscos ambientais, assim como, os riscos associados à pandemia por Covid-19.

### **3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, e de acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE, este integra as seguintes competências:

*C.1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.*

*C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.*

C1.1.1 — Disponibilização de assessoria aos enfermeiros e à equipa;

C1.1.2 — Colaboração nas decisões da equipa de saúde;

C1.1.3 — Melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar;

C1.1.4 — Reconhecimento quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.

*C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.*

C1.2.1 — Orientação da decisão relativa às tarefas a delegar;

C1.2.2 — Criação de guias orientadores das tarefas a delegar;

C1.2.3 — Utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar;

C1.2.4 — Avaliação da execução das tarefas delegadas.

*C.2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

*C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.*

C2.1.1 — Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;

C2.1.2 — Implementação de métodos de organização do trabalho adequados;

C2.1.3 — Coordenação da equipa de prestação de cuidados;

C2.1.4 — Promover a gestão de recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade;

C2.1.5 — Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

*C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.*

C2.2.1 — Reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;

C2.2.2 — Incentivo a um ambiente positivo e favorável à prática;

C2.2.3 — Aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado;

C2.2.4 — Adaptação do estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências;

C2.2.5 — Utilização dos processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

Para a aquisição de competências neste domínio, em muito contribuiu a unidade curricular de enfermagem avançada lecionada neste mestrado que permitiu mobilizar conhecimentos teóricos essenciais à prática de enfermagem, assim como a minha experiência profissional como membro do CT na unidade funcional onde desempenho funções. Assim, foi possível gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, colaborando em articulação com as colegas e a restante equipa multiprofissional.

Durante o desempenho nos ensinamentos clínicos, a área da liderança foi apenas explorada com o reconhecimento de funções e papéis dos elementos que constituem as várias equipas multiprofissionais, assim como a estrutura hierárquica das equipas que constituem a UCSP. No entanto, tal como descrito nas competências anteriores, considero que a minha experiência profissional tem tornado possível o desenvolvimento de competências na área da gestão dos cuidados.

### **3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Este último domínio, de acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE, integra as seguintes competências:

*D.1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*

*D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.*

D1.1.1 — Otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar;

D1.1.2 — Gestão das suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda;

D1.1.3 — Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais;

D1.1.4 — Consciencialização da influência pessoal na relação profissional.

*D1.2 — Gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional.*

D1.2.1 — Otimização da congruência entre auto e heteroperceção;

D1.2.2 — Gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;

D1.2.3 — Atuação eficaz sob pressão;

D1.2.4 — Reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade;

D1.2.5 — Utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos.

*D.2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

*D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.*

D2.1.1 — Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho;

D2.1.2 — Diagnóstico de necessidades formativas;

D2.1.3 — Gestão de programas e dispositivos formativos;

D2.1.4 — Apoio da aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros;

D2.1.5 — Avaliação do impacto da formação.

*D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.*

D2.2.1 — Atuação como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;

D2.2.2 — Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;

D2.2.3 — Investigação e colaboração em estudos de investigação;

D2.2.4 — Interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem;

D2.2.5 — Discussão acerca das implicações da investigação;

D2.2.6 — Contribuição para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

*D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.*

D2.3.1 — Detenção de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada;

D2.3.2 — Detenção de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;

D2.3.3 — Rentabilização das oportunidades de aprendizagem, com iniciativa na análise de situações clínicas;

D2.3.4 — Utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;

D2.3.5 — Garantia da formulação e da implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Neste âmbito, foi possível desenvolver o autoconhecimento de acordo com as situações da prática clínica, esclarecendo as dúvidas e desenvolvendo desta forma a assertividade. Trabalhar em equipa, colaborando em todas as atividades de enfermagem, constituiu uma oportunidade de mobilização e ao mesmo tempo de aquisição de novos conhecimentos, tentando sempre satisfazer as necessidades de formação de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade, baseados em evidência científica. O contexto de ensino clínico é uma oportunidade única de enriquecimento pessoal e profissional, na medida em que, ao contactar com novas realidades e experiências profissionais, há um alargamento da visão sobre a própria profissão o que possibilita a aquisição destas competências e o próprio desenvolvimento e evolução profissional.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Segundo o Regulamento nº 428/2018 da OE, considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, no caso da Especialidade em Enfermagem Comunitária, identificam-se as áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar, cujo perfil de competências específicas do enfermeiro especialista nas respetivas áreas se encontra definido no mesmo regulamento, plasmado especificamente no seu artº 3: “1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são:

- a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” que se descrevem de seguida atendendo às respetivas unidades de competência e atividades necessárias à sua implementação.

### **3.2.1. Cuida da família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

A primeira competência específica, como descritivo, considera 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:

*1. Cuida da família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.*

*1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.*

1.1.1 — Abordagem da família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades;

1.1.2 — Estímulo da família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma;

1.1.3 — Estabelecimento do diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde;

1.1.4 — Reforço dos pontos fortes da família no âmbito da saúde;

1.1.5 — Conceção de um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

*1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.*

1.2.1 — Solicitação do histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde;

1.2.2 — Agregação de informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal;

1.2.3 — Utilização de instrumentos de avaliação familiar;

1.2.4 — Identificação das crenças e cultura familiar para compreensão do seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões;

1.2.5 — Avaliação da capacidade da família para se manter unida, agilização de processos de mudança e apoio a todos os membros na sua interação com o meio ambiente;

1.2.6 — Identificação de possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

*1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.*

1.3.1 — Mobilização de conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão;

1.3.2 — Análise do histórico familiar, das relações entre os diferentes membros, do seu estado atual de saúde e dos padrões de resposta em situações complexas;

1.3.3 — Consideração da influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, das crenças culturais e espirituais, dos diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas;

1.3.4 — Avaliação do complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente.

*1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.*

1.4.1 — Capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde;

1.4.2 — Criação de um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis;

1.4.3 — Utilização de um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar;

1.4.4 — Análise de como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família;

1.4.5 — Colaboração com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.

*1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.*

1.5.1 — Promoção do diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos;

1.5.2 — Utilização de estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família;

1.5.3 — Co-desenvolvimento e avaliação das intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde;

1.5.4 — Incorporação de respostas comportamentais biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem;

1.5.5 — Integração da investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar;

1.5.6 — Desenvolvimento com a família de formas de resolver conflitos, de lidar com emoções difíceis e de reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar;

1.5.7 — Garantia da segurança e da qualidade dos cuidados em saúde implementados;

1.5.8 — Promoção de ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.

*1.6 — Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.*

1.6.1 — Encorajamento da família a partilhar a sua história;

1.6.2 — Promoção do processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança;

1.6.3 — Identificação e análise na dinâmica familiar do que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio;

1.6.4 — Identificação e análise da dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança;

1.6.5 — Exploração de estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificação com a família de novas estratégias para alcançar os seus objetivos;

1.6.6 — Análise com a família dos recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos;

1.6.7 — Demonstração de feedback à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes;

1.6.8 — Discussão regular com a família acerca do seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar;

1.6.9 — Documentação do processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.

*1.7 — Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.*

1.7.1 — Pesquisa de orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar;

1.7.2 — Avaliação contínua da sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho;

1.7.3 — Reflexão sobre as interações enfermeiro/família e avaliação da sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados;

1.7.4 — Prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados;

1.7.5 — Promoção do seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo;

1.7.6 — Demonstração de competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar;

1.7.7 — Colaboração com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar.

*1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.*

1.8.1 — Criação de momentos para avaliação da satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados;

1.8.2 — Avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares;

1.8.3 — Integração da investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Apesar de todas as modificações na estrutura e na dinâmica familiar impostas pela evolução social, a família continua a ocupar o lugar de unidade elementar e central da sociedade e como foco dos cuidados de enfermagem. Constitui-se como um espaço privilegiado de interações entre os seus membros e aos quais proporciona suporte emocional e afetivo (Hanson, 2005).

Cada família é única e apresenta uma identidade própria, e organiza-se com base numa estrutura complexa de relações entre os seus membros, e são estas relações que vão definir os papéis, as funções e as expectativas individuais e sociais (Relvas, 2004).

Abordar a família numa perspetiva sistémica implica analisar a dinâmica entre os vários subsistemas que a constituem e simultaneamente avaliar a permanente interação entre esta e o meio que a rodeia - sistema aberto (Figueiredo, 2012). Ainda segundo a mesma autora,

as famílias têm a capacidade de se autorregular e de se adaptarem às mudanças internas e externas, e é esta adaptabilidade e flexibilidade que garante a continuidade da família ao longo do ciclo vital. Estes ajustamentos implicam reorganização nos padrões de relacionamento estabelecidos e contribuem para a manutenção da funcionalidade da família.

Na intervenção em enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro deve ter o papel de mediador na co-construção de soluções que permitam à família a consecução do seu projeto de saúde para melhoria do seu bem-estar. O primeiro passo é a avaliação da família e a exploração dos problemas e das necessidades bem como dos seus recursos e das suas potencialidades. O papel do enfermeiro é trabalhar em parceria com a família envolvendo-a no processo. A avaliação da família é uma tarefa complexa que não é possível de realizar num único contacto, devendo acontecer ao longo do tempo e se possível em diferentes contextos significativos para a família (Regulamento nº 367/2015, 2015) (Figueiredo, 2012).

Fundamental para a operacionalização e aquisição desta competência foi o estudo realizado à família tendo por base o MCAF, através de intervenção sistémica colaborativa, baseado nos pontos fortes, sendo não hierárquico, foi reconhecida, em termos de estrutura multidimensional, a importância da experiência dos membros da família, o que permitiu estruturar o processo de enfermagem à família (Apêndice I).

Este modelo constitui um quadro conceptual de referência que permite organizar e estruturar a prestação de cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de cuidados e tem particular interesse para a fase da colheita de dados, para a formulação de diagnósticos de enfermagem e para o planeamento das intervenções. Neste modelo a família é abordada como um sistema, isto é, o enfermeiro deve avaliar tanto a estrutura familiar como a sua dinâmica relacional, baseando-se nas interações estabelecidas nos e entre os diferentes subsistemas que a constituem. Assim, de acordo com o Modelo de Calgary, o enfermeiro avalia a organização familiar atendendo ao subsistema individual, ao familiar e ao suprassistema (Hanson, 2005), (Wright & Leahey, 2018), (Figueiredo & Martins, 2010).

Habitualmente, as intervenções e o foco dos cuidados de enfermagem nos CSP são ainda sobre o indivíduo inserido numa família, de acordo com os programas de saúde inerentes à fase de desenvolvimento em que se encontra, numa lógica de prevenção (Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher - Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e Saúde Materna, Saúde do Adulto, Saúde das Pessoas Idosas, Rastreio Cancro Colo Útero, Rastreio Cancro Cólon e Reto, entre outros), ou de acordo com os programas de saúde adequados aos diagnósticos identificados (Diabetes, Hipertensão, etc.).

É aqui que faz sentido esta mudança de perspetiva no processo do cuidar em enfermagem, cuidar da família como unidade de cuidados, e se torna premente a “desconstrução de pensamento” em relação à família como foco, para além dos seus elementos individuais.

Esta mudança de paradigma não poderá deixar de ter em conta a perspetiva sistémica de avaliação das famílias, para a qual muito ajudou o conhecimento teórico relativo às várias teorias de enfermagem que fornecem uma matriz conceptual essencial para a avaliação de diferentes situações e contextos, e que refletem a importância que o construto teórico tem no desenvolvimento e na prática profissional de enfermagem.

Com o estudo da família e a utilização dos instrumentos de avaliação familiar foi possível olhar a família com outra perspetiva e ter noção da mesma como um todo e de que forma esta tem influência em cada um dos seus subsistemas. Além disso, a utilização destes instrumentos permite conhecer a situação familiar de uma forma global, identificando os problemas da família, os seus recursos e as suas fragilidades, formular diagnósticos de enfermagem, e propor consequentemente intervenções adequadas às necessidades e diagnósticos identificados. Para além disso, estas ferramentas, pelo conhecimento que proporcionam e consequentes diagnósticos que permitem efetuar, são uma mais-valia no sentido da capacitação individual e familiar, desenvolvendo estratégias e competências que lhes possibilitam a identificação de forças e recursos que potencializam as suas respostas em situações de saúde/doença e antecipam comportamentos em situações de crise que possam vivenciar ao longo do seu próprio ciclo de vida.

Ao longo de todo o percurso formativo e nomeadamente com a realização dos vários ensinamentos clínicos, foi possível implementar ações dirigidas aos indivíduos e respetivas famílias ao longo de todo o ciclo vital, desenvolvendo a promoção da saúde, a prevenção da doença assim como a articulação de cuidados, atendendo à sua situação de fragilidade.

Esta atuação só foi possível através de um trabalho em equipa em que o enfermeiro de família ocupa na maior parte dos casos um papel central, já que se encontra num lugar de proximidade e lhe permite muitas vezes a ligação com o médico de família e com outros profissionais, trabalhando e agindo em rede, identificando para além de necessidades em saúde, necessidades de cariz socioeconómico com consequências para a saúde das famílias.

Os ensinamentos clínicos foram essenciais para a transposição de conhecimentos para a prática clínica dando lugar à prestação de cuidados ao indivíduo e família ao nível dos diferentes níveis de prevenção, assim como em situações de maior complexidade e fragilidade, tendo em conta as competências específicas. O papel do enfermeiro de família como gestor de processos complexos, ao formular diagnósticos de enfermagem, monitoriza o estado de

saúde da família e dos seus membros, bem como as suas respostas nas mais variadas situações. Através da identificação das suas potencialidades e recursos, promove a alteração de comportamentos e mudanças no próprio funcionamento familiar, estabelecendo como foco central a família, agindo como mediador.

Assim, e no que respeita às competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o foco assenta na família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, como um todo, e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, existindo capacitação para gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

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

No que diz respeito à segunda competência específica, esta apresenta como descritivo, gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família:

*2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.*

*2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.*

2.1.1 — Promoção da colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família;

2.1.2 — Referenciação da família para outros profissionais de saúde;

2.1.3 — Orientação da família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais;

2.1.4 — Gestão da continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família;

2.1.5 — Garantia de processos de mentoria e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

*2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.*

2.2.1 — Participação no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar;

2.2.2 — Promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais;

2.2.3 — Utilização de sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;

2.2.4 — Criação e sustentação de uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;

2.2.5 — Participação no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família;

2.2.6 — Utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Relativamente à segunda competência específica que diz respeito aos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, foi possível, através da mobilização de conhecimentos e ao mesmo tempo através das competências desenvolvidas durante o percurso da minha experiência profissional, gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família, articulando com outras equipas/profissionais de saúde e gerindo o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

O próprio processo de encadeamento curricular no que ao desenvolvimento dos vários ensinamentos clínicos diz respeito, proporcionou uma visão abrangente sobre os CSP e a importância que estes têm no acesso à saúde da população, constituindo as unidades funcionais, o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o SNS, sendo unidades privilegiadas de proximidade com a população/comunidade. A caracterização detalhada da unidade onde decorreram os ensinamentos clínicos, assim como da população que abrange permite conhecer as suas especificidades, a sua forma de gestão interna bem como a articulação com outras unidades de saúde de forma a dar resposta às necessidades da população.

Só conhecendo os principais problemas de saúde, através dos planos locais, regionais e nacionais de saúde se podem direccionar os cuidados de saúde, bem como torná-los acessíveis a todos os utentes. Atualmente, é do conhecimento geral a escassez de recursos humanos, sobretudo quando se fala em necessidades especiais tais como as áreas da psicologia, nutrição e área social que condiciona e limita a acessibilidade da população na sua generalidade. Sendo a acessibilidade um dos critérios de qualidade dos serviços de saúde, esta encontra-se claramente comprometida uma vez que, e não só na UCSPA, os ficheiros clínicos ultrapassam largamente quer em número, quer em unidades ponderadas, as recomendações. É de notar, no entanto, o esforço desenvolvido por todos os profissionais, que, apesar das limitações existentes continuam a dar o seu melhor, no sentido de colmatar estas lacunas em prol da saúde da sua população, revelando uma incrível capacidade de trabalho e resiliência, muitas vezes pouco valorizada.

## 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Dadas as suas especificidades, a saúde é dos setores que mais depende de recursos humanos qualificados. Quaisquer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento em capital humano, dotando os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

A melhor prática é uma característica central de todos os serviços de saúde com base em evidências. A importância de basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência internacional disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação - investigação translacional - tem vindo a ser cada vez mais enfatizada em diversos setores da saúde e em diversos países (Pearson et al., 2012 as cited in Apóstolo, 2017).

### 4.1. INTRODUÇÃO

A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo. Contudo, a diferença nos resultados, as desigualdades de saúde e serviços de saúde com baixo desempenho continuam a apresentar um verdadeiro desafio para todos os enfermeiros. Metade das mortes no mundo poderiam ser prevenidas através de intervenções simples e custo-eficazes, tal como reconhecido pela OMS (OE, 2012).

Atualmente, as práticas e condutas de saúde devem basear-se na melhor evidência científica disponível, daí a importância que este tema assume no meio académico dos mais diversos países. A Prática Baseada na Evidência (PBE) afirma-se pelo uso criterioso do resultado de pesquisas científicas aplicadas na tomada de decisão clínica. O principal desafio desta prática é a sua implementação, uma vez que traduzir o conhecimento em ação pode tornar-se muito difícil e complexo, constituindo assim um desafio tentar refletir a atuação do enfermeiro face à evidência científica na sua prática clínica (Basto, 2020).

É essencial compreender o papel que a enfermagem desempenha no contínuo da evidência à ação, sendo fundamental a informação adequada para colocar questões pertinentes, desenvolver competências e assegurar que o investimento na investigação seja utilizado da melhor forma, trabalhando em proximidade com os pares. Como utilizadores de investigação, os enfermeiros também gerem conhecimentos. Os enfermeiros estão habitualmente bem posicionados para providenciar informação importante acerca do contexto, dos diferentes sistemas, grupos populacionais e o papel de políticas locais e fatores sociais, levando ao

desenvolvimento de um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência (OE, 2012).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) define PBE como um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar. Investigação em enfermagem envolve o inquérito sistemático desenhado especificamente para desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em enfermagem. O objetivo da investigação em enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica – sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista. A melhoria da qualidade, da clínica ou do desempenho concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clínica e nos resultados de custo. Projetos de melhoria da qualidade poderão contribuir para a compreensão das melhores práticas ou processos de tratamento que envolvem os enfermeiros, no entanto, a melhoria da qualidade não está projetada para o desenvolvimento de standards para a prática ou para a ciência de Enfermagem (OE, 2012).

Cuidados de Saúde Baseados em Evidência, é um processo que identifica políticas ou perguntas clínicas dando-lhes respostas através da geração de conhecimento e evidência para orientar a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e adequada, mais realista e significativa para populações, culturas e contextos específicos. Subjacente a estes conceitos está a tomada de decisão clínica que considera a melhor evidência disponível, o contexto no qual o cuidado é prestado, a preferência do utente, e o julgamento clínico do profissional de saúde (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2005 as cited in Apóstolo 2017).

A PBE acrescenta elevado valor aos cuidados de saúde, melhora a experiência do utente (incluindo a qualidade e confiabilidade dos cuidados de saúde) e os resultados em saúde, e reduz os custos (Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014 as cited in Apóstolo, 2017).

Ainda segundo o mesmo autor, citando Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014; Wise, 2009, a adoção da PBE tem potencial para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos utentes. Assim, a adoção, implementação e sustentabilidade da PBE torna-se cada vez mais importante para a saúde, para as organizações de saúde e para os profissionais.

Além disso, as orientações internacionais e nacionais, tais como as que constam no Plano Nacional de Saúde Português 2012-2016 (DGS, 2012), e nos documentos do Conselho Nacional de Enfermagem (OE, 2006, 2012), do CIE (International Council of Nurses (ICN), 2012), e da Agency for Healthcare Research and Quality (2001) recomendam a

implementação da PBE argumentando que a tomada de decisão é simplificada; a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos; e a qualidade dos cuidados é melhorada (Apóstolo, 2017).

De acordo com o preconizado pela OE (2001), no que se refere aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Enquanto profissão regulada, a enfermagem especializada contempla, neste âmbito, no seu Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o domínio da melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste domínio, o enfermeiro especialista deverá ser responsável pela mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, avaliando a qualidade das práticas clínicas e planeando e liderando programas de melhoria contínua. Para isso deverá usar a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade, indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, integrando auditorias clínicas e analisando posteriormente os resultados obtidos, o que permite identificar oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades e estratégias de melhoria, para assim agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática, fomentando a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2019).

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o mesmo regulamento (OE, 2019) estabelece como essencial a competência que refere que o enfermeiro deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; investigando e colaborando em estudos de investigação; interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discutindo as implicações da investigação e contribuindo para o novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Da mesma forma, e de acordo com o Regulamento nº 428/2018 de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o mesmo estabelece como unidade de competência o desenvolvimento da prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, avaliados através de alguns critérios,

tais como a utilização de um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente, quer da família, quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

O CIE refere que o uso de um método baseado na evidência permite o desafio sobre a abordagem para a prática, mantendo a responsabilidade e permitindo rever constantemente a prática clínica de enfermagem, procurando formas novas de prestação de cuidados, mais eficazes e eficientes, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar (OE, 2012).

## 4.2. METODOLOGIA

A palavra Metodologia vem do grego; *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo. Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações e corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento. Metodologia define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias. Já a investigação é entendida como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade (Vilelas, 2009).

O mesmo autor considera que a metodologia científica é um instrumento sem o qual a ciência, em si mesma, não poderia existir. Por esta razão, não é possível estudar a metodologia como disciplina se não houver uma compreensão mínima de certos problemas relativos ao conhecimento em geral, e à ciência em particular.

### 4.2.1. Conceptualização do estudo e objetivos

Segundo Alves (2011), o enfermeiro conhece as vantagens de ter uma visão holística do utente, enquanto elemento integrante de uma família que o influencia e que, por sua vez, também é por ele influenciada. O respeito pelas respostas dadas pela família perante cada intervenção de enfermagem deve integrar o cuidado centrado na mesma. Assumindo que estas intervenções não são apenas interacionais, o enfermeiro possibilita uma parceria eficiente entre família/enfermeiro na procura de estratégias adequadas para lidar com a mudança e garantir o melhor bem-estar da família no seu todo.

Perante a mudança de paradigma ao centrar o cuidado na família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, liderando e colaborando nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, tal como é corroborado pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar já enunciadas, torna-se essencial tentar compreender o impacto da atuação dos enfermeiros como agentes de mudança nos cuidados de enfermagem às famílias.

Assim, a presente investigação pretende dar a conhecer a perceção que os próprios enfermeiros detêm acerca da importância da família no processo do cuidar e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo, apresentando os seguintes objetivos:

- identificar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados;
- analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante do processo de cuidados;
- identificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

#### **4.2.2. Tipo de estudo**

De acordo com o objetivo traçado, foi utilizado o método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico e correlacional.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Esta abordagem reflete um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. O investigador adota um processo ordenado através de uma série de etapas desde a definição do problema à obtenção de resultados. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. Este método tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos (Fortin, 1999).

Segundo a mesma autora, relativamente ao estudo descritivo, este consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de forma a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra desta, e tem como objetivo discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.

Os estudos descritivos procuram conhecer as características de uma determinada população/fenómeno, ou o estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa. Nestes estudos é necessário que o investigador detenha algum conhecimento da variável ou das variáveis que influenciam o problema (Sellitz et al., 1967, as cited in Vilelas, 2009).

Pretendem analisar como se manifesta um fenómeno e os seus componentes e permitem estudar o fenómeno pormenorizadamente através da avaliação de um ou mais atributos (Vilelas, 2009).

De acordo com o mesmo autor, citando Myers (2002), quanto às principais características da investigação quantitativa podemos dizer que esta colhe os dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos; caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar constructos científicos e hipóteses; é um modelo sistemático e lida com informações objetivas; e é associada a estudos positivistas confirmatórios.

Trata-se de um estudo analítico, já que se baseia na análise dos dados e correlacional uma vez que permite determinar as relações entre duas ou mais variáveis, quantificadas, através de provas estatísticas. Levam à formulação de hipóteses com base em medidas de associação. A correlação entre duas variáveis é uma condição necessária, mas não suficiente, para concluir que entre ambas existe causalidade. Indica o sentido das relações e o grau de dependência entre as variáveis. A sua utilidade está em saber como se pode comportar uma variável conhecendo o comportamento da outra. Estes estudos são muito eficientes e eficazes na recolha de uma grande quantidade de dados relativos a um problema (Vilelas, 2009).

Ainda segundo o mesmo autor, os estudos correlacionais medem a relação entre as variáveis mediante um coeficiente de correlação, que estabelece uma relação de variação entre as variáveis. Se variarem no mesmo sentido, ou seja, quando uma aumenta, a outra também aumenta, ou quando uma diminui, a outra também diminui, a correlação é positiva (maior que a unidade), se variarem em sentido contrário, isto é, quando uma variável aumenta, a outra diminui, estamos perante uma correlação negativa (menor que a unidade). Quando uma variável aumenta ou diminui e a outra permanece constante, a correlação é nula.

Segundo Fortin (1999), nos estudos descritivos e correlacionais, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O seu principal objetivo é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno, permitindo explorar as relações entre variáveis a fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado.

#### **4.2.3. Questão de investigação**

As questões de investigação são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada. As questões de investigação determinam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas. Decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar (Fortin, 1999).

No presente estudo é formulada a seguinte questão de investigação:

- “Quais são as atitudes que os enfermeiros de CSP (UCSP, USF e UCC) assumem, face à importância da família no processo de cuidar?”

#### **4.2.4. Hipóteses**

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis e combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos (Fortin, 1999).

A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação (Huot, 2002 as cited in Vilelas, 2009).

Perante a temática em estudo, na tentativa de responder à questão em análise, assim como para tentar estabelecer relações entre as atitudes que os enfermeiros assumem relativamente à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais, foram enunciadas as seguintes hipóteses de investigação:

- H1: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género;
- H2: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade;
- H3: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil;
- H4: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico;
- H5: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional;
- H6: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional;
- H7: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual;
- H8: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções;
- H9: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.

#### 4.2.5. Operacionalização das variáveis

Uma variável tal como o nome indica é algo que varia. A essência da investigação é compreender o porquê da variação dos valores numa variável e o modo como a variação de uma variável pode influenciar uma outra (Polit e Hungler, 1995 as cited in Vilelas, 2009).

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Por definição, uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores (Fortin, 1999).

##### Variável dependente

A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à variável independente (Fortin, 1999).

No presente estudo, a variável dependente é a “atitude do enfermeiro face à importância da família” e para a operacionalização da mesma foi utilizada a Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011).

##### Variáveis independentes

Segundo Fortin (1999), a variável independente é utilizada para medir o seu efeito na variável dependente.

Relativamente ao estudo em causa, são consideradas como variáveis independentes o género, a idade, o estado civil, o grau académico, o título profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço atual, a unidade funcional onde exerce funções, a formação em enfermagem de família e o contexto de formação em enfermagem de família.

**Quadro 14 - Operacionalização das variáveis em estudo**  
(continua)

Tipo de variável	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Dependente	Atitude do enfermeiro face à importância da família	Variável qualitativa	Discreta	Resposta múltipla: (1) Discordo completamente; (2) Discordo; (3) Concordo; (4) Concordo completamente.
		Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada de acordo com a pontuação total da escala, variável entre 26 e 104 pontos.

(conclusão)

Tipo de variável	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Independente	Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: Feminino e Masculino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Solteiro; Casado; União de facto; Divorciado/Separado; Viúvo.
	Grau académico	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Pós-Licenciatura/Especialidade; Mestrado; Pós-Graduação; Doutoramento.
	Título profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Enfermeiro; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Chefe
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞
	Tempo de exercício profissional no serviço atual	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞
	Unidade funcional onde exerce funções	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: UCSP; USF; UCC.
	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Dicotómica: Sim e Não
	Formação em enfermagem de família em que contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Múltipla: Contexto académico; Formação contínua; Na instituição; Noutros contextos.

#### 4.2.6. População e amostra

Em linha com os objetivos do presente estudo de investigação, procurando conhecer e analisar as atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar e estabelecer possíveis associações entre fatores socio-demográficos e profissionais,

relativamente à população e amostra, participaram neste estudo um total de 30 enfermeiros que desempenham funções nos CSP (ACeS PIN e ACeS PL) em 4 unidades funcionais.

Tendo em conta a realização do local de estágio foi selecionada como parte da população do estudo a UCSPA (8), e por questões de proximidade e conveniência, os enfermeiros da USF S. Martinho de Pombal (6); USF Marquês (6) e UCC Pombal (10), sendo uma amostra não probabilística.

A amostra populacional escolhida apresenta os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro em funções na UCSPA e respetivos polos;
- Ser enfermeiro em funções na USF S. Martinho de Pombal;
- Ser enfermeiro em funções na USF Marquês;
- Ser enfermeiro em funções na UCC Pombal;
- Enfermeiros da população-alvo que se prontificaram a participar no estudo através do preenchimento do consentimento informado e esclarecido.

Não foram considerados critérios de exclusão.

#### **4.2.7. Instrumentos**

A seleção do instrumento de colheita de dados relaciona-se com a determinação da informação que se pretende recolher da realidade e a sua construção apropriada permite que o estudo obtenha a desejada correlação entre a realidade e a teoria (Vilelas, 2009).

A técnica mais comum de recolha de dados nos métodos quantitativos é o questionário, composto por questões fechadas previamente estabelecidas e codificadas, o que torna a recolha e o processamento dos dados muito simplificada e rápida (Victoria, 2000 as cited in Vilelas, 2009).

A seleção do instrumento de colheita de dados depende das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende efetuar (Fortin, 1999).

Para a concretização dos objetivos da investigação foi realizado um questionário estruturado em duas partes. Na primeira parte é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda parte, diz respeito à aplicação da escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa.

A escala FINC-NA foi desenvolvida na Suécia, a partir da revisão da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiros que a testaram para a realidade desse país. Assume como

princípio basilar que a família é um recurso importante para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2012 as cited in Oliveira et al., 2011).

Os itens que são reconhecidos a todos os membros integram as dimensões (*eu sinto ...*) e mental (*no meu trabalho ...*) e comporta que o conceito utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Benzein et al. 2008 as cited in Oliveira et al., 2011).

A mesma foi validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), e desta adaptação transcultural passou a designar-se “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).

A referida escala é constituída por 26 itens/afirmações sobre esta temática com 4 opções de resposta, escala de concordância de tipo Likert à qual é atribuída uma pontuação que varia desde (1 ponto) “Discordo completamente” ao (4 pontos) “Concordo completamente”. Mede as seguintes dimensões: família - parceiro dialogante e recurso de *coping* (12 itens: questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), sendo a pontuação variável entre 12 a 48 e com ponto médio total dos pontos de 30); família - recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens: questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20), com uma pontuação variável de 10 a 40 e com ponto médio do total dos pontos de 25); e família - fardo (4 itens: questões 2, 8, 23, 26), com uma pontuação variável entre 4 a 16 e com ponto médio de total dos pontos de 10), não contendo itens invertidos. A pontuação da escala pode variar entre 26 e 104 e considera-se que quanto maior for a pontuação obtida, maiores serão as atitudes de suporte dos enfermeiros face à família assim como a importância atribuída à família (Oliveira et al., 2011).

No quadro 15 encontram-se representadas as dimensões da escala e os respetivos itens/afirmações.

**Quadro 15 - Dimensões e itens da Escala IFCE-AE**  
(continua)

Dimensões	Itens/afirmações
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i></b>	<p><b>4</b> - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p><b>6</b> - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p><b>9</b> - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p><b>12</b> - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p><b>14</b> - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p><b>15</b> - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p>
	<p><b>16</b> - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p><b>17</b> - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p><b>18</b> - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p><b>19</b> - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p>

(conclusão)

Dimensões	Itens/afirmações
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b>	<p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
<b>Família: fardo</b>	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em stresse.</p>

Fonte: Oliveira et al., 2011

### Consistência interna da Escala IFCE-AE

A fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. A fidelidade diz respeito ao grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio, enquanto a validade se refere ao grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento de medida (Fortin, 1999).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. Estima-se pela avaliação das correlações ou pela covariância de todos os enunciados de um instrumento examinados simultaneamente. Esta operação indica como cada enunciado está ligado aos outros enunciados da escala. Quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento (Fortin, 1999).

Segundo a mesma autora, o alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de Likert. O cálculo do coeficiente alfa permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O alfa está relacionado com o número de enunciados de uma escala. O coeficiente será mais elevado se a escala comporta vários enunciados. O valor do coeficiente varia de 0,00 e 1,00; o valor mais elevado denota uma maior consistência interna.

A maioria dos autores considera aceitável um alfa de Cronbach  $>0.70$ . O mesmo é obtido através da variância total do instrumento, da variância de cada item e da soma das variâncias destes itens. Quanto menor for a variância individual dos itens e maior a variância que estes

produzem em conjunto, maior será o coeficiente de fidedignidade ou a consistência interna do instrumento (Pasquali, 2003 as cited in Vilelas, 2009).

O mesmo autor, Vilelas (2017) refere que um resultado de  $\alpha$  entre 0,8 e 0,9 corresponde a um bom grau de consistência interna.

De acordo com Oliveira et al. (2011), após a tradução da escala para a versão portuguesa, a mesma apresentava o alfa de *Cronbach de 0.87*, dentro de valores satisfatórios e praticamente inalterados da escala total, o que comprova a fiabilidade da nova versão.

Para o presente estudo de investigação foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach relativo à escala IFCE-AE, apresentando um valor  $\alpha=0,84$ , variando entre 0,37 e 0,90 nas três dimensões, concluindo que existe uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

No quadro 16 estabelece-se comparação entre o cálculo de fidelidade das várias dimensões da escala validada para a população portuguesa e no presente estudo, através do coeficiente alfa de Cronbach.

**Quadro 16 - Consistência interna Escala IFCE-AE - Alfa de Cronbach**

Dimensões	Itens	$\alpha$ Cronbach (adaptação Portuguesa)	$\alpha$ Cronbach (estudo atual)
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,90
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,87
Família como um fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,37
<b><math>\alpha</math> Cronbach total</b>		0,87	0,84

#### 4.2.8. Procedimento de colheita de dados

O processo de colheita de dados foi efetuado aos enfermeiros que desempenham funções na UCSPA (ACeS PIN), USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês e UCC Pombal (ACeS PL). O instrumento de colheita de dados (Apêndice II) foi entregue em formato de papel, para preenchimento durante o mês de janeiro de 2022, sendo recolhido presencialmente em cada uma das unidades funcionais.

Do total de questionários entregues (30) não foi necessário eliminar nenhum deles, pelo que constituem a totalidade da amostra.

#### 4.2.9. Procedimentos formais e éticos

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 1999).

A mesma autora, citando Reynolds (1979), refere que qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar.

“O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores. E quando se refere «todas as etapas do processo» é mesmo do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados (Nunes, 2020, p.5)”.

De acordo com as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem emanadas pelo CIE existem seis princípios éticos que devem guiar a investigação, designadamente: beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade; avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», avaliando os riscos possíveis e previsíveis; fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios e que se associa ao consentimento livre e esclarecido; e confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo e que distingue do anonimato (Nunes, 2020).

O mesmo autor refere também que estes princípios estão interligados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo a não receber dano, ou seja, a não serem prejudicados (avaliando previamente o potencial prejuízo do estudo e eliminando riscos dispensáveis; direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo; direito de autodeterminação, que assenta no princípio ético do respeito pela autonomia das pessoas, tomando as suas decisões de forma autónoma, ou seja o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não nesta investigação, decidindo sem coação, se participa ou não, e deve ser assegurado o direito a negar-se livremente; direito à intimidade, podendo não responder a algumas questões, garantindo a proteção da identidade do sujeito

e a confidencialidade da informação que foi partilhada; direito ao anonimato, ou seja os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a sua identidade não pode ser associada às respostas individuais, devendo os resultados do estudo ser apresentados de forma que nenhum dos participantes possa ser reconhecido.

Antecipadamente e para garantir o cumprimento das questões formais e éticas inerentes ao presente estudo de investigação, efetuaram-se os respetivos procedimentos formais e éticos.

Primeiramente foi solicitado parecer da Comissão de Ética da ARS Centro, IP (Anexo I), que foi favorável à realização do estudo (Anexo II), tendo sido dado conhecimento ao Conselho Clínico e de Saúde dos respetivos ACeS (Anexo III).

Posteriormente, foi solicitada autorização aos coordenadores de cada uma das unidades funcionais (Anexo IV) para realização do estudo de investigação e aplicação do instrumento de colheita de dados.

O instrumento de colheita de dados foi disponibilizado para preenchimento durante o mês de janeiro de 2022.

Foi garantida aos participantes em estudo a confidencialidade e anonimato, bem como a sua voluntariedade através do consentimento informado/livre e esclarecido (Apêndice II), tendo sido informados que os resultados obtidos poderiam ser divulgados no meio científico, apenas para fins académicos.

O presente estudo de investigação teve por base o projeto “CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem”, cujo respetivo parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra se encontra em anexo (Anexo V).

#### **4.2.10. Processamento e análise de dados**

No processo de investigação, é necessário ter em consideração o plano teórico e o plano empírico. O marco teórico, convenientemente operacionalizado, indica quais os dados que é necessário obter para satisfazer as questões de investigação iniciais. Quanto ao nível empírico, existe uma tentativa de aproximação da teoria à prática, através de um tipo de estudo concretizado, utilizando técnicas de recolha de dados que sintetizarão os planos teórico e empírico, sendo a ferramenta ideal que proporciona a informação necessária (Vilelas, 2009).

Finalizada a fase de recolha de dados, o investigador ficará na sua posse, e a partir deles será possível retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado no início do trabalho. Esse conjunto de dados não permitirá alcançar nenhuma conclusão se,

previamente os mesmos não forem organizados e ordenados. São essas ações que integram o chamado processamento de dados (Vilelas, 2009).

No presente estudo foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e estatística inferencial.

A estatística descritiva consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos (Reis, 1996 as cited in Vilelas, 2009). Estatística descritiva é definida como o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou de uma população, sem distorção nem perda de informação (Huot, 2002 as cited in Vilelas, 2009).

Para além da simples descrição dos dados, a estatística inferencial pretende ajudar a inferir até que ponto os nossos resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2009).

Existem duas dimensões na análise dos resultados, uma em que a estatística revela até que ponto o que se vê na amostra é estatisticamente significativo, e outra em que se procura verificar até que ponto os resultados implicam associações entre variáveis ou diferenças importantes e fortes (Vilelas, 2009).

Para o processamento dos dados do presente estudo de investigação foi utilizado o programa estatístico para Ciências Sociais - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 28.

Para a verificação de hipóteses é necessário escolher o teste estatístico apropriado – teste paramétrico e não paramétricos, cuja principal diferença entre eles é a sofisticação das medidas utilizadas para calcular a variabilidade dos resultados. A função dos dois tipos de testes é idêntica, com qualquer um deles, pretende-se verificar se os resultados de uma experiência ocorreram devido a flutuações aleatórias causadas por variáveis desconhecidas. A diferença entre testes paramétricos e não paramétricos, diz respeito ao método de cálculo destas probabilidades (Green e D'Oliveira, 1991 as cited in Vilelas, 2009).

## **Metodologia**

Relativamente às técnicas de estatística descritiva foram aplicadas:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central: média aritmética ( $\bar{x}$ ), mediana ( $m_e$ ) e moda ( $m_o$ );
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão ( $\sigma$ ), máximos e mínimos.

Quanto às técnicas de estatística inferencial, para avaliação da normalidade da amostra, foi aplicado o teste paramétrico de Shapiro-Wilk, já que se trata de uma amostra de pequena

dimensão. O SPSS produz o valor para este teste sempre que a dimensão da amostra seja menor ou igual a 50 (Marôco, 2007).

Assim, e após aplicação do referido teste, através da análise da tabela 1, pode constatar-se que a distribuição amostral não é considerada normal, já que apresenta em duas das dimensões um valor de significância inferior a 0,05 ( $p=0,007$  e  $p=0,045$  nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como um fardo*, respetivamente). Apenas a dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* apresenta um valor de  $p>0,05$ .

**Tabela 1 – Teste Normalidade Shapiro-Wilk - Dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Shapiro-Wilk		
	Estatística	n	p
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	0,897	30	0,007
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	0,939	30	0,085
Família como um fardo	0,928	30	0,045

Dado tratar-se de uma amostra que não apresenta distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos para a análise estatística inferencial.

Os testes não paramétricos são considerados geralmente como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a normalidade da variável sob estudo e a homogeneidade das variâncias entre os grupos, não se verificam. Os testes não paramétricos não exigem que a distribuição da variável sob estudo seja conhecida (normal), daí estes testes serem também conhecidos por testes adistribucionais (Marôco, 2007).

Para testar a variação da variável dependente tendo em conta dois grupos de amostragem foi utilizado o teste de Mann-Whitney, nos casos em que se verificam mais do que dois grupos de amostragem foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para testar a variação da variável dependente com as variáveis quantitativas contínuas ordinais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (Marôco, 2007).

Depois de efetuada a análise estatística dos resultados obtidos, a mesma será apresentada através de tabelas, que permitem uma visualização clara e objetiva dos resultados.

### 4.3. RESULTADOS

Finalizado o processo de tratamento de dados, serão apresentados e analisados os resultados obtidos através do Programa SPSS.

#### 4.3.1. Caracterização da amostra

Relativamente à caracterização sociodemográfica, através da análise da tabela 2, pode verificar-se que 93,3% dos enfermeiros são do sexo feminino (28) e 6,7% do sexo masculino (2).

**Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género**

Género	n	%
Masculino	2	6,7%
Feminino	28	93,3%

Quanto à idade dos enfermeiros da amostra, a mesma variou entre os 37 e os 64 anos, com uma média de idade de 48 anos, apresentando um desvio padrão de 7,669 anos, como se verifica na tabela 3.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade**

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	30	37	64	48,47	7,669

Quanto ao estado civil, e de acordo com a tabela 4, pode verificar-se que a maioria dos enfermeiros da amostra são casados 73,3% (22), 13,3% em união de facto (4), 10% (3) solteiros e apenas 3,3% (1) é viúvo.

**Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil**

Estado Civil	n	%
Solteiro	3	10,0%
Casado	22	73,3%
União de facto	4	13,3%
Viúvo	1	3,3%

Em relação ao grau académico (tabela 5) analisou-se a amostra tendo em conta a especificidade da área da saúde familiar. Assim pode verificar-se que 46,7% dos enfermeiros (14) têm o grau de licenciatura, 16,7% (5) têm especialidade/mestrado em enfermagem de

saúde comunitária ou na área de saúde familiar, 26,7% (8) apresentam outras especialidades/áreas de formação e 10% (3) detêm o grau de bacharelato.

**Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o grau académico**

Grau académico	n	%
Bacharelato	3	10,0%
Licenciatura	14	46,7%
Especialidade/mestrado enf. saúde comunitária/Área saúde familiar	5	16,7%
Outras especialidades/áreas formação	8	26,7%

De acordo com a tabela 6, relativamente ao título profissional, 56,7% da amostra (17) possuem o título de enfermeiro, 40% (12) de enfermeiro especialista e 3,3% (1) o título de enfermeiro chefe.

**Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o título profissional**

Título profissional	n	%
Enfermeiro	17	56,7%
Enfermeiro Especialista	12	40,0%
Enfermeiro Chefe	1	3,3%

Quanto ao tempo de exercício profissional, de acordo com a tabela 7, pode verificar-se que este varia entre os 15 e os 42 anos de serviço, apresentando uma média de 25,6 anos e um desvio padrão de 7,304.

**Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional**

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Tempo de exercício profissional (anos)</b>	30	15	42	25,60	7,304

Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço atual, a tabela 8 demonstra que o mesmo varia entre os 3 e os 36 anos, com uma média de 11,93 anos e um desvio padrão de 9,602.

**Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional no serviço atual**

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Tempo de exercício profissional no serviço atual (anos)</b>	30	3	36	11,93	9,602

No que respeita à unidade funcional onde exercem funções, de acordo com a tabela 9, 26,7% (8) dos enfermeiros da amostra exerce funções em UCSP, 40% (12) em USF e 33,3% (10) em UCC.

**Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a unidade funcional onde exerce funções**

Unidade funcional onde exerce funções	n	%
UCSP	8	26,7%
USF	12	40,0%
UCC	10	33,3%

A tabela 10 representa a distribuição da amostra, identificando a unidade funcional onde exercem funções. Assim, 26,7% (8) dos enfermeiros exercem funções na UCSP Ansião, 20% (6) na USF S. Martinho de Pombal, 20% (6) na USF Marquês e 33,3% (10) na UCC Pombal.

**Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a unidade funcional onde exercem funções - identificação da unidade**

Identificação da unidade onde exercem funções	n	%
UCSP Ansião	8	26,7%
USF S. Martinho de Pombal	6	20,0%
USF Marquês	6	20,0%
UCC Pombal	10	33,3%

Relativamente à formação em enfermagem de família, de acordo com a tabela 11, verifica-se que a 20% (6) dos enfermeiros que constituem a amostra têm formação em enfermagem de família, ao contrário de 80% (24) que não tem formação nessa área.

**Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de formação em enfermagem de família**

Formação em enfermagem de família	n	%
Com formação em enfermagem de família	6	20,0%
Sem formação em enfermagem de família	24	80,0%

Quanto ao contexto de formação em enfermagem de família, segundo a tabela 12, dos 6 enfermeiros da amostra que referiram ter formação em enfermagem de família, 3 (10%) adquiriram essa formação em contexto académico e 3 (10%) responderam ter adquirido essa formação em contexto académico e formação contínua.

**Tabela 12 - Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação**

Contexto de formação em enfermagem de família	n	%
Contexto Académico	3	10,0%
Contexto académico e formação contínua	3	10,0%
Sem formação em enfermagem de família	24	80,0%

No que respeita aos resultados da estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE, os mesmos encontram-se descritos na tabela 13.

A dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, apresenta uma média de resposta de 42,67, mediana de 44, moda de 46, um valor mínimo de 34, um valor máximo de 48 e um desvio padrão de 4,36. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, verifica-se uma média de resposta de 34,97, mediana de 36, moda de 37 um valor mínimo de 26, um valor máximo de 40 e um desvio padrão de 3,71. A dimensão *Família como um fardo*, apresenta um valor médio de 7,07, mediana de 7, moda de 8, um valor máximo de 12, um valor mínimo de 4 e um desvio padrão de 2,03. No que diz respeito ao valor total da escala IFCE-AE, a mesma revela uma média de respostas de 84,70, mediana e moda ambas com o valor de 87, um valor mínimo de 67, um valor máximo de 95 e um desvio padrão de 7,05.

**Tabela 13 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE**

	Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Família como um fardo	Score Total da Escala IFCE-AE
<b>n</b>	30	30	30	30
<b>Média</b>	42,67	34,97	7,07	84,70
<b>Mediana</b>	44	36	7	87
<b>Moda</b>	46	37	8	87
<b>Desvio padrão</b>	4,36	3,71	2,03	7,05
<b>Mínimo</b>	34	26	4	67
<b>Máximo</b>	48	40	12	95

#### 4.3.2. Análise inferencial das hipóteses

Relativamente às hipóteses enunciadas, as mesmas serão analisadas utilizando testes não paramétricos.

##### **H1: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género?**

Na tabela 14, através da aplicação do teste de Mann-Whitney, pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino nas três dimensões da escala IFCE-AE, com um valor de significância de  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas, pelo que se pode concluir que não se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género. Quanto à distribuição das médias de respostas, na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, verifica-se uma média mais elevada no género feminino com 15,61; o género masculino apresenta uma média de 14. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, a média mais elevada também se verifica no género feminino com 15,52; o género masculino apresenta

uma média de 15,25. Por último na dimensão *Família como um fardo*, a média mais elevada, cabe ao género masculino com 17,50 e o género feminino apresenta média de 15,36.

**Tabela 14 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género – Teste de Mann-Whitney**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Género	n	Média	p
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Masculino	2	14,00	0,802
	Feminino	28	15,61	
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Masculino	2	15,25	0,967
	Feminino	28	15,52	
<b>Família como um fardo</b>	Masculino	2	17,50	0,735
	Feminino	28	15,36	

## H2: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade?

Relativamente à relação entre a variável independente idade face à variável dependente, avaliada através da escala IFCE-AE nas suas três dimensões, a mesma foi avaliada pela aplicação do teste de correlação de Spearman e encontra-se representada na tabela 15.

Através da análise do valor de  $r$  de Spearman, este apresenta um valor de -0,192 na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, de -0,099 na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e de 0,187 na dimensão *Família como um fardo*, que evidenciam uma correlação insignificante. Pela análise da referida tabela, as três dimensões da escala apresentam valores de significância com  $p > 0,05$  podendo concluir-se que não se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

**Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman**

Dimensões da Escala IFCE-AE	rô de Spearman	
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Coeficiente de Correlação	-0,192
	p	0,308
	n	30
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Coeficiente de Correlação	-0,099
	p	0,601
	n	30
<b>Família como um fardo</b>	Coeficiente de Correlação	0,187
	p	0,323
	n	30

### H3: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil?

A tabela 16 revela os resultados da aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis relativamente à variável estado civil face à variável dependente.

Relativamente às médias de resposta observadas, na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, a média mais elevada de respostas verificou-se nos enfermeiros em *união de facto* com uma média de 24,5; seguida do estado civil *viúvo* com uma média 22,5; com estado civil *casado*, a média de pontuação é de 14,57; e por fim com estado civil *solteiro*, média 8. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, a média mais elevada de respostas observou-se no estado civil *viúvo*, com uma média de pontuação de 19,5; seguida pelo estado civil *união de facto* com uma média de 19; com estado civil *casado*, 15,82; e os enfermeiros cujo estado civil é *solteiro*, apresentaram uma média de pontuação de 7,17. Na dimensão *Família como um fardo*, a média de respostas mais baixa observou-se nos enfermeiros cujo estado civil é *união de facto* com valor de 7,5; com estado civil *casado*, a média de pontuação é de 16,18; com estado civil *solteiro*, média de 19,67; e *viúvo*, com uma média de pontuação de 20.

Relativamente aos valores de significância, as três dimensões da escala apresentam valores de  $p > 0,05$  pelo que se pode concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil.

**Tabela 16 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil - Teste de Kruskal-Wallis**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Estado Civil	n	Média	H de Kruskal-Wallis	df	p
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Solteiro	3	8,00	7,341	3	0,062
	Casado	22	14,57			
	União de facto	4	24,50			
	Viúvo	1	22,50			
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Solteiro	3	7,17	3,602	3	0,308
	Casado	22	15,82			
	União de facto	4	19,00			
	Viúvo	1	19,50			
<b>Família como um fardo</b>	Solteiro	3	19,67	4,520	3	0,210
	Casado	22	16,18			
	União de facto	4	7,50			
	Viúvo	1	20,00			

#### H4: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico?

A tabela 17 revela os resultados da aplicação do teste não paramétrico onde foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, relativamente à variável grau académico face à variável dependente.

Quanto à média das respostas obtidas, na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* a média mais elevada de respostas, 20,67, registou-se nos enfermeiros com bacharelato; seguida pelos enfermeiros com outras especialidades/áreas de formação com uma média de respostas de 20,13; os enfermeiros com especialidade/mestrado em enfermagem de saúde comunitária e/ou área de saúde familiar apresentam nesta dimensão uma média de 13; e os enfermeiros com licenciatura obtiveram uma média de 12,64. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, a média mais elevada de respostas, 17,69 constatou-se nos enfermeiros com outras especialidades/áreas de formação; seguida dos enfermeiros com bacharelato com 17,50; os enfermeiros com especialidade/mestrado em enfermagem de saúde comunitária e/ou área de saúde familiar apresentaram uma média de 14,80; e por fim os enfermeiros com licenciatura com um valor médio de 12,4. Na dimensão *Família como um fardo*, verifica-se que a média de respostas, por ordem crescente diz respeito aos enfermeiros com outras especialidades/áreas de formação (10,25); com bacharelato (12,83); com licenciatura (17,54); e com especialidade/mestrado em enfermagem de saúde comunitária e/ou área de saúde familiar (19,80).

Quanto aos valores de significância, pode constatar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau académico e as três dimensões da escala, apresentando valores  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões. Não há, portanto, evidência de relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico.

**Tabela 17 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal-Wallis**  
(continua)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Grau académico	n	Média	H de Kruskal- Wallis	p
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Bacharelato	3	20,67	5,193	0,158
	Licenciatura	14	12,64		
	Especialidade/mestrado enf. saúde comunitária/Área saúde familiar	5	13,00		
	Outras especialidades/áreas formação	8	20,13		

(conclusão)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Grau académico	n	Média	H de Kruskal- Wallis	p
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Bacharelato	3	17,50		
	Licenciatura	14	14,07		
	Especialidade/mestrado enf. saúde comunitária/Área saúde familiar	5	14,80	1,063	0,786
	Outras especialidades/áreas formação	8	17,69		
<b>Família como um fardo</b>	Bacharelato	3	12,83		
	Licenciatura	14	17,54		
	Especialidade/mestrado enf. saúde comunitária/Área saúde familiar	5	19,80	5,238	0,155
	Outras especialidades/áreas formação	8	10,25		

### H5: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional?

Para analisar a relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Através da análise da tabela 18, pode verificar-se que na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, a média mais elevada de respostas observou-se nos enfermeiros com título profissional de enfermeiro chefe, com um valor de 22,5; seguida do título profissional de enfermeiro especialista, com uma média de 16,96, e o título profissional de enfermeiro com valor médio de 14,06. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, a média mais elevada de respostas com 16,96 observou-se nos enfermeiros com título profissional de enfermeiro especialista; seguida do título profissional de enfermeiro com 14,68; e com título profissional de enfermeiro chefe um valor médio de 12. Na dimensão *Família como um fardo* a média mais baixa de respostas verificou-se nos enfermeiros com título profissional de enfermeiro especialista com 13,92; seguida dos enfermeiros com título profissional de enfermeiro chefe com valor médio de 14, e por fim os enfermeiros com título profissional de enfermeiro com valor médio de 16,71.

Quanto à análise dos valores de significância constataram-se valores de  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas da escala, pelo que se pode concluir que não existem diferenças

estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

**Tabela 18- Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional - Teste de Kruskal-Wallis**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	Média	H de Kruskal-Wallis	df	Significância p
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Enfermeiro	17	14,06	1,438	2	0,487
	Enfermeiro Especialista	12	16,96			
	Enfermeiro Chefe	1	22,50			
	Total	30				
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Enfermeiro	17	14,68	0,644	2	0,725
	Enfermeiro Especialista	12	16,96			
	Enfermeiro Chefe	1	12,00			
	Total	30				
<b>Família como um fardo</b>	Enfermeiro	17	16,71	0,762	2	0,683
	Enfermeiro Especialista	12	13,92			
	Enfermeiro Chefe	1	14,00			
	Total	30				

#### **H6: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional?**

No que diz respeito à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional, pode verificar-se através da tabela 19 pela aplicação do teste não paramétrico de Spearman e pela análise do valor de  $r$  de Spearman que este apresenta valores negativos de -0,112 na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, de -0,013 na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e de 0,104 na dimensão *Família como um fardo*, o que evidencia em cada uma das dimensões uma correlação insignificante (Hinkle, Wiersma & Jurs 2003).

O mesmo se pode concluir relativamente aos valores de significância com valores de  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas da escala, o que não permite estabelecer uma relação entre a variável dependente e o tempo de exercício profissional.

**Tabela 19 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional – Teste de Spearman**  
(continua)

Dimensões da Escala IFCE-AE	rô de Spearman	
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Coefficiente de Correlação	-0,112
	p	0,555
	n	30

(conclusão)

Dimensões da Escala IFCE-AE		rô de Spearman	
<b>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</b>	Coeficiente de Correlação	-0,013	
	p	0,945	
	n	30	
<b>Família como um fardo</b>	Coeficiente de Correlação	0,104	
	p	0,583	
	n	30	

### H7: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual?

Quanto à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual, a mesma foi também analisada através da aplicação do teste de Spearman.

Pela análise da tabela 20, relativamente à análise do valor de rô de Spearman, este apresenta um valor negativo de -0.302 na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, evidenciando deste modo uma baixa correlação (negativa), ou seja, a atitude do enfermeiro face à família (variável dependente) poderá ter uma variação inversa de cerca de 30,2% devido à variação da variável independente (tempo de exercício profissional no serviço atual).

A dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* apresenta um valor de -0,032 e a dimensão *Família como um fardo*, um valor de 0,102 evidenciando nestas duas dimensões uma correlação insignificante.

Ainda de acordo com a mesma tabela, e analisando os valores de significância, cada uma das dimensões da escala apresenta valores de  $p > 0,05$ , podendo assim comprovar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em análise que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual.

**Tabela 20 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual – Teste de Spearman**  
(continua)

Dimensões da Escala IFCE-AE		rô de Spearman	
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Coeficiente de Correlação	-0,302	
	p	0,105	
	n	30	

(conclusão)

Dimensões da Escala IFCE-AE		rô de Spearman
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Coeficiente de Correlação	-0,032
	p	0,867
	n	30
Família como um fardo	Coeficiente de Correlação	0,102
	p	0,592
	n	30

### H8: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções?

Relativamente à relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, cujo resultado se encontra representado na tabela 21.

Relativamente às médias de respostas obtidas, verificou-se que na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* os valores mais elevados registaram-se nos enfermeiros que exercem funções na UCC (21,25), seguidos pelos enfermeiros que exercem funções na UCSP com 15,56 e pelos enfermeiros que exercem funções na USF com uma média de 10,67. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* a média mais elevada, 18,15, observou-se também nos enfermeiros que exercem funções na UCC, seguida dos enfermeiros que exercem funções na UCSP com 17,69 e pelos enfermeiros que exercem funções na USF com um valor de 11,83. Na dimensão *Família como um fardo* a média mais baixa de resposta foi obtida nos enfermeiros que exercem funções na UCC, com 8,85; seguida dos enfermeiros que exercem funções na UCSP, registando o valor de 17,94; e dos enfermeiros que exercem funções na USF com 19,42.

Pode constatar-se que apenas na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,171$ ). As dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* ( $H=7,998$ ;  $p=0,018$ ) e *Família como um fardo* ( $H=8,997$ ;  $p=0,011$ ) apresentam ambas, valores de significância com  $p<0,05$ , pelo que se pode constatar que se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções.

**Tabela 21 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções - Teste de Kruskal-Wallis**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Unidade funcional onde exerce funções	n	Média	H de Kruskal-Wallis	p
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	UCSP	8	15,56	7,998	0,018
	USF	12	10,67		
	UCC	10	21,25		
	Total	30			
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	UCSP	8	17,69	3,527	0,171
	USF	12	11,83		
	UCC	10	18,15		
	Total	30			
Família como um fardo	UCSP	8	17,94	8,997	0,011
	USF	12	19,42		
	UCC	10	8,85		
	Total	30			

### H9: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família?

Na tabela 22, através da aplicação do teste de Mann-Whitney, pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença ou não de formação em enfermagem de família nas três dimensões da Escala IFCE-AE, apresentando valores de significância com  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas, pelo que se pode concluir que não se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família. Quanto às médias de respostas obtidas, na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, a média mais elevada verificou-se em enfermeiros com formação em enfermagem de família com 17,42; já os enfermeiros sem formação na área apresentaram uma média de 15,02; o mesmo se constatou na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* com uma média de 17,83, para os enfermeiros que responderam ter formação em enfermagem de família; os enfermeiros sem formação na áreas obtiveram uma média de 14,92; na dimensão *Família como um fardo*, a média de resposta mais baixa também se verificou nos enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família, com uma média de 12,67; os enfermeiros que não têm formação na área obtiveram uma média de 16,21.

**Tabela 22 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família – Teste de Mann-Whitney**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Formação em Enfermagem de Família	n	Média	p
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	6	17,42	0,561
	Não	24	15,02	
	Total	30		
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim	6	17,83	0,494
	Não	24	14,92	
	Total	30		
Família como um fardo	Sim	6	12,67	0,402
	Não	24	16,21	
	Total	30		

#### 4.4. DISCUSSÃO

O CIE revela que a prática baseada na investigação é uma marca da enfermagem profissional. A investigação em enfermagem, tanto qualitativa como quantitativa, é fundamental para os cuidados de saúde com qualidade e é necessária para gerar novo conhecimento e desenvolver a ciência/disciplina, avaliar as práticas e serviços existentes, e fornecer evidência que irá informar a educação, a prática, a investigação e gestão em enfermagem (OE, 2012).

A utilização de evidência para fundamentar as nossas ações é uma maneira de análise, exequível para melhorar o desempenho do sistema de saúde, no entanto o aumento da informação disponível pode significar que ao invés de facilitar a procura de evidência, esta torna-se esmagadora. Nem toda a evidência é robusta e confiável sendo imperativo que os enfermeiros identifiquem a melhor evidência disponível, mas que também a saibam utilizar no seu dia-a-dia sob a forma de conhecimento, tendo em conta as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo utilizando a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local (OE, 2012).

Este estudo deu ênfase à importância que os enfermeiros atribuem à família bem como às suas atitudes no relacionamento e contexto de cuidados em que a família está presente, evidenciando a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas e as atitudes demonstradas pelos enfermeiros. O mesmo foi operacionalizado através da aplicação da escala IFCE-AE, por forma a responder à questão de investigação inicialmente enunciada “Quais são as atitudes que os enfermeiros de CSP (UCSP, USF e UCC) assumem, face à importância da família no processo de cuidar?”

Os resultados obtidos serão analisados tendo por base o pensamento crítico e reflexivo, retirando ilações e estabelecendo comparações com outros estudos relacionados com as

atitudes dos enfermeiros, sobretudo no que diz respeito aos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, contextualizando o enquadramento teórico, de acordo com o estado da arte nesta área e à luz da evidência científica disponível.

Os resultados obtidos nas variáveis sociodemográficas e profissionais, serão interpretados aquando da análise das hipóteses colocadas.

Para avaliação das atitudes dos enfermeiros face a importância da família, foi utilizada a Escala IFCE-AE constituída por 3 dimensões (*Família como parceiro dialogante e recurso de coping; Família como recurso dos cuidados de enfermagem e Família como um fardo*) e validada para a população portuguesa, o que constitui um requisito para a aprovação científica dos resultados obtidos.

Após a tradução da escala para a versão portuguesa, de acordo com Oliveira et al. (2011), a mesma apresentava o valor de alfa de *Cronbach de 0.87*, dentro de valores satisfatórios e praticamente inalterados da escala total, o que comprova a fiabilidade da nova versão.

No presente estudo de investigação o coeficiente alfa de Cronbach relativo à escala IFCE-AE, apresenta um valor de  $\alpha=0,84$ , variando entre 0,37 e 0,90 nas três dimensões, constatando-se assim a existência de uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem. O valor obtido neste estudo, que se considera com uma adequada consistência interna do instrumento de medida é semelhante ao dos estudos de Alves (2011), Fernandes (2015), Tavares (2017), Henriques e Santos (2019) ou Frade et al. (2021).

Relativamente às atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem, através da aplicação da escala IFCE-AE, obteve-se um score médio total de 84.7 (para um valor mínimo de 26 e máximo de 104), o que revela que os enfermeiros apresentam atitudes de suporte face às famílias. Os mesmos resultados são corroborados pelos estudos de Alves (2011), Silva et al. (2013), Ângelo et al. (2014) ou Benzein et al. (2008) e Oliveira et al. (2011), cujos pressupostos destes dois últimos autores, indicam que quanto mais elevado o valor do score global da escala IFCE-AE, maiores serão as atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias no processo de cuidar.

No que concerne à avaliação dos resultados obtidos por dimensões, salienta-se também aqui a existência de atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias que se traduz pelas médias de resposta obtidas: 42,67 na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*; e 34,97 na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* (cujo máximo de pontuação possível é 48 e 40, respetivamente), e de 7,07 na dimensão *Família como um fardo*, que representa as atitudes de menor suporte, com o valor médio mais baixo

de pontuação; o que é corroborado pelos estudos de Sousa (2011), Pires (2016) ou Tavares (2017).

Analisando os dados relativos à primeira hipótese colocada “**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género**”, e quanto à composição da amostra relativamente ao género, verificou-se que a mesma é maioritariamente constituída por elementos do género feminino (93,3%) e apenas 6.7% do sexo masculino. Tais dados são congruentes com os últimos dados disponíveis relativamente à população de enfermeiros em Portugal, em que, segundo a OE (2022), de acordo com o seu anuário estatístico relativo ao ano de 2021, cerca de 82% dos enfermeiros são do género feminino. O mesmo é também evidenciado em vários estudos, nomeadamente Alves (2011), Oliveira et al. (2011), Barbieri-Figueiredo et al. (2012), e Fernandes et al. (2015) onde a maior percentagem da amostra analisada é do género feminino.

Pode verificar-se que, apesar das médias de respostas obtidas em cada uma das dimensões avaliadas evidenciarem atitudes mais positivas nos enfermeiros do género feminino, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas que permitissem estabelecer uma relação entre o género masculino e feminino nas três dimensões da escala IFCE-AE; o mesmo foi também observado nos resultados obtidos por Oliveira et al. (2011), Alves (2011), Rodrigues (2013) ou Fernandes et al. (2015) em que apesar das enfermeiras apresentarem atitudes mais favoráveis para com as famílias, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o género. Há, no entanto, alguns estudos que evidenciam o contrário, nomeadamente Wright & Leahey (2005), que assinalam uma atitude menos favorável para as *famílias como um recurso* no cuidado de enfermagem e como *parceiros de diálogo*, sendo um enfermeiro do sexo masculino; ou até Benzein et al. (2008) que constataram que as enfermeiras apresentam em média, atitudes mais favoráveis para com as famílias do que os enfermeiros.

No que respeita à hipótese “**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade**”, no que concerne à caracterização desta variável, a média de idade dos enfermeiros em estudo foi de 48 anos, variando entre um mínimo de 37 anos e um máximo de 64 anos. Analisando o anuário estatístico relativo ao ano de 2021 da OE (2022) pode verificar-se que o grupo etário com maior representatividade é a faixa etária dos 36 a 40 anos, seguido da faixa etária dos 31 a 35 anos, não se encontrando os resultados do presente estudo dentro das faixas etárias com maior representatividade a nível nacional. A idade como variável independente apresenta características particulares dependendo da amostra estudada, já que cada realidade amostral é única e torna-se difícil poder generalizar ou retirar ilações acerca da mesma.

Esta hipótese evidencia em cada uma das dimensões avaliadas uma correlação insignificante e constatou-se que também não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$  em cada uma das dimensões estudadas) que permitissem estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade do mesmo. O mesmo é evidenciado no estudo Alves (2011), Rodrigues (2013) ou Pires (2016) onde não se evidencia associação significativa entre a idade e nenhuma das dimensões.

Por outro lado, estudos como os de Benzein et al. (2008), Silva et al. (2013) e Frade et al. (2021) indicam que os enfermeiros de mais idade tendem a apresentar atitudes de maior suporte e a atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à hipótese “**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil**”, no que diz respeito à estatística descritiva a maioria dos enfermeiros da amostra, 73,3%, são casados; 13,3% em união de facto; 10% solteiros e apenas 3,3% viúvo; em conformidade com o que foi concluído por Henriques e Santos (2019), Tavares (2017) ou Cruz, Nelas e Coutinho (2018) em que a maioria dos enfermeiros que fazem parte da amostra dos respetivos estudos são casados ou em união de facto.

Após avaliar os valores de significância obtidos ( $p > 0,05$ ) em cada uma das dimensões avaliadas da escala, pode concluir-se que não existe significância estatística que permita estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil. O mesmo é corroborado pelo estudo de Tavares (2017) que evidencia que o estado civil não interfere na atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar. Das pesquisas de literatura efetuadas noutros estudos semelhantes, pode constatar-se que, na sua maioria, não foi estudada a influência desta variável na atitude dos enfermeiros face à família. No presente estudo pode apenas analisar-se quanto às médias de resposta obtidas em que o maior valor registado na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* coube aos enfermeiros em *união de facto*; na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, aos enfermeiros cujo estado civil é viúvo; e na dimensão *Família como fardo*, o valor mais baixo de respostas coube também aos enfermeiros em união de facto, o que denota que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, serão aqueles que apresentam atitudes mais positivas face à família.

Quanto à hipótese “**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico**”, relativamente à constituição da amostra, 46,7% dos enfermeiros são licenciados, 26,7% apresentam outras especialidades/áreas de formação, 16,7% têm especialidade/mestrado em enfermagem de saúde comunitária ou na área de saúde familiar, e 10% detêm o grau de bacharelato. Estes dados vão ao encontro dos dados disponibilizados pela OE (2022) no seu Anuário Estatístico de 2021 em que a maior percentagem de

enfermeiros, cerca de 77%, são licenciados, assim como nos estudos de Barbieri-Figueiredo et al. (2012), Silva et al. (2013) e Pires (2016), que revelam que o grupo dos enfermeiros licenciados é o que apresenta maior percentagem da amostra.

Após analisar os valores de significância obtidos ( $p > 0,05$ ) em cada uma das dimensões avaliadas da escala, pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico. O mesmo é corroborado em estudos como o de Alves (2011), Oliveira et al. (2011), Rodrigues (2013) ou Tavares (2017), não se evidenciando diferenças com significado estatístico. Em estudos como o de Silva et al. (2013) observou-se que apenas na dimensão *Família como um fardo* se encontrou diferença estatisticamente significativa, revelando que quanto mais habilitações académicas possuem, maior importância atribuem à família, ou seja, mais atitudes de suporte apresentam nos cuidados de enfermagem; ou mesmo Sousa (2011) que constatou que relativamente à globalidade dos enfermeiros, a dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* apresentou diferenças com significado estatístico, indicando que quanto maior o nível de instrução, mais positiva é a atitude perante a família.

Quanto à média das respostas obtidas, que permitem inferir acerca das atitudes de mais suporte face à família, na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* estas registaram-se nos enfermeiros com bacharelato; na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, denotam-se atitudes mais positivas nos enfermeiros com outras especialidades/áreas de formação; assim como na dimensão *Família como um fardo*.

Contrariamente ao que seria de esperar, pode concluir-se pelo presente estudo que não foram os enfermeiros com maior grau académico que apresentaram atitudes de maior suporte face à família na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*. Por outro lado, verificou-se que nas dimensões *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e *Família como um fardo*, apesar das atitudes de maior suporte estarem associadas a enfermeiros com grau académico mais elevado, não se verificou nos enfermeiros que tinham Especialidade/mestrado enfermagem saúde comunitária/Área saúde familiar. De uma forma geral, e através da análise de outros estudos pode concluir-se que, apesar de não se evidenciar significância estatística, associam-se atitudes de maior suporte às famílias com médias de resposta mais elevadas, a enfermeiros com grau académico superior (Rodrigues, 2013; Freitas, 2009; Silva et al., 2013).

Em relação à hipótese **“estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional”** analisando a estatística descritiva, 56,7% da amostra possui o título de enfermeiro; 40% de enfermeiro especialista e 3,3% o título de enfermeiro chefe. Estes

dados são congruentes com os dados da OE (2022) no seu anuário estatístico de 2021 que revela que cerca de 73% são enfermeiros (cuidados gerais) e 28% de enfermeiros detentores de especialidade; e com dados dos estudos de Fernandes et al. (2015) e Pires (2016) em que a maior percentagem de enfermeiros inquiridos são enfermeiros de cuidados gerais.

Quanto à análise da significância estatística no presente estudo, constataram-se valores de  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas da escala, pelo que se pode concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional. O mesmo se pode concluir no estudo de Alves (2011), Sousa (2011) ou Tavares (2017) que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas. O estudo de Fernandes et al. (2015) indica que os enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes apresentam médias superiores, mas sem significância estatística. Estes dados vão ao encontro dos dados do presente estudo, já que as atitudes de maior suporte face à família se registaram na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, nos enfermeiros com título profissional de Enfermeiro chefe; na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e *Família como um fardo* foram atribuídas aos Enfermeiros Especialistas.

Por outro lado, no estudo desenvolvido por Rodrigues (2013), para além de ter sido demonstrado que as atitudes de maior suporte relativamente à família dizem respeito aos enfermeiros especialistas, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões da escala, relacionadas com o título profissional do enfermeiro. Já no estudo desenvolvido por Pires (2016) os resultados obtidos revelam associações estatísticas significativas para o cruzamento das dimensões da escala com a variável título profissional para a dimensão *Família como um fardo*, o que significa que para valores mais altos de titularidade profissional, correspondem atitudes de maior suporte à família nos cuidados de enfermagem.

Analisando os dados relativos à hipótese **“estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional”**, e quanto à estatística descritiva desta variável, verifica-se que o tempo de serviço variou entre os 15 e os 42 anos de serviço, com uma média de 26 anos. Os dados obtidos diferem da maioria dos estudos encontrados em que a média de tempo de exercício profissional oscila entre 16,37 no estudo de Silva et al. (2013), 14,87 no estudo de Pires (2016), e 18,63 no estudo de Frade et al. (2021). Os valores mais aproximados com os do presente estudo obtiveram-se no estudo de Tavares (2017) em que a maioria da amostra estudada exerce funções há 21 ou mais anos.

Em cada uma das dimensões avaliadas evidencia-se uma correlação insignificante; ao mesmo tempo os valores de significância com  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões avaliadas

da escala, não permitem estabelecer uma relação entre a variável dependente e o tempo de exercício profissional, o que vai ao encontro de estudos como o de Rodrigues (2013), Pires (2016) ou Tavares (2017), que revelam não existir significância estatística entre esta variável e a escala IFCE-AE.

Contrariamente a estas conclusões, no estudo de Frade et al. (2021) verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, que permitem atribuir maior importância à família, quanto maior forem os anos de exercício profissional. Também no estudo de Silva et al. (2013) e Benzein et al. (2008) pode concluir-se que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional, atribuem maior importância às famílias, nos cuidados de enfermagem, evidenciando atitudes de maior suporte. Contudo, no estudo desenvolvido por Ângelo et al. (2014) evidencia-se que, quanto menor o tempo de serviço, maiores atitudes de suporte se encontraram face à família.

Relativamente à hipótese “**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual**”, e quanto às características da estatística descritiva desta variável, verificou-se que o mesmo variou entre os 3 e os 36 anos, com uma média de 11,93 anos. Analisando outros estudos, verificou-se a análise desta variável no estudo de Tavares (2017) em que a maioria dos enfermeiros em estudo apresenta um tempo no serviço atual até 7 anos e no estudo de Silva et al. (2013) que avaliou o tempo de exercício profissional em CSP com uma média de 12,16 anos.

Na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, obteve-se uma correlação com um valor negativo de -0.302 evidenciando deste modo uma baixa correlação (negativa), ou seja, poderá concluir-se que, existe uma variação inversa de cerca de 30,2% da variável dependente, devido ao efeito da variável tempo de serviço no serviço atual. Na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* obteve-se um valor de correlação de -0,032 e na dimensão *Família como um fardo*, um valor de 0,102 evidenciando em ambas as dimensões uma correlação insignificante.

Analisando os valores de significância, em cada uma das dimensões da escala obtiveram-se valores de  $p > 0,05$ , concluindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional no serviço atual.

Relativamente à presente hipótese, nos estudos consultados, apenas Silva et al. (2013) revela, relativamente à variável tempo de exercício em CSP, que as correlações são igualmente fracas e sem significância estatística, quando comparadas com os resultados da variável tempo de exercício profissional. Dados os escassos resultados para esta variável,

torna-se difícil estabelecer comparações ou retirar ilações relativamente ao estado da arte existente nesta variável em particular.

Quanto à hipótese colocada "**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções**", analisando a estatística descritiva da amostra relativamente à variável independente, 26,7% dos enfermeiros exercem em UCSP; 40% em USF e 33,3% em UCC. Uma vez que se trata de uma amostra relativamente reduzida, não é passível de generalização. Transpondo para os dados da situação profissional dos enfermeiros em Portugal, segundo dados da OE (2022) do seu anuário estatístico relativo ao ano de 2021, constata-se que, na distribuição por setor de atividade, 1,2% dos enfermeiros exercem funções em UCSP; 0,8% em USF e 0,6% em UCC. A maioria dos enfermeiros inscritos em Portugal trabalha em contexto hospitalar (48%) e cerca de 31% em setor desconhecido. De ressaltar que cerca de 9% exerce funções em ACeS/CS e ACeS/CS/Unidades de Saúde.

Apesar dos estudos analisados apresentarem resultados cuja amostra se enquadra no âmbito dos CSP (Pires, 2016; Oliveira et al., 2011) apenas alguns distinguem a amostra em termos de unidades funcionais, nomeadamente Silva et al. (2013) em que a maioria dos enfermeiros da amostra desempenhava funções em UCSP (69,2%); seguidos dos enfermeiros em USF (18,3%); outras unidades (5,6%); em UCC (3,7%) e 3,2% em USP; Barbieri-Figueiredo et al. (2012), cuja amostra em estudo compreende enfermeiros cujo contexto de trabalho são USF, UCSP, UCC e em USP; e Tavares (2017) em que a maioria da amostra (62%) exerce funções em UCSP/USF; 31% em UCC e 7% em USP.

No presente estudo, relativamente às médias de respostas obtidas, e que traduzem atitudes de maior suporte face à família nas três dimensões analisadas, *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e *Família como um fardo* as mesmas evidenciaram-se nos enfermeiros que exercem funções na UCC.

Quanto à significância estatística, pode constatar-se que apenas na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem*, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,171$ ). As dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como um fardo*, apresentam ambas, valores de significância  $p<0,05$  ( $p=0,018$  e  $p=0,011$ , respetivamente), evidenciando significância estatística e permitindo estabelecer relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções, cabendo as atitudes de maior suporte aos enfermeiros que exercem funções na UCC.

Já no estudo desenvolvido por Silva et al. (2013) constatou-se que os enfermeiros que trabalhavam em UCSP evidenciavam atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Tavares (2017) constatou diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Família parceiro dialogante e recurso de coping*; o estudo de Rodrigues (2013) demonstrou não existirem diferenças com significado estatístico; e no de Oliveira et al. (2011) não foi evidenciada significância estatística relativamente à unidade onde os enfermeiros exercem a sua atividade, apesar de se constatar que os enfermeiros que exercem funções em USF apresentam médias de resposta superiores aos restantes.

Esta variedade de resultados pode ser explicada pelas diferenças de organização funcional dentro das várias unidades funcionais e pelas exigências cada vez mais abrangentes com que os profissionais se deparam, já que em contextos de exigências cada vez maiores, obrigam ao estabelecimento de prioridades, e os enfermeiros podem direcionar-se para outros focos de atenção em prejuízo da família (Benzein et al., 2008).

As atuais imposições organizacionais, fruto da evolução do modelo organizacional das USF, para além do desempenho assistencial e dos serviços de carácter assistencial, determinam outras áreas de enfoque para as quais as equipas devem estar alinhadas, nomeadamente a qualidade organizacional, a melhoria contínua da qualidade, a segurança dos utentes, e a formação, o que leva a uma dispersão de objetivos organizacionais, ficando muitas vezes, a família como unidade de cuidados para segundo plano.

No que respeita à hipótese "**estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família**", analisando a constituição da amostra face a esta variável, apenas 20% dos enfermeiros inquiridos têm formação em enfermagem de família, e 80% refere não ter formação nessa área. Estes valores são corroborados pelo estudo de Pires (2016), Silva et al. (2013) e Barbieri-Figueiredo et al. (2012) em que a maioria da amostra estudada não apresenta formação em enfermagem de família.

Quando analisada a relação entre a variável formação em enfermagem de família e a escala IFCE-AE, pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença ou não de formação em enfermagem de família nas três dimensões avaliadas da mesma, apresentando valores de significância com  $p > 0,05$  em cada uma das dimensões estudadas, pelo que se pode concluir que não se estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família. O mesmo vai ao encontro de estudos como o de Alves (2011), Fernandes (2015), Pires (2016) ou Tavares (2017) que evidenciam a não existência de associação estatística significativa entre a variável formação

em enfermagem de família e as dimensões da escala. Por outro lado, o estudo de Silva et al. (2013), provou existirem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como um fardo*, evidenciando que os enfermeiros com formação em enfermagem de família demonstram atitudes de maior suporte relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Assim como o estudo de Barbieri et al. (2012) que refere que, globalmente há uma diferença estatisticamente significativa entre ser detentor de formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros face à família, ou até Sousa (2011) em que, na globalidade dos profissionais estudados, a formação em enfermagem de família revelou-se influenciador da atitude do enfermeiro, tendo-se obtido diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de, no presente estudo não se ter obtido significância estatística, quanto às médias de respostas obtidas, e que se traduzem em atitudes de maior suporte face à família, estas constataram-se nos enfermeiros com formação em enfermagem de família, em todas as dimensões avaliadas (dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*, *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e *Família como um fardo*), o que é corroborado por estudos como os de Oliveira et al. (2011), e Frade et al. (2021) que revelam que a existência de formação em enfermagem de família determina atitudes de maior suporte face à família. No estudo de Tavares (2017), embora não se tenha encontrado significado estatístico, constatou-se também uma tendência clara para uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar nos enfermeiros com formação em enfermagem de família.

Apesar de, no presente estudo, apenas se ter encontrado significância estatística na variável Unidade funcional onde exerce funções, de uma forma geral os resultados obtidos, bem como os resultados observados na literatura científica existente, apontam para a existência de atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias que se traduzem em ganhos em saúde e na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias.

De acordo com Rodrigues (2013), a formação avançada dos enfermeiros é uma mais-valia para a identificação de áreas que requeiram maior atenção na família com pertinência para a prática de enfermagem, bem como na intervenção nos períodos de transição saúde/doença que podem desencadear instabilidade do todo familiar.

Em síntese, as atitudes dos enfermeiros face à família não são afetadas de forma significativa pelas variáveis sociodemográficas e profissionais.

#### 4.5. CONCLUSÃO

Considerando a importância da temática em estudo, realçada no respetivo enquadramento teórico, o presente estudo de investigação procurou contribuir para aumentar o conhecimento

na área da enfermagem de família e de que forma as atitudes dos enfermeiros se revelam no sentido de atribuir importância à família, tendo em conta a amostra estudada, neste caso em particular dos enfermeiros dos CSP (UCSP, USF e UCC).

Com a evolução dos CSP, a prática de enfermagem de família tem vindo a conhecer uma crescente valorização e é-lhe atribuída uma importância fulcral, estando plasmada em Decreto-Lei (nº 298/2007) a exigência da especialidade em enfermagem de saúde familiar a enfermeiros que exerçam funções em USF.

No que à prática de enfermagem de família diz respeito, a mesma deve reger-se por vários princípios que se enquadram nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, colocando o enfoque nos cuidados ao longo do ciclo vital e na família como alvo de cuidados.

São cada vez mais os estudos publicados acerca desta temática e que enfatizam o papel dos enfermeiros e as suas atitudes face à família, aferindo as suas conclusões que determinam a importância da prática especializada de enfermagem de saúde familiar. A evolução crescente da investigação em enfermagem traduz-se em afirmação quer da prática profissional, quer da enfermagem como disciplina de conhecimento, refletindo-se desta forma em ganhos em saúde para a população e ao mesmo tempo na excelência de cuidados que esta também pode beneficiar.

A pertinência do presente estudo de investigação foi explanada através da sua contextualização na fundamentação teórica e a parte metodológica permitiu ir ao encontro dos objetivos do mesmo, dando resposta à questão de investigação inicialmente enunciada, cujas conclusões foram descritas ao longo do estudo.

Neste estudo foi utilizado o método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico e correlacional, que procurou determinar quais as atitudes dos enfermeiros de CSP face à importância da família no processo de cuidar, e ao mesmo tempo inferir acerca da influência que as variáveis sociodemográficas e profissionais têm nas atitudes dos enfermeiros face à família.

Para a concretização dos objetivos da investigação, foi utilizada a escala IFCE-AE validada para a população portuguesa que é um requisito essencial para a validação científica dos resultados. A mesma enquadra as atitudes dos enfermeiros, em três dimensões, designadamente *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*; *Família como recursos dos cuidados de enfermagem* ou *Família como um fardo*.

Neste estudo participaram um total de 30 enfermeiros que desempenham funções nos CSP (ACeS PIN e ACeS PL) em 4 unidades funcionais (UCSPA, USF Marquês, USF S. Martinho de Pombal e UCC Pombal).

Da amostra seleccionada para o estudo, não se verificaram falhas de resposta ou questionários rasurados, pelo que a taxa de respostas da amostra estudada foi de 100%.

Genericamente, relativamente às características sociodemográficas e profissionais, os enfermeiros da amostra em estudo são maioritariamente do género feminino; com uma média de idade de cerca de 48 anos; casados; na sua maioria com licenciatura e com título profissional de enfermeiro; com uma média de cerca de 25,6 anos de tempo de exercício profissional; a exercerem funções em USF; e maioritariamente sem formação em enfermagem de família.

Relativamente à aplicação da escala IFCE-AE, a mesma foi avaliada quanto ao grau de consistência interna, tendo-se obtido um valor total do alfa de Cronbach  $\alpha=0,87$  o que indica existir uma boa confiabilidade.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo através da escala IFCE-AE, pode constatar-se que maioritariamente os enfermeiros assumiam atitudes positivas e de suporte face à família apresentando um score médio total da escala de 84,7, o que é demonstrado também pela análise de cada uma das dimensões avaliadas da escala, com uma média de 42,67 na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping*; 34,97 na dimensão *Família como recurso dos cuidados de enfermagem* e de 7,07 na dimensão *Família como um fardo*, com o valor médio mais baixo de pontuação.

Relativamente à influência que as variáveis sociodemográficas e profissionais poderiam ter nas atitudes dos enfermeiros face à família, os resultados do estudo desenvolvido demonstraram a não existência de relação e associação estatística relevante em nenhuma das variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo, exceto na variável *unidade funcional onde exerce funções*. Nesta variável, nomeadamente nas dimensões *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família como um fardo* obtiveram-se valores de significância  $p<0,05$  ( $p=0,018$  e  $p=0,011$ , respetivamente), comprovando-se a existência de significância estatística e permitindo estabelecer relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade funcional onde exerce funções, em que as atitudes de maior suporte face à família dizem respeito aos enfermeiros que exercem funções na UCC.

Esta conclusão levanta questões como o método de organização do trabalho, e as especificidades no âmbito de prestação de cuidados das várias unidades funcionais (UCSP, USF e UCC), que poderá ser revelador do tempo que se tem para cuidar das famílias. O facto

de existirem ficheiros clínicos acima dos rácios recomendados, e as múltiplas exigências organizacionais de uma USF, poderão aqui ter um papel decisivo no foco de atenção dos seus profissionais, em detrimento das suas famílias. Para além disso, as atividades de governação clínica e os processos de melhoria contínua da qualidade, estão cada vez mais presentes na realidade dos profissionais das USF, que promovem a responsabilidade, visando melhorar a qualidade dos cuidados, mas que, no entanto, requerem tempo e disponibilidade por parte dos mesmos.

No que diz respeito a limitações, o facto de ser uma amostra reduzida e não probabilística pode condicionar ou limitar a sua avaliação, a normalidade da mesma, assim como a obtenção de resultados científicos, não sendo passível de generalização.

A escolha do instrumento de recolha de dados em formato físico (papel) em detrimento do questionário online, prendeu-se com o facto de considerar favorável a proximidade física e geográfica da amostra, não só do local de realização do estágio, mas também do local de desempenho de funções já que integra várias unidades funcionais, possibilitando uma elevada taxa de respostas da amostra. No entanto, atualmente, pode considerar-se que a escolha do instrumento de recolha de dados online, sendo mais abrangente, poderia ter acrescentado a dimensão da amostra, enriquecendo os resultados obtidos.

Também se identifica como limitação ao estudo desenvolvido, o facto de o preenchimento do questionário poder não espelhar claramente as atitudes dos enfermeiros, pois poderão existir diferenças entre as atitudes que são percecionadas e as que de facto se colocam em prática.

Oliveira et al. (2011) refere inclusive que os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações. Para apurar estas questões, poderá ser pertinente, em investigações futuras, para além da utilização da escala IFCE-AE, a utilização de outros instrumentos de recolha de dados, como a observação participante e a entrevista, que permitam esclarecer se de facto as atitudes positivas são efetivamente implementadas na prática clínica da enfermagem de família ou se são apenas percecionadas, fruto do conhecimento e dos comportamentos que são esperados pelos enfermeiros na interação com as famílias.

Seria interessante e particularmente relevante, no âmbito desta temática, perceber quais as atitudes dos enfermeiros face às famílias de uma forma mais abrangente, dando a conhecer a realidade nacional ao nível dos CSP, constituindo um desafio a próximas investigações na área de enfermagem de saúde familiar.

O processo burocrático de obtenção de autorização para aplicação do estudo por parte da Comissão de Ética da ARS Centro, IP, justificado pelos procedimentos formais e éticos inerentes, constituiu uma dificuldade pelo facto de ser um processo moroso, e que condicionou o tempo de realização da investigação.

O facto de se ter atravessado um período pandémico, este foi também um obstáculo à realização plena do presente estudo, com grandes dificuldades laborais, associadas ao aumento de carga horária semanal, vacinação Covid-19 e doenças profissionais provocadas pela pandemia covid-19, que exigiram um enorme esforço ao nível da gestão de tempo e que condicionaram a realização do presente estudo de investigação.

Apesar das limitações e dificuldades identificadas, no que respeita à validade, o presente estudo apresenta validade interna uma vez que foi aplicado um método de análise estatística rigoroso, e foi aplicada uma escala cientificamente validada que apresentou uma consistência interna bastante elevada e que permite a comparação com outros estudos que utilizaram a mesma escala. Quanto à validade externa, esta pode considerar-se mais limitada. Já que o tamanho amostral é reduzido, a extrapolação destes dados para a população em geral, tem que ser feita com alguma prudência, no entanto tem bastante relevância e validade para as unidades em questão no estudo.

Apesar das conclusões do estudo revelarem existirem atitudes de suporte face à família, os estudos nesta área ainda são escassos e torna-se premente a existência de maior investigação acerca das interações do cuidado que têm influência nos enfermeiros, nos membros da família e na família como um todo.

Uma vez que parece existir uma relação entre a abordagem geral para as famílias no local de trabalho e ter uma atitude de apoio para as famílias, impõe-se uma filosofia de enfermagem com esta variável relacionada, que forneça orientações sobre como, e em que medida, as famílias devem estar envolvidas nos cuidados de enfermagem (Benzein et al. 2008).

Estes factos enunciados, para além de constituírem limitações ao estudo podem também condicionar implicações na prática clínica, pois verificam-se ainda algumas lacunas nesta área, sobretudo no que diz respeito à formação em enfermagem de família. Se por um lado esta é exigida a todos os enfermeiros que exerçam funções em USF, por outro lado, constata-se que, a existência de formação em enfermagem de família é uma minoria. Esta evidência foi observada quer nos resultados do presente estudo, quer nos resultados de estudos semelhantes, havendo ainda um longo caminho a percorrer. Apesar de não se ter observado significância estatística neste estudo, relativamente à variável formação em enfermagem de

família, a mesma foi evidenciada noutros estudos analisados, pelo que a formação nesta área continua a ser determinante para a qualidade de cuidados prestados às famílias.

Ciente da importância da prática de enfermagem avançada, seria de facto importante que se concretizasse o objetivo de todos os enfermeiros serem especialistas. Pode atualmente não ser ainda uma realidade, no entanto, tendencialmente as estruturas de saúde, mais tarde ou mais cedo reconhecerão a sua importância e os seus benefícios em termos globais na saúde das populações. Este facto leva a refletir acerca da forma de ensino de enfermagem atual, bem como a estrutura da própria carreira. Se as exigências determinam a existência de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, urge reformular e estruturar a forma de ensino e contemplar no plano de estudos base, a especialidade. Este é, portanto, um caminho que exige mudança de paradigmas entre as estruturas de saúde, educação, sociais e económicas, no entanto toda e qualquer pequena mudança nesse sentido será sempre positiva e incentivadora, tendo sempre em linha de conta os ganhos em saúde na população.

O presente estudo, será divulgado aos profissionais que foram essenciais à concretização do mesmo e respetivas unidades funcionais, assim como aos respetivos ACeS e ARS Centro, IP, constituindo desta forma uma ferramenta na área de investigação em enfermagem de saúde familiar que poderá servir de incentivo e sensibilização a esta temática cada vez mais em desenvolvimento, dando ênfase, não só ao papel da família, como também à importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, possibilitando um processo reflexivo sobre as práticas de cuidados de enfermagem.

Sintetizando, e tendo em conta os objetivos previamente estabelecidos no presente estudo e a questão de investigação enunciada “Quais são as atitudes que os enfermeiros, em CSP em contexto de UCSP, USF e UCC, adotam, face à importância da família no processo de cuidar?”, pode constatar-se pela discussão dos resultados e através da comparação de estudos analisados na revisão da literatura efetuada, que os enfermeiros assumem maioritariamente atitudes positivas e de suporte face à família na prestação de cuidados de enfermagem, que podem ser reveladoras de que os enfermeiros de família estão mais sensibilizados e dão ênfase à integração, participação e cooperação da família no processo de cuidados, percecionando a família como unidade de cuidados.

É esperado que se os enfermeiros preservarem uma atitude de suporte e apoio, as famílias serão envolvidas como parceiras nos cuidados, cooperando e colaborando. Se os profissionais de enfermagem trabalharem em parceria e associação, irá certamente aumentar a satisfação com o resultado dos cuidados (Benzein et al., 2008).

Sabendo que a parceria depende essencialmente da atitude dos profissionais em incluir, ou não, a família no processo de cuidados, os enfermeiros deverão antes de mais mobilizar-se no sentido de estabelecer uma cultura organizacional de parceria. No entanto uma filosofia de cuidados desta natureza não pode germinar de um mero ato de adesão, mas sim de uma reflexão e responsabilização de todos os enfermeiros, o que envolve a revisão de objetivos assistenciais das unidades funcionais, assim como a implementação de programas de formação em serviço dirigidos aos profissionais de saúde, focando o desenvolvimento de competências no domínio da parceria no cuidar. Em termos de formação académica, as escolas deveriam dar alguns contributos mais específicos nesta área aos alunos de enfermagem, preparando-os para um futuro melhor de convivência e trabalho com os doentes e seus familiares (Rodrigues, 2013).

Apesar das dificuldades encontradas e das respetivas limitações, o presente estudo de investigação, pela importância que tem na sua temática, reveste-se de um instrumento relevante para a prática da enfermagem de família.

## CONCLUSÃO

Ao longo dos tempos a sociedade atual tem sido alvo de várias mudanças, não só sociodemográficas, mas também políticas, económicas e culturais, o que levou a profundas alterações na forma como se configuram as famílias na atualidade, como o aumento de famílias monoparentais, os casais sem filhos, a diminuição da família alargada, a multiplicidade de uniões, e por outro lado, o crescente aumento de pessoas a viverem sós. Apesar de todas estas reconfigurações, a necessidade de existir acompanhamento individual e familiar, mantém-se premente e cada vez mais relevante, face às constantes necessidades e processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Sinal desta preocupação, reflete-se na importância da prática de enfermagem de família, em que cada vez mais é distinguido e reconhecido o papel do enfermeiro de família nos CSP com uma importância fulcral em todas as etapas do ciclo vital da família. Para isso é necessário conhecer o funcionamento da família, a sua estrutura interna e as suas dinâmicas de interação com outros sistemas, por forma a potenciar as suas forças e reduzir as suas fraquezas, a fim de permitir um desenvolvimento, evolução e processos de adaptação saudáveis.

Para uma intervenção efetiva é necessário investir na formação especializada dos profissionais de enfermagem na área da enfermagem de saúde familiar, e ao mesmo tempo com regularidade, apostando na formação contínua por parte das instituições, já que é sabido da sua relevância quando se fala em ganhos em saúde para a população.

A par desta necessidade de formação, surge também a necessidade de mais investigação sobre o tema em questão, pois a investigação é uma mais-valia que possibilita a produção de conhecimento e o facto de gerar conhecimento sobre uma determinada área em estudo permite dotar os enfermeiros de ferramentas essenciais para a sua prática de cuidados, e para a qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Numa altura em que se projetam as USF do futuro, com novos paradigmas face à prestação de cuidados, urge a necessidade dos enfermeiros adquirirem conhecimentos, aptidões e competências para dar resposta às cada vez mais exigentes necessidades em saúde.

Apesar dos constrangimentos provocados pela situação pandémica que assolou o país e que condicionaram o normal funcionamento dos serviços de saúde, a realização do estágio na USCPA e a capacidade, abertura, disponibilidade e o acolhimento dos profissionais de enfermagem envolvidos, e da restante equipa, foram determinantes para a aquisição das competências específicas relativas aos vários domínios do regulamento e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, assim como para a concretização dos objetivos do ensino clínico previamente delineados.

Relativamente ao processo de investigação propriamente dito, e após ultrapassar as questões burocráticas inerentes a este processo, em termos de autorizações por parte das instituições envolvidas, a disponibilidade, empatia e motivação dos colegas que participaram no estudo foram determinantes para a sua execução em tempo útil.

O tratamento e análise de dados, dada a in experiência nesta área, constituiu um desafio pessoal que foi ultrapassado através de pesquisas bibliográficas, e as dúvidas que foram surgindo ao longo deste processo foram superadas pela orientação académica.

Ao longo de todo este percurso de investigação, procurou-se dar resposta aos objetivos previamente estabelecidos e responder à questão de investigação inicialmente enunciada, procurando conhecer as atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar em contexto de CSP, cujo enquadramento teórico, todo o processo de análise, investigação e avaliação permitiu chegar às conclusões já enunciadas onde sobressai a importância atribuída à família por parte dos enfermeiros no desempenho das suas funções.

Por outro lado, em busca de compreensão mais particular desta temática, procurou-se tentar avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais, tentando estabelecer relações de associação entre as mesmas e as atitudes dos enfermeiros, através da aplicação da escala IFCE-AE.

Apesar de existirem já alguns estudos sobre esta temática, a sua escassez sobretudo no que diz respeito aos CSP ao nível da pesquisa bibliográfica efetuada, constitui uma limitação à generalização de dados e ao real conhecimento sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias, o que possibilita a abertura de uma janela de oportunidades para futuras investigações de modo a acrescentar conhecimento científico no que concerne à enfermagem de saúde familiar.

Todo o percurso formativo ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, que culminou com a realização dos ensinamentos clínicos, permitiu a aquisição de aprendizagens e aptidões, possibilitando o desenvolvimento de competências, não só ao nível profissional, como também ao nível pessoal.

De uma forma geral e em jeito de balanço, o percurso formativo percorrido, atendendo aos objetivos do respetivo plano de estudos, foi essencial para a aquisição das competências específicas inerentes à prática da enfermagem de saúde familiar, que se irão refletir numa prática clínica de enfermagem firmada pelos paradigmas da enfermagem de família, concretizando-se esta aprendizagem, num desafio que se considera atingido.

Este percurso constitui-se como um processo de desafios, lutas, exigências pessoais e profissionais, numa altura em que as exigências de saúde, na busca pela gestão da pandemia,

levaram os seus profissionais de saúde ao limite, mas em que demonstraram toda a sua capacidade de entrega, resiliência e superação, o que tornou ainda mais difícil este desafio. Não obstante, e volvida esta fase, que permitiu um fortalecimento enquanto profissional de saúde, todo o percurso desenvolvido veio enriquecer o conhecimento não só profissional, mas também pessoal que permitirá com certeza prestar cada vez mais e melhores cuidados às “nossas” famílias, com os consequentes ganhos em saúde para a comunidade.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde, 2015. [Publicação]. Retrived from <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/EnfermeirodeFam%C3%ADlia/tabid/1198/language/pt-PT/Default.aspx>
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2018). Plano Regional de Saúde do Centro 2018 - 2020. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/Plano-Regional-Saude-2018-2020.pdf>
- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (2017). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte 2017-2020. Acedido a 12 junho de 2021. Retrieved from: <http://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-PIN.pdf>
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto Editora.
- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Angelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., Santos, C. C. S., Martinho, M. J. C. M., & Martins, M. M. F. P. S. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74-79.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Reis Santos, M., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e praticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 36-43.
- Basto, C. P. M. (2020). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal (Doctoral dissertation)*.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi: 10.1177/1074840708317058.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 701-712.
- Campos, A. C. (2006). *Linhas de acção prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Prefácio. Acedido em, 18/07/2021.
- Carta Compromisso, 2021. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/CC\_2100305\_2021.pdf.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder. Aspen Publication.
- Constituição da República Portuguesa (2005). Sétima revisão constitucional 2005. *Diário da República* nº 155, I Série – A, 12/08/2005. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123425/details/maximized>.
- Cruz, A. C., & Angelo, M. (2018). Impacto de uma intervenção educativa sobre Enfermagem dos Sistemas Familiares nas Atitudes dos Enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 34451.
- Cruz, C. M., Nelas, P. A., Coutinho, E. D. C., Chaves, C. M. C. B., & Amaral, O. (2018). A satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal.
- DECRETO-LEI N.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. Acedido a 18 julho 2021. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118\\_2014\\_EnfFamilia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf)
- DECRETO-LEI N.º 137/2013 DE 7 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República*, Série I, N.º 193 (2013). Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/500071/details/maximized>
- DECRETO-LEI N.º 56/79 DE 15 DE SETEMBRO. Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, Série I, N.º 214 (1979). Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>
- DECRETO-LEI N.º 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República*, Série I, n.º 149 (2014). Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- DECRETO-LEI N.º 28/2008 DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário da República*, Série I, N.º 38 (2008). Acedido a 17 julho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>.

- DECRETO-LEI Nº 298/2007 DE 22 AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República, Série I, Nº 161 (2007). Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/640665>.
- DECRETO-LEI Nº73/2017 DE 21 DE JUNHO. Diário da República, Série I, N.º 118 (2017). Acedido a 17 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>.
- Delgado, A., & Wall, K. (2014). Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20Cuidar%20Maria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>.
- Figueiredo, H. J. S., & Martins, M. M. F. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem 1. *CiencCuidSaudeJul/Set*, 9(3), 552–559.
- Figueiredo, M. H. D. J. S., Martins, M. M. F. P. S., Silva, L. W. S. & Oliveira, P. C. M. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Kairós: Gerontologia*, 14 (Especial9), 11-22.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Loures: Lusociência, 183.
- Fortin, M. F., (1999) *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures. Lusociência.
- Freitas, A. P. C. (2009). *Enfermagem com famílias: perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira* (Doctoral dissertation).
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidata.
- Guerreiro, M. D. D., Torres, A., & Lobo, C. (2007). Famílias em mudança: configurações, valores e processos de recomposição. *Quotidiano e Qualidade de Vida*, (1ª), 7-37.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria Prática e Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Henriques, C. M. G., & de Jesus Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40.
- Hinkle, D.E., Wiersma W., Jurs S.G. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento*. 5ª edição. Boston: HoughtonMifflin.
- Im, E. (2018). Teoría de las transiciones. In M. R. Alligood & A. M. Tomey, (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería*. (416-427) Barcelona. Elsevier España.
- INE. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos-Projeções de População Residente 2015-2080.
- INE. (2021). Instituto Nacional de Estatística. *Metainformação*. Acedido a 24 dezembro 2021. Retrieved from: [https://censos.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var\\_cd=0000263&lingua=PT](https://censos.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0000263&lingua=PT).
- International Family Nursing Association. (2017). IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing. *Journal of Family Nursing*, 11(2), pp. 90-101.
- Kolcaba, K. (2015), Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In M. Smith, M. Parker (Eds). *Nursing Theories & Nursing Practice*, Fourth Edition. Philadelphia. FA Davis.
- LEI N.º 75-B/2020 DE 31 DE DEZEMBRO 2021. Orçamento de Estado para 2021. Diário da República n.º 253/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-12-31. Acedido a 22 dezembro 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2020-152803680-152804202>.

- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. [Internet].
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS Statistics*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* (Doctoral dissertation).
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- MIM@UF. Diretório de informação em Saúde. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minuf-modulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>.
- Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde*, Portugal.
- Nunes, L. *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS| IPS. Setúbal (2020).
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: *Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE*, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.
- Oliveira, P. D. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S., Figueiredo, M. H. D. J., Ferreira, M. M. S. R., Martinho, M. J. & Martins, M. M. F. P. D. 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.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Enfermagem em Portugal*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura\\_10anos2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 dezembro 2021. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. *Conselho Internacional de Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento Nº 428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS*. Diário da República, II série, Nº 135 (2018). Acedido a 20 julho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II série, Nº26 (2019). Acedido a 20 julho 2021. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 08 dezembro 2021. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para relatório final da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Anuário estatístico ano de 2021*. Área reservada. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Organização Mundial de Saúde. (2021, abril 1). 2021. *Cuidados Saúde Primários*. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.

- Pereira, A. (2003). Guia Prático de utilização do SPSS. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips (2004). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures. Lusociência.
- PIN, A. (2019). Relatório de Atividades. Lousã.
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança].
- Pordata (2021). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>.
- Pordata (2021). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>.
- Portaria Nº 1368/2007. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF. Diário da República n.º 201/2007, Série I de 2007-10-18. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629123/details/maximized>.
- Portaria Nº 87/2015. Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, Diário da República n.º 57/2015, Série I de 2015-03-23. Acedido a 12 junho. Retrieved from: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/Portaria87\\_2015.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/Portaria87_2015.pdf).
- Regulamento Nº 367/2015 DE 29 DE JUNHO DE 2015 DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República, II série, Nº124 (2015). Acedido a 23 julho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>.
- Regulamento Nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>.
- Relvas, A. P. (2004). O ciclo vital da família. (Edição Afrontamento, Ed.). Lisboa.
- Rodrigues, L. (2013) A Família Parceira no Cuidar – Intervenção do Enfermeiro (Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem de Coimbra). Disponível em file:///H:/tese/doc/stese/Familiaparceiranocuidar.pdf.
- Santos, M. L. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro. Retrieved from [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd\\_re1182\\_td.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf).
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 3, 4-9.
- Silva, F. M. R. (2014). Promoção do autocuidado na família com familiar totalmente dependente (Doctoral dissertation, [sn]).
- Silva, M., Costa, M., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, 3(11), 19-28.
- SIM (2021). Sindicato Independente dos Médicos. Lei do OE determina listas com máximo de 1917 unidades ponderadas. Acedido a 22 dezembro 2021. Retrieved from: <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/4847/lei-do-oe-determina-listas-com-maximo-de-1917-unidades-ponderadas/>.
- SNS (2017). Recomendação Nº2 de 25 de agosto de 2017. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 8 dezembro 2021. Retrieved from: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/08/cncsp\\_recomendacao\\_2017\\_02.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf).
- SNS (2021). BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx>.
- SNS (2021). BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>.
- SNS (2021). Gestão e Planeamento BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>.
- SNS.24. Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/carta-dos-direitos-de-Acesso-aos-cuidados-de-saude-pelos-utentes-do-servico-nacional-de-saude/>.
- Sousa, E. S. (2011). A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação (Doctoral dissertation).
- Tavares, M. C. M. (2017). Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu (Portugal)).

- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures. Lusociência.
- UCSPA (2019). Regulamento Interno da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião. Ansião.
- UCSPA (2020). Manual de acolhimento aos alunos em Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião. Ansião.
- UCSPA (2020). Relatório de Atividades de 2019. Ansião.
- Vilelas, J. (2009). Investigação—o processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2017). Investigação: O processo de construção do conhecimento (2a ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- WHO, W. H. Organization (2020). Competencies for nurses working in primary health care. Acedido a 8 dezembro 2021. Retrieved from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf).
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). The Three Most Common Errors in Family Nursing: How to Avoid or Sidestep.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). Enfermeiras e famílias - Um guia para avaliação e intervenção na família. Editora Roca.
- Zagonel, I. P. (1999). Transitional care in the course of nursing. Revista Latino-americana de Enfermagem, 7(3), 25-32.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

## **MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>iv</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA NUCLEAR.....</b>	<b>v</b>
<b>2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....</b>	<b>vi</b>
2.1 ESTRUTURA INTERNA.....	vi
2.2 ESTRUTURA EXTERNA.....	vii
2.2.1 Família Extensa.....	vii
2.2.2 Sistemas mais amplos.....	viii
2.3 CONTEXTO.....	ix
<b>3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>xi</b>
3.1 ESTÁGIOS/ETAPAS.....	xi
3.2 TAREFAS.....	xi
3.3 VÍNCULOS.....	xii
<b>4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....</b>	<b>xiii</b>
4.1 AVALIAÇÃO FUNCIONAL INSTRUMENTAL.....	xiii
4.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL EXPRESSIVA.....	xiv
<b>5. PROCESSO DE ENFERMAGEM - PLANO DE CUIDADOS.....</b>	<b>xxi</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos elementos que constituem a família .....	v
Quadro 2 - Avaliação funcional instrumental de acordo com as necessidades humanas fundamentais .....	xiii
Quadro 3 - Escala de APGAR Familiar .....	xvi
Quadro 4 - Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe .....	xvii
Quadro 5 - Escala de FACES II aplicada à família .....	xviii
Quadro 6 - Conceitos relacionados com a coesão e adaptabilidade familiares e respetivos itens da escala .....	xix
Quadro 7 - Interpretação linear da FACES II .....	xix
Quadro 8 - Pontuação, interpretação e resultado final da escala aplicada à família .....	xx
Quadro 9 - Processo de enfermagem individual .....	xxi
Quadro 10 - Processo de enfermagem à família .....	xxiii

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma .....	vii
Figura 2 – Ecomapa .....	viii
Figura 3 - Características da habitação .....	ix
Figura 4 - Escala de Graffar .....	x
Figura 5 - Ciclo vital da família segundo Duvall .....	xi

## INTRODUÇÃO

Tal como descrito no relatório de estágio II, foi avaliada uma família segundo o Modelo de Calgary de Avaliação da Família. Trata-se de um referencial teórico orientador do pensamento e da prática, um modelo facilitador da avaliação da família numa perspetiva sistémica já que permite identificar os problemas de saúde, os recursos internos da família e os suportes comunitários e sociais disponíveis para resolução dos problemas, concebendo um juízo fundamental para a formulação de diagnósticos de enfermagem dirigidos à família.

Este modelo compreende uma avaliação multidimensional dividida em 3 categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A avaliação estrutural abrange a avaliação interna, externa e o contexto; a avaliação de desenvolvimento inclui os estágios, tarefas e vínculos; e a avaliação funcional, engloba a avaliação instrumental e a avaliação expressiva.

## 1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA NUCLEAR

O Sr. J. é seguido na USCP Ansião e recorre à consulta de enfermagem para tratamento de feridas, desde o início de junho por apresentar úlcera venosa no membro inferior direito – maléolo externo.

Tal como identificado no ficheiro em estudo, apresenta como principais diagnósticos ativos alteração do metabolismo dos lípidos e osteoartrose do joelho, apresenta também bronquite crónica e obesidade.

Apesar de ainda conduzir, tem algumas limitações na mobilidade, utiliza esporadicamente bengala para apoio.

Aparenta ter uma boa relação com o seu médico de família e estabelece com a enfermeira de família uma relação de proximidade e confiança, essencial ao processo terapêutico.

O Sr. J. e a Sra. J. vivem sozinhos. A família avaliada é, portanto, uma família nuclear composta pelo casal em que o Sr. J. é o elemento central representado por “A” (paciente identificado) e a sua esposa representada por “B”, de acordo com o quadro 1.

**Quadro 1 - Identificação dos elementos que constituem a família**

Siglas	Género	Ano nascimento	Idade	Papel familiar	Escolaridade	Profissão	Antecedentes Pessoais
A	Masculino	1938	83	Marido	4º ano	Reformado	Alteração dos lípidos Osteoartrose do joelho Obesidade Bronquite crónica
B	Feminino	1939	82	Esposa	3º ano	Reformada	HTA Alteração dos lípidos Arritmia cardíaca Gota

O Sr. J. tem 83 anos, é casado com a Sra. J. de 82 anos e têm dois filhos (sexo masculino), J. de 56 anos e P. de 46 anos, ambos casados formando as respetivas famílias e com filhos.

## 2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

De acordo com o Modelo de Calgary, a avaliação estrutural da família compreende a avaliação de 3 dimensões: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto e cada uma destas divide-se em subcategorias. Permite ao enfermeiro conhecer a constituição da família, as características dos seus membros, qual é o vínculo afetivo estabelecido entre estes, como interagem uns com os outros e qual a relação que estes estabelecem com os elementos externos e com o contexto onde estão inseridos (Wright & Leahey, 2018).

Para conhecer a estrutura interna da família foi desenhado, com a colaboração da família, o seu genograma e para conhecer a sua estrutura externa foi organizado o seu ecomapa.

### 2.1 ESTRUTURA INTERNA

A avaliação da estrutura interna agrega um conjunto de informação sobre a composição familiar, o género, a orientação sexual, ordem de nascimentos, subsistemas e limites da família.

A família é composta por apenas 2 elementos, “A” e “B”, de acordo com o descrito no quadro 1. “A” é do género masculino e “B” do género feminino, sendo ambos heterossexuais. A questão da orientação sexual nesta família não se apresenta como significativa para a avaliação da família, no entanto a questão do género está relacionada com o papel assumido pela esposa no desempenho de todas as tarefas domésticas, não havendo participação do marido. Este assume apenas o papel de gestão financeira. Esta situação vai ao encontro do padrão aceite pela sociedade, atendendo à geração estudada, no entanto pode identificar-se uma sobrecarga de papéis em relação a “B”, mas que parece aceitar.

A ordem de nascimento dos elementos desta família coloca “A” em primeiro lugar como elemento mais velho com 83 anos, seguido de “B” com 82 anos.

Quanto aos subsistemas, identificam-se o subsistema individual e o subsistema conjugal.

O subsistema individual é composto por cada elemento da família apresentando cada um as suas características individuais, singularidade e unicidade.

O subsistema conjugal é formado por “A” (marido) e “B” (esposa). Quanto aos limites, estes aparentam ser claros, tendo cada um o seu papel bem definido, sendo que “B” desempenha maioritariamente todas as tarefas domésticas. Poderá ser importante perceber se “B”, como mulher sente que lhe são exigidas mais responsabilidades do que ao seu marido.

Apesar de não fazerem parte da família nuclear, existe entre o casal e os seus filhos uma relação de proximidade e entreaajuda.

O Sr. J. esteve durante 25 anos emigrado na Alemanha, referindo-se a esse período como um período difícil, em que reconhece e valoriza o papel desempenhado pela sua esposa como elemento unificador entre os filhos e o pai. Refere também que entre os irmãos existe uma relação saudável e de proximidade.

As três gerações encontram-se representadas no genograma (figura 1).

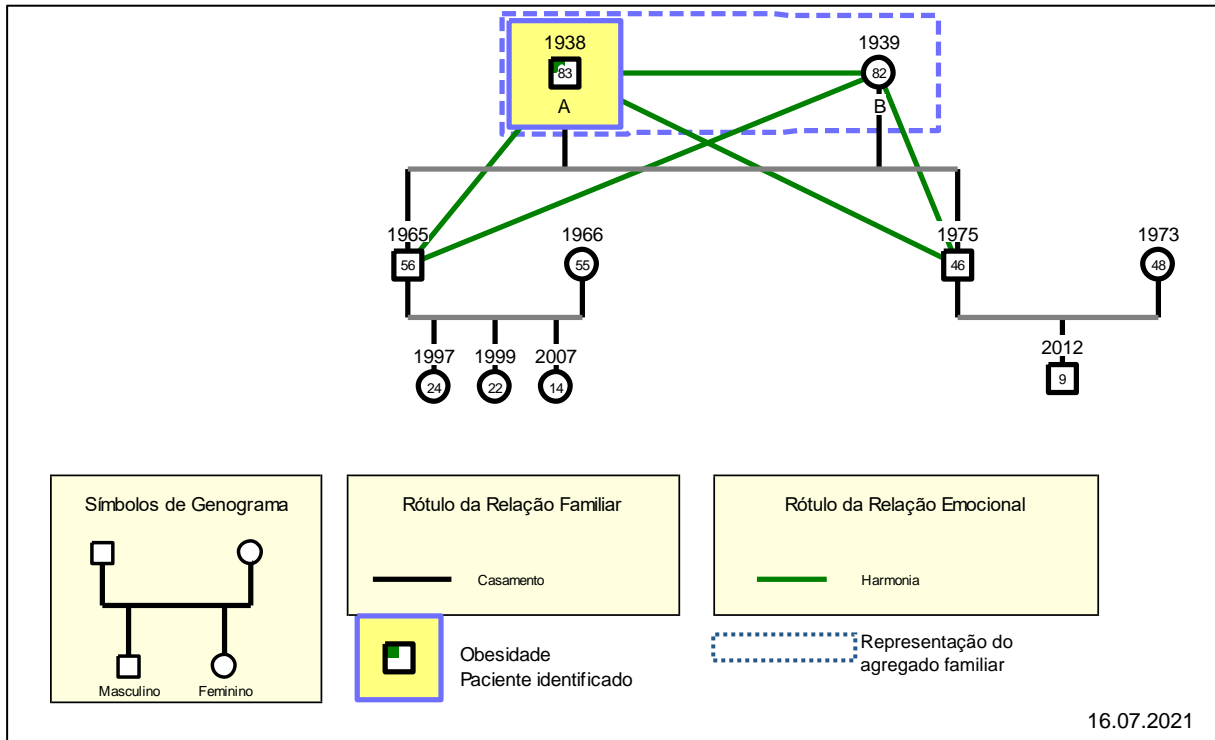


Figura 1 – Genograma

## 2.2 ESTRUTURA EXTERNA

A avaliação da estrutura externa agrega um conjunto de informação sobre as interações com a família extensa e com os sistemas mais amplos.

### 2.2.1 Família Extensa

No que diz respeito à família mais extensa, consideram-se nesta sub-categoria os filhos do casal, e respetiva família, sendo os elementos mais próximos com quem convive.

O filho mais velho tem 56 anos, é professor universitário nos Açores, onde vive, é casado e tem 3 filhas. Mesmo estando longe, comunicam com regularidade.

O filho mais novo tem 46 anos, é casado e tem 1 filho. Vive e trabalha em Pombal numa fábrica, mas vai todos os fins de semana a Ansião a casa dos pais ajudar em trabalhos agrícolas.

A esposa tem uma irmã que vive próximo do casal e com quem convive com alguma regularidade e o marido tem um irmão com o qual não estabelece qualquer tipo de relação. Refere “estarem zangados”, e manifesta mágoa e tristeza com esta situação.

### 2.2.2 Sistemas mais amplos

Quanto aos sistemas mais amplos a família interage com vários suprassistemas. Interagem com um vizinho com quem têm mais proximidade, no entanto com outros vizinhos as relações são mais conflituosas, devido a problemas com terrenos. Recebem apoio domiciliário, duas vezes por semana para a higiene da casa. Estabelece também uma interação frequente com o Centro de Saúde - USCP Ansião de quem recebe apoio por parte do médico e enfermeira de família, e tem uma ligação muito forte com a igreja. Antes da pandemia iam todos os domingos à missa, mas agora apenas assistem através da televisão.

Pontualmente, “A” vai ao café que existe nas proximidades, mas não tanto quanto ia em tempos, refere que agora está mais por casa.

A estrutura externa da família encontra-se representada na figura 2 – Ecomapa.

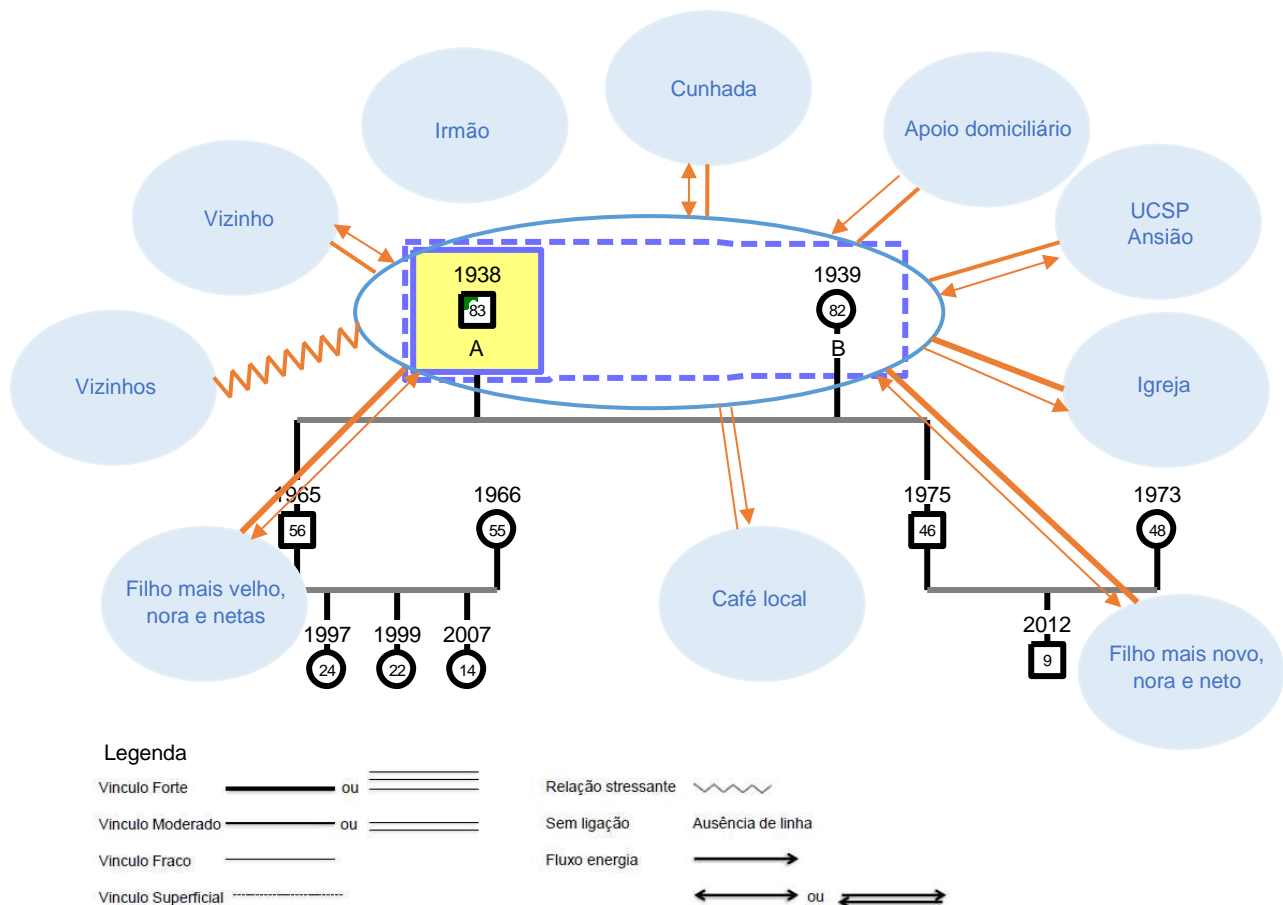


Figura 2 – Ecomapa

## 2.3 CONTEXTO

A avaliação do contexto integra as características da família relativas à etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente.

Os membros do casal são ambos de **raça** caucasiana e de nacionalidade portuguesa.

O rendimento de ambos provém das suas reformas; “A” foi motorista da “Carris” durante 10 anos e esteve 25 anos emigrado na Alemanha, e “B” foi sempre doméstica e trabalhou na agricultura, auferindo também a sua reforma.

“A” completou o 4º ano escolaridade e “B” o 3º.

Relativamente à habitação, residem numa moradia de rés-do-chão numa zona rural com 7 divisões (5 quartos, cozinha e sala) e 1 WC adaptado com poliban e apoios laterais. Possui água canalizada, eletricidade e gás. No que diz respeito ao saneamento é utilizada fossa séptica. Possuem aquecimento local, lareira na sala e cozinha e ar condicionado nos quartos.

É uma habitação antiga com cerca de 60 anos, com condições de luminosidade e habitabilidade razoáveis, apresentando humidade em algumas zonas. Os acessos exteriores (via pedonal ou automóvel) são em terra batida, mas com piso irregular e o acesso à habitação faz-se através de rampa. No interior, a habitação apresenta um degrau de acesso à zona dos quartos que constitui uma barreira arquitetónica e um potencial perigo dada a dificuldade na mobilidade sobretudo por parte “A”, referindo já terem ocorrido quedas. Existem também alguns tapetes dispersos pelas várias divisões da casa sem proteção anti-derrapante. Relativamente às condições de higiene da casa, apesar de terem apoio domiciliário 2 vezes por semana, esta apresenta-se com alguma desordem, e com algum défice nas condições de higiene, sobretudo na sala e cozinha. A zona dos quartos e WC encontrava-se limpa e organizada. As tarefas de gestão doméstica são desempenhadas exclusivamente por “B”.

Na figura 3 encontram-se descritos os aspetos relativos à avaliação da habitação de acordo com os parâmetros disponíveis no sistema de registos SClínico de enfermagem.

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

Figura 3 - Características da habitação

Fonte: SClínico Enfermagem



### 3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento compreende a avaliação das transições que a família vai sofrendo ao longo da sua história de vida. Inclui a avaliação do estágio do ciclo vital, das tarefas associadas a cada estágio e dos vínculos afetivos. Os acontecimentos marcantes na vida das famílias implicam a reorganização dos papéis e das regras estabelecidas, por vezes também da própria estrutura interna familiar (Wright & Leahey, 2018).

#### 3.1 ESTÁGIOS/ETAPAS

O entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar, implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família (Figueiredo, 2012). Ainda segundo a mesma autora, a compreensão desta trajetória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família.

Duvall classifica o ciclo vital da família em 8 etapas (Relvas, 2004). De acordo com as etapas definidas por Duvall a família estudada encontra-se na oitava e última etapa do ciclo vital “Famílias mais velhas - Envelhecimento”, de acordo com a figura 5.

Habituação Graffar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

**Figura 5 - Ciclo vital da família segundo Duvall**  
Fonte: SClínico Enfermagem

#### 3.2 TAREFAS

Relativamente às tarefas, esta fase caracteriza-se pela adaptação à reforma, aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho numa adaptação ao envelhecimento.

O envelhecimento, como processo multidimensional centra-se na interdependência entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A primeira integra as mudanças no corpo associadas com a passagem do tempo e que alteram a capacitação funcional individual; a dimensão psicológica associada à cognição, personalidade e afetividade, e os processos sociais que refletem o domínio sociocultural e ambiental que traduzem indicadores de saúde familiar e social (Figueiredo, Martins & Silva, 2011). Ainda segundo as mesmas autoras, as alterações da estrutura familiar inerentes à última etapa do ciclo de vida da família caracterizam-se por transições interligadas ao envelhecimento, como processo experiencial e único. A reconstrução relacional intra-sistema e com as gerações mais novas, aliadas às mudanças necessárias decorrentes do envelhecimento constituem-se como desafios fundamentais às famílias nesta etapa do seu ciclo.

Com o avançar da idade há uma diminuição progressiva da autonomia, da atividade física e mental com uma maior suscetibilidade para a doença, conduzindo a maiores dificuldades de adaptação ao ambiente. A preparação e aceitação do envelhecimento surge como uma tarefa de desenvolvimento essencial para a manutenção processual do equilíbrio entre o ciclo de vida familiar e o ciclo de vida individual (Figueiredo & Martins 2010).

Apesar de já se denotarem algumas limitações decorrentes da idade, o casal parece estar bem adaptado a esta fase do ciclo vital, convivendo bem enquanto casal, desde que os filhos saíram de casa e também desde que regressou da Alemanha em 1998, onde esteve emigrado durante cerca de 25 anos.

### 3.3 VÍNCULOS

Relativamente aos vínculos, atualmente o casal apresenta vínculos fortes, sobretudo desde que “A” regressou da Alemanha altura em que estes foram reforçados, já que durante os anos de emigração o casal só estava junto uma vez por ano. Nesta altura, a comunicação era feita por carta e era assim que sabiam da sua família. Houve, portanto, uma aproximação entre o casal com o regresso de “A”, que coincidiu também com a saída dos filhos de casa para constituírem as suas famílias e a própria mudança de etapa do ciclo vital, com passagem para o último estágio.

Em relação aos filhos, verificam-se vínculos fortes relativamente a “A” e vínculos muito fortes relativamente a “B”. Estabelecem-se relações harmoniosas entre pais e filhos e entre irmãos, no entanto verifica-se uma maior proximidade dos filhos relativamente à mãe, facto explicável pela ausência de “A” durante os anos em que esteve emigrado.

## 4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família compreende a forma como os membros da família interagem uns com os outros de acordo com dois aspetos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo. A avaliação funcional instrumental recai sobre as atividades do quotidiano, tais como as atividades de vida diária e a avaliação funcional expressiva refere-se às interações estabelecidas entre os membros da família (Wright & Leahey, 2018).

### 4.1 AVALIAÇÃO FUNCIONAL INSTRUMENTAL

A avaliação instrumental foi realizada relativamente a “A” de acordo com as 14 Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, descrita no quadro 2.

**Quadro 2 - Avaliação funcional instrumental de acordo com as necessidades humanas fundamentais**

Necessidades Humanas Fundamentais	Elemento “A”
1. Respirar Normalmente	Comprometida
2. Comer e beber de forma adequada	Satisfeita
3. Eliminar os resíduos corporais	Satisfeita
4. Movimentar-se e manter a postura correta	Comprometida
5. Dormir e descansar	Satisfeita
6. Selecionar roupas adequadas – vestir e despir-se	Comprometida
7. Manter a temperatura corporal dentro de valores normais, adaptando a roupa e modificando o ambiente	Satisfeita
8. Manter o corpo limpo e cuidado e proteger os tegumentos	Comprometida
9. Evitar os riscos ambientais e evitar lesar outros	Satisfeita
10. Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades ou opiniões	Satisfeita
11. Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um	Satisfeita
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado	Satisfeita
13. Participar em diversas formas de recreação	Comprometida
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis	Satisfeita

Pode concluir-se que “A” apresenta compromisso na satisfação de 5 das necessidades humanas fundamentais. Tem dificuldade respiratória devido a bronquite crónica; apresenta algumas limitações na mobilidade, utilizando bengala para se deslocar, apesar de conduzir. Na higiene corporal, vestir e despir-se, precisa de ajuda parcial da esposa; para além das limitações decorrentes da idade, o facto de ser obeso também o limita em alguns movimentos. Relativamente às formas de recreação, refere “não ter grande interesse” em formas de se divertir, costuma passar a maior parte do seu tempo a ver televisão, dormir a sesta e no quintal, mas só a observar. De vez em quando também se desloca ao café nas proximidades. Quanto à expressão da sexualidade, esta ocorre com pouca frequência, manifestando-se maioritariamente por gestos de afeto referindo que “o carinho existe sempre”.

#### 4.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL EXPRESSIVA

A avaliação funcional expressiva compreende a avaliação da comunicação emocional, da comunicação verbal, não verbal e circular, a solução de problemas, os papéis, a influência e o poder, as crenças e as alianças e uniões.

Em relação à **comunicação emocional**, “B” consegue expressar com mais facilidade do que “A” os seus sentimentos, neste aspeto, “A” é um pouco mais reservado.

Quanto à **comunicação verbal** esta parece fluir com naturalidade, a opinião de cada um é expressa de forma clara e tida em consideração pelo outro elemento. Quando existe algum tipo de discussões, consideradas normais por ambos, parece existir algum cuidado entre o casal, de parte a parte, para não magoar o parceiro quando se verificam divergências de opinião.

Relativamente à **comunicação não verbal**, nota-se entre o casal uma cumplicidade, de quem já partilhou muita coisa ao longo da vida, segundo “A”, “às vezes nem é preciso dizer nada”.

No que diz respeito à **comunicação circular**, esta não é habitual ocorrer.

Em relação à **solução de problemas**, não parece existir uma distinção clara entre quem toma a iniciativa na sua resolução. Aparentemente não se verificam problemas de ordem emocional ou comunicacional, existem as pequenas questões do dia-a-dia que por vezes geram discussões, mas que se resolvem facilmente. Se forem questões financeiras ou relacionadas com terrenos, por norma é “A” que toma as diligências; se forem questões relacionadas com o ambiente doméstico, então é “B” que assume essa responsabilidade, situação intrinsecamente relacionada com os papéis que cada um assume no seio familiar.

Os **papéis** encontram-se claramente definidos, cada um sabe qual é a sua função, e tal como já foi descrito, “A” assume o papel de responsabilidade e gestão financeira e “B” assume toda

a responsabilidade na área doméstica, as tarefas no quintal e inclui também o papel de cuidadora na satisfação de algumas necessidades de “A”. Como também já foi referido anteriormente, esta família reflete o padrão existente ainda hoje na sociedade portuguesa, o homem mantém o papel de provedor da família e a mulher o de cuidadora e principal gestora das atividades domésticas. Durante o período de emigração do marido foi a esposa que assumiu o papel de liderança e gestão da família e o papel de gestão financeira foi sempre assumido pelo marido. Este período foi referido por ambos como a fase geradora de maiores fontes de stress familiar, que atualmente se encontra ultrapassada.

Quanto à **influência e poder nas relações**, parece existir alguma influência e poder por parte de “A”, detendo o poder na família, mas existe uma partilha de decisão entre a “A” e “B”. Uma vez que detêm um grau de independência enquanto casal, as decisões são tomadas em conjunto, mas se houver alguma situação em que tenham alguma dúvida, comunicam sempre com os filhos e pedem opinião sobre a melhor forma de agir.

Relativamente às **crenças**, o casal acredita que os filhos deveriam cuidar dos pais, no entanto como ambos os filhos não estão próximos (um vive nos Açores e outro a cerca de 20 km em Pombal), gostariam de manter a sua independência pelo maior tempo possível, sem “darem trabalho” pois apesar de considerarem a hipótese de serem institucionalizados, não a veem com muito agrado. Foram educados com estes valores, cuidando dos seus pais, mas também sabem que estas crenças dependem de cada contexto familiar. O comportamento deste casal é influenciado pelos valores que foram sendo transmitidos de geração em geração e pela consciência que têm sobre a doença/dependência como um acontecimento previsível e natural da idade. Apesar de demonstrarem alguma relutância relativa aos lares de idosos, sentem-se seguros e confiantes nos profissionais de saúde, referindo estar satisfeitos com o apoio que têm do centro de saúde na situação de “A” e caso venham a necessitar, consideram o alargamento do apoio domiciliário na higiene pessoal ou alimentação.

Quanto às **alianças e uniões**, uma vez que se trata de uma família nuclear, cujo agregado é composto apenas pelo casal, não se identificam alianças ou uniões. O casal comunica de forma assertiva, mantendo os vínculos afetivos já descritos que permanecem duráveis no tempo e são favorecedores do equilíbrio familiar.

Para avaliar a dimensão funcional, foi aplicada a escala de APGAR Familiar de Smilkstein, considerando como principais funções da família a adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão, e permite também avaliar as relações familiares, determinando se a família constitui ou não um recurso. As respostas, “Quase sempre”, “Algumas vezes” e “Nunca” são pontuadas com “2”, “1” e “0”, respetivamente. Quanto maior a pontuação maior a

funcionalidade da família. Neste caso foi avaliada a perceção de “A” sobre a funcionalidade da sua família descrita no quadro 3.

**Quadro 3 - Escala de APGAR Familiar**

APGAR FAMILIAR	Quase sempre (2)	Algumas vezes (1)	Nunca (0)
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	x		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema		x	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida	x		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor	x		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	x		
<b>TOTAL</b>		9	

**Pontuação**  
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional  
Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção  
Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Pela análise da aplicação escala de APGAR Familiar, estamos perante uma família altamente funcional.

Foi também aplicada a escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe, que tem como finalidade analisar em que medida os eventos da vida familiar do último ano se correlacionam com o risco de stress e de doença física ou mental para a família (Figueiredo, 2012). A mesma encontra-se descrita e aplicada à família no quadro 4.

**Quadro 4 - Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe**

Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe					
Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades com familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação Conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões com cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29	<b>Total</b>		<b>76</b>

Pontuação

**119 – 150 – 37% probabilidade de vir a ter problemas de saúde**

**200 – 299 – 51% probabilidade de vir a ter problemas de saúde**

**300 ou > - 79% probabilidade de vir a ter problemas de saúde**

Pode constatar-se através da análise do quadro 4, que durante o último ano os acontecimentos que se destacaram foram a alteração nos hábitos pessoais e as mudanças

das atividades religiosas, sociais e nº de reuniões familiares, repercussões devidas sobretudo à pandemia por Covid-19, com impacto negativo em muitas áreas. Apesar disso, dada a estabilidade relacional do casal, a pontuação obtida (76) revela uma probabilidade inferior a 37% de vir a ter problemas de saúde.

A avaliação da família em relação à coesão e adaptabilidade familiar foi efetuada através da aplicação da escala FACES II (versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes, 1995), abaixo representada e com a respetiva pontuação no quadro 5 (Figueiredo, 2009).

**Quadro 5 - Escala de FACES II aplicada à família**  
(continua)

ESCALA DE FACES II (Otília Fernandes, 1995)		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 são 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		

(conclusão)

**ESCALA DE FACES II (Otilia Fernandes, 1995)**

**1 2 3 4 5**

<b>24</b>	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				x	
<b>25</b>	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	x				
<b>26</b>	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			x		
<b>27</b>	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				x	
<b>28</b>	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
<b>29</b>	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	x				
<b>30</b>	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.		x			

Fonte: Otilia Fernandes, 1995 in Figueiredo, 2009

O quadro 6 identifica os conceitos relacionados com a coesão e adaptabilidade familiares e os respetivos itens da escala.

**Quadro 6 - Conceitos relacionados com a coesão e adaptabilidade familiares e respetivos itens da escala**  
**Coesão familiar**

Laços emocionais		Limites familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Limites e lazes	
(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)
<b>1</b>	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30

**Adaptabilidade Familiar**

Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões	
(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
<b>2</b>	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24

Fonte: Otilia Fernandes, 1995 in Figueiredo, 2009

O quadro 7 permite identificar a interpretação linear da Escala Faces II relativamente à coesão, adaptabilidade e tipo de família.

**Quadro 7 - Interpretação linear da FACES II**

Coesão				Adaptabilidade				Tipo de Família			
8	80	Muito Ligada	74	8	70	Muito flexível	65	8	Equilibrada		
7	73			7	64			7			
6	70	Ligada	65	6	54	Flexível	50	6	Moderadamente equilibrada		
5	64			5	49			5			
4	59	Separada	55	4	45	Estruturada	43	4	Intermédia		
3	54			3	42			3			
2	50	Desmembrada	35	2	39	Rígida	30	2	Extrema		
1	34			1	29			1			
	35				15						

Fonte: Otilia Fernandes, 1995 in Figueiredo, 2009

Por fim, no quadro 8 demonstra a pontuação, interpretação e resultado final da escala aplicada à família.

**Quadro 8 - Pontuação, interpretação e resultado final da escala aplicada à família**

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

Os itens 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29 são cotados inversamente.

<b>Coesão</b>	<b>Adaptabilidade</b>	<b>Tipo de Família</b>
Somar os itens 3,9,15,19,25 e 29	Somar os itens 24 e 28.	Somando as pontuações
Subtrair este resultado de 36. Somar os outros itens ímpares + item 30.	Subtrair o resultado de 12.	correspondentes da coesão e adaptabilidade (entre 1 e 8) e
Os resultados da categoria Coesão familiar variam entre 15 e 80	Somar os restantes itens pares (menos o 30).	dividindo por dois (C+A/2),
$36 - 7 = 29$	Os resultados da categoria de Adaptabilidade variam entre 15 e 70.	$5 + 4 = 9$
$29 + 35 = 64$	$12 - 5 = 7$	$9 / 2 = 4,5$
	$7 + 37 = 44$	
<b>64 (5)</b>	<b>44 (4)</b>	<b>5</b>
<b>Ligada</b>	<b>Estruturada</b>	<b>Moderadamente Equilibrada</b>

Fonte: Otilia Fernandes, 1995 in Figueiredo, 2009

Com a aplicação da Escala de FACES II pode concluir-se que estamos perante uma família que se apresenta ligada quando falamos de coesão, e estruturada tendo em conta os critérios de adaptabilidade. Esta escala vem corroborar o que até aqui tem vindo a ser exposto, a família apresenta bons vínculos e mantém relações harmoniosas, no entanto não se pode considerar uma família flexível, até porque, sendo uma família composta por um casal idoso, mantém enraizados os seus hábitos, não sendo muito fáceis as mudanças de rotina. Considera-se, portanto, uma família moderadamente equilibrada.

## 5. PROCESSO DE ENFERMAGEM - PLANO DE CUIDADOS

Durante o ensino clínico II, após selecionar o utente e família em estudo juntamente com a enfermeira orientadora, foram realizadas 3 entrevistas, uma delas em contexto domiciliário em que a esposa estava presente. É de salientar a importância da avaliação familiar em contexto domiciliário, pois é possível avaliar a família como contexto e o impacto que o mesmo tem na família como sistema. Neste âmbito, foi possível observar que a esposa apresenta a gestão do regime terapêutico comprometida, devido sobretudo ao regime medicamentoso não demonstrado. Foram tomadas as decisões e intervenções necessárias, encaminhando para o médico de família. Será alvo de atenção numa fase posterior, complementando a avaliação familiar e explorando a perceção de “B”.

A colheita de dados e avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary, com a utilização de vários instrumentos de avaliação nas 3 dimensões avaliadas, permitiu reunir um conjunto de dados e informações essenciais que permitem realizar diagnósticos e intervenções de enfermagem que compreendem o processo de enfermagem permitindo assim elaborar o plano de cuidados. Nesta fase é determinante a integração de todos os membros como parceiros de cuidados, olhando para a família como sistema e como foco de cuidados, numa perspetiva sistémica e colaborativa.

O processo de enfermagem, relativamente a “A”, com os respetivos diagnósticos e intervenções de enfermagem, encontra-se descrito de acordo com a CIPE e é representado no quadro 9.

**Quadro 9 - Processo de enfermagem individual**  
(continua)

Intervenção de diagnóstico	Focos de atenção/Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Avaliação
- Úlcera venosa tornozelo direito		- Avaliar úlcera venosa - Executar tratamento à úlcera venosa - Vigiar penso da úlcera venosa - Aplicar creme - Ensinar sobre complicações - Ensinar sobre doença	20/07/2021 - Cicatrizada
- Avaliar dispneia	- Dispneia – Bronquite crónica	- Elevar a cabeceira da cama - Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios	-----
	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia	- Ensinar sobre complicações da doença - Ensinar sobre dispositivos respiratórios	
	- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia	- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia - Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos respiratórios	
- Obesidade		- Monitorizar peso corporal - Monitorizar altura corporal	-----

(conclusão)

Intervenção de diagnóstico	Focos de atenção/Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Avaliação
- <b>Obesidade</b>		- Monitorizar índice massa corporal - Referir para o serviço médico/requerer serviço de nutrição	-----
- <b>Avaliar conhecimento sobre obesidade</b>	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre obesidade  - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre obesidade	- Ensinar sobre complicações - Ensinar sobre doença  - Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações - Ensinar o prestador de cuidados sobre doença	-----
- <b>Avaliar gestão do regime terapêutico</b>	- Gestão do regime terapêutico comprometida	- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico - Ensinar sobre hábitos alimentares - Ensinar sobre hábitos de exercício	-----
- <b>Avaliar compromisso no auto-cuidado: higiene</b>	- Auto-cuidado: higiene comprometido	- Assistir no auto-cuidado: higiene (prestador de cuidados)	-----
- <b>Avaliar o andar</b>	- Andar dependente, em grau reduzido	- Instruir a andar com auxiliar de marcha	-----
- <b>Avaliar risco de queda (Escala de Morse)</b>	- Baixo risco de queda - Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	- Gerir ambiente - Gerir medidas de segurança - Otimizar ambiente físico - Assistir a identificar condições de risco para a queda - Ensinar sobre prevenção de queda	-----
- <b>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda</b>	- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	- Assistir a identificar condições de risco para a queda - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	-----
- <b>Avaliar rigidez articular</b>	- Anquilose – rigidez articular (osteoartrose joelhos)	- Ensinar sobre técnica de exercitação musculartoarticular	-----
- <b>Avaliar auto-cuidado: atividade recreativa</b>	- Auto-cuidado: atividade recreativa comprometido	- Ensinar sobre atividade recreativa - Incentivar o autocuidado: atividade recreativa - Planear atividades de lazer	-----

Dado o curto espaço de tempo em que decorre o presente ensino clínico II, foi apenas possível delinear os resultados esperados para “A” de acordo com as intervenções de enfermagem propostas. Espero, no decorrer do próximo estágio, poder dar continuidades às mesmas, para poder avaliar as intervenções em termos de resultados obtidos.

De acordo com as intervenções implementadas, os resultados esperados são os seguintes:

- Prevenir o aparecimento de novas úlceras e/ou feridas, ou recidiva da atual;
- Melhorar hábitos alimentares e de exercício, prevenindo o sedentarismo; a perda de peso terá repercussão em todas as áreas comprometidas, prevenindo a ocorrência de eventos cardiovasculares, melhorando também a mobilidade;

- Evitar a ocorrência de quedas, com diagnósticos secundários;
- Manter ou melhorar o grau de dependência nas atividades de vida diárias.

Como objetivo primordial, estas intervenções pretendem que se obtenham ganhos em saúde para o utente em estudo e para a sua família, no entanto, enquanto enfermeira, tenho consciência que poderá ser difícil implementar algumas mudanças, sobretudo no que diz respeito aos hábitos alimentares. Nesta fase do ciclo vital da família, e na presença de idosos com idade avançada, há hábitos bastantes enraizados passados de geração em geração, e poderá ser até um pouco ambicioso tentar alterá-los, no entanto trabalhar a motivação, tendo em vista os objetivos que, enquanto família pretendem alcançar, poderá ser um caminho, juntamente com a intervenção da área da nutrição, já que, apesar de terem noção que a dependência é proporcional à idade e às morbidades, existem uma certeza para ambos, “não querem dar trabalho aos filhos” e também não gostariam de ser institucionalizados.

No que diz respeito à avaliação familiar, o respetivo processo de enfermagem encontra-se também descrito de acordo com a CIPE e representado no quadro 10.

**Quadro 10 - Processo de enfermagem à família**

<b>Intervenção de diagnóstico</b>	<b>Focos de atenção/Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Avaliar processo familiar</b> (comunicação – Coping – interação papéis – relação dinâmica – conflituoso)	- Sem processo familiar comprometido	-----	-----
<b>Avaliar satisfação conjugal</b> (Relação dinâmica – comunicação – interação sexual – função sexual)	- Sem satisfação conjugal comprometida	-----	-----
Avaliar habitação	Edifício residencial não seguro	- Avaliar tipo de habitação - Avaliar conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro	
<b>Avaliar abastecimento de água</b>	Abastecimento de água adequado	-----	-----
<b>Avaliar rendimentos</b>	Rendimento familiar não insuficiente	-----	-----
<b>Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos</b>			

Relativamente à habitação, abastecimento de água e rendimentos, os mesmos encontram-se disponíveis para avaliação, tendo em conta o Programa de Saúde Familiar associado. A habitação da família acarreta alguns riscos para os seus elementos, tal como já foi referido devido sobretudo à existência de degrau; o abastecimento de água é realizado através da

rede pública e possui fossa séptica para eliminação dos resíduos, e quanto aos rendimentos, os membros da família auferem os dois as suas reformas.

Aparentemente pode constatar-se que não existe compromisso no processo familiar nem na satisfação conjugal, no entanto, com o decorrer do próximo ensino clínico, espero poder explorar melhor o papel de “B”, pois neste estágio só tive oportunidade de realizar entrevista apenas uma vez com a sua presença. Tal como é preconizado, esta avaliação deve ser efetuada, em vários momentos temporais, a mesma não é estanque e poderá ser alterada tendo em conta acontecimentos que se configurem como processos de transição normativos ou acidentais e/ou os próprios processos de transformação saúde-doença que se verifiquem.

Assim, apesar desta avaliação espelhar apenas uma primeira análise à família, não deixou de ser fundamental pela quantidade e riqueza de informação que consegui recolher, atendendo ao tempo limitado em que decorreu o ensino clínico.

**APÊNDICE II**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

### Consentimento Informado/Livre e Esclarecido

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de saúde familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, a mestranda Marta Isabel Rodrigues Duarte encontra-se a realizar um estudo sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros, cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem como objetivo conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidar – as transições constituem um novo paradigma da enfermagem, uma nova forma de olhar e cuidar: ocorrem ao longo do ciclo vital do indivíduo. O enfermeiro assume um papel relevante a assistir os indivíduos e suas famílias em todos os processos de transição.

A evolução dos conhecimentos científicos dos mais diversos níveis também na área da saúde tem ocorrido sobretudo, graças ao contributo da investigação por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Desta forma, a sua participação neste estudo é deveras importante e consiste no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte é aplicada a Escala "A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros" (Barbieri, MC et al., 2009).

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros da USF S. Martinho de Pombal.

Este questionário é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a sua opinião.

Para que seja salvaguardada a validade do mesmo, é pedido que **não deixe nenhuma questão por responder.**

Agradeço a sua colaboração nesta investigação.

.....  
Eu, \_\_\_\_\_ (nome)

concordo em participar no trabalho de investigação "A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros" tendo em conta os pressupostos sobre os quais fui elucidado/a.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador \_\_\_\_\_

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

## Questionário

### Parte I - Caracterização Sociodemográfica e Profissional

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicitando que responda, assinalando o item correspondente à sua opção ou escrevendo a resposta nos itens correspondentes.

#### 1. Género

- Masculino
- Feminino

#### 2. Idade (em anos): \_\_\_\_

#### 3. Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- União de Facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo

#### 4. Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Licenciatura/Especialidade. Qual? \_\_\_\_\_
- Mestrado. Qual? \_\_\_\_\_
- Pós-Graduação. Qual? \_\_\_\_\_
- Doutoramento. Qual? \_\_\_\_\_

#### 5. Título Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe

#### 6. Tempo de exercício Profissional \_\_\_\_\_ anos

#### 6.1 - No serviço atual \_\_\_\_\_ anos

#### 7. Unidade Funcional onde exerce funções

- UCSP
- USF
- UCC

#### 8. Formação em Enfermagem de Família? Sim Não

Em que contexto? (assinale todas as aplicáveis)

- Contexto Académico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique \_\_\_\_\_

**Parte II – “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).**

*Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*

**Versão Original:** Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B-I (2006).  
**Versão portuguesa:** Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo, MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, AI; Carvalho, JC; Santos, MR (2009). (Oliveira, P.C.M. et al., 2009).

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.  
 Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

- 1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente.**

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Nº	Questões	1	2	3	4
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).				
6	No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu futuro trabalho.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
14	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
15	Convido os membros da família a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				

17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família a falarem sobre as alterações do estado do utente.				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.  
Obrigada pela sua colaboração.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP**

## **Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.**

Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório. Para os campos sem possibilidade de anotação, escrever "não se aplica".

Os documentos necessários devem ser enviados em correio eletrónico em versão pdf em correio eletrónico com o título do estudo.

A submissão a parecer deve ser endereçada ao Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP quando a submissão se faça por correio em papel.

### **1- Título do Projeto/Trabalho:**

*Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar (Anexo I)*

### **2 - Identificação dos proponentes**

#### **2.1 - Autor principal/Afiliação institucional:**

João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria  
CV: <https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Carolina Miguel Graça Henriques - Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria  
CV: <https://orcid.org/0000-0002-0904-8057>

#### **2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:**

Cristina Isabel Nunes Gomes - Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Mondego (ACES Baixo Mondego);

Marta Isabel Rodrigues Duarte - Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF S. Martinho de Pombal (ACES Pinhal Litoral);

Sandra Margarida Gaspar Ferreira - Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Martingil (ACES Pinhal Litoral);

Silvina Pereira Feliciano – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira no CHLeiria – Hospital de Santo André.

### **3 - Protocolo.**

3.1 • Introdução/Justificação (inclui orientadores e co-orientadores quando aplicável); Máximo de 500 palavras:

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final de curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar, o professor João Graça Frade e Carolina Henriques e as mestrandas... estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar".

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escoval, Lívio e Ribeiro, 2014). Estes indivíduos e família são grandes utilizadores de recursos (Curry&Ham, 2010) quer materiais e humanos sendo fulcral uma gestão eficiente que liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro, Lívio, 2012).

A reforma dos Cuidados de saúde primários confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que integrando numa equipa multiprofissional, é o responsável pela prestação de cuidados globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL n.º 118/2014).

A investigação e o percurso da profissão têm vindo a fortalecer o papel da família como objeto de estudo de enfermagem. Estes, aliados à reforma dos cuidados de saúde primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009).

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

A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

### 3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):

O objetivo deste trabalho é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas.

### 3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):

É usada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral.

Como instrumento de colheita de dados, é utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a Escala "A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros".

### 3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras):

Data e início de recolha de dados

	Novembro 2021	Dezembro 2021	Janeiro 2022	Fevereiro 2022	Março 2022
Aplicação do instrumento de recolha de dados					
Tratamento e análise de dados					
Entrega do relatório final					
Discussão e conclusões					

### 3.5 - Expectativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Numa conjuntura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos.

A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias /comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da

enfermagem, procurando a deteção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução.

Os achados resultantes da implementação deste projeto poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no que se refere às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.

3.6 - Local de realização.

ACES Baixo Mondego – Todas as unidades pertencentes aos ACES Baixo Mondego;

ACES Pinhal Litoral – UCSP Norte (Arnaldo Sampalo), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampalo, USFS. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal;

ACES Pinhal Interior Norte – UCSP Ansião.

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo). Não aplicável (pedido atual).

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (Anexo II)

3.9 - Projeto de "Consentimento Informado" pela população/amostra estudada (Anexo III)

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Não aplicável.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento. Não aplicável.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável). Não aplicável.

3.13 - Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética/Projeto: 'CuidarFam' – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem. Se sim anexar o respetivo parecer. (Anexo IV)

#### **4 - Termo de Responsabilidade:**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

**Data:** 5 de novembro de 2021

**O investigador responsável:**

---

(Cristina Isabel Nunes Gomes)

*Marta Isabel Rodrigues Duarte*

(Marta Isabel Rodrigues Duarte)

---

(Sandra Margarida Gaspar Ferreira)

---

(Sílvia Pereira Feliciano)

**ANEXO II**  
**PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP**

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARER FINAL:</b> Favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>Três dias úteis para a elaboração do parecer final do Conselho de Ética para a Saúde.</i> 12.01.2022
----------------------------------	--

<b>ASSUNTO:</b>	<p>Título: Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no cuidado, Processo número 106/2021.</p> <p>Autores: Doutores, João Manuel Graça Frade – Professor Adjunto na Faculdade Superior de Saúde de Leiria, e Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora do Curso de Enfermagem Superior de Saúde de Leiria e Co-autores, Enfermeiras: Cristina Isabel Nunes Gomes; Maria Isabel Rodrigues Duarte; Sandra Margarida Gaspar Ferreira e Silvíia Pereira Feliciano, Estudantes de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar.</p> <p>Comissão Diretiva do Conselho de Ética para a Saúde</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Maria Inês Vagal</p>
-----------------	--

Quando se trata de investigação sobre os processos de transição vividos pela pessoa e a família ao decorrer das diferentes etapas do seu ciclo de vida e sobre o papel do enfermeiro na promoção de transições saudáveis, este estudo, que tem já um parecer favorável da Comissão de Ética da ARSCISA, tem o objetivo de identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas. Trata-se de um estudo que recorre a uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional e que será desenvolvido numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral. Os autores têm autorização, dos responsáveis pelas Unidades onde o mesmo decorrerá, para a sua realização: ACES Baixo Mondego (todas as unidades); ACES Pinhal Litoral - UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal; ACES Pinhal Interior Norte - UCSP Anísia. Como instrumento de coleta de dados, será utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a adaptação da Escala "Family Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA), desenvolvida por Eva Benzerin, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Sorenson (2006), traduzida e validada para a população Portuguesa por Barbáeri, et al. (2009), com a designação de "IFCE-ARSCISA - Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros". O questionário consta do processo, bem como o termo de consentimento informado.

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde - ARSC Assinado por: CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO

Nº de Identificação: 0000075270

Data: 2022.01.21 11:08:24+0100

[Verificação](#)

(Carlos Fontes Ribeiro)



cartão de cidadão  
\*\*\*\*\*

**ANEXO III**

**INFORMAÇÃO DE PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS  
CENTRO, IP AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DOS RESPETIVOS ACeS**

## FW: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

**De:** Marta Isabel Rodrigues Duarte <MIDuarte@arscentro.min-saude.pt>

**Enviado:** 14 de janeiro de 2022 17:32

**Para:** Delfina Jesus Ferreira Apoliano Carvalho <DJCarvalho@arscentro.min-saude.pt>; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>

**Cc:** Sandra Margarida Gaspar Ferreira <SMFerreira3@arscentro.min-saude.pt>; silvinafeliciano@gmail.com <silvinafeliciano@gmail.com>

**Assunto:** RE: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Exmos. Srs.

Na sequência dos emails infra relativos ao pedido de autorização para realização de investigação que visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros relativamente à importância do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, remete-se em anexo para vosso conhecimento o respetivo parecer devidamente aprovado e homologado pela Comissão de Ética da ARS Centro.

O referido estudo será aplicado, durante o corrente mês de janeiro aos enfermeiros da USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF São Martinho, USF Marquês, UCC Pombal e UCSP Norte (Arnaldo Sampaio).

Com os melhores cumprimentos

**Marta Duarte**

Enfermeira - USF S. Martinho de Pombal



## FW: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

**De:** Marta Isabel Rodrigues Duarte <MIDuarte@arscentro.min-saude.pt>

**Enviado:** 14 de janeiro de 2022 17:32

**Para:** PCCS Pinhal Interior Norte <pccs.pin@arscentro.min-saude.pt>; DE Pinhal Interior Norte <de.pin@arscentro.min-saude.pt>

**Cc:** Sandra Margarida Gaspar Ferreira <SMFerreira3@arscentro.min-saude.pt>

**Assunto:** RE: Investigação : Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Exmos. Srs.

Na sequência dos emails infra relativos ao pedido de autorização para realização de investigação que visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros relativamente à importância do envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, remete-se em anexo para vosso conhecimento o respetivo parecer devidamente aprovado e homologado pela Comissão de Ética da ARS Centro.

O referido estudo será aplicado, durante o corrente mês de janeiro aos enfermeiros da UCSP Ansião.

Com os melhores cumprimentos

**Marta Duarte**

Enfermeira - USF S. Martinho de Pombal



**ANEXO IV**  
**AUTORIZAÇÃO DOS COORDENADORES DA UNIDADES FUNCIONAIS PARA**  
**APLICAÇÃO DO ESTUDO**

Ex.mo Sr. Coordenador da UCSP de Ansião

Dr. Antonino Santos

Marta Isabel Rodrigues Duarte e Sandra Margarida Gaspar Ferreira, alunas do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º curso de mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vem por este meio solicitar a vossa autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade, no decorrer do mês de Janeiro de 2022.

Obrigada pela atenção

Marta Isabel Rodrigues Duarte  
Sandra Margarida Gaspar Ferreira

$\frac{16}{1}$   
Jan 22

*Autorizado.*

*AS*  
Dr. ANTONINO SANTOS  
Coordenador  
UCSP Ansião

Exmo. Sr. Coordenador da USF Marquês

Dr. Luis Morato

Concedido e  
autoriz. M. J. L. M.  
25.01.22

Marta Isabel Rodrigues Duarte, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º curso de mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vem por este meio solicitar a vossa autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade, no decorrer do mês de Janeiro de 2022.

Obrigada pela atenção

Marta Isabel Rodrigues Duarte

Exma. Sra. Coordenadora da UCC Pombal

Enfª Fátima Neto

Marta Isabel Rodrigues Duarte, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a desenvolver o estudo de investigação no âmbito do 4º curso de mestrado, sob orientação do Professor João Frade, subordinado ao tema: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros", cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, vem por este meio solicitar a vossa autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade, no decorrer do mês de Janeiro de 2022.

Obrigada pela atenção

Marta Isabel Rodrigues Duarte

*Tomou conhecimento  
A enfª Fátima Neto  
25/01/2022*

MARIA FÁTIMA NETO  
Coordenadora da Unidade  
Cuidados na Comunidade  
Centro Saúde Pombal -  
A.C.E.S. Pombal Leiria



## DECLARAÇÃO

A coordenação da USF S. Martinho de Pombal vem pelo presente autorizar a realização do estudo "Atitudes dos enfermeiros: A importância da família no Cuidar", por solicitação da profissional Marta Isabel Rodrigues Duarte, sob orientação do Professor João Manuel Graça Frade, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Familiar.

O/A Coordenador/a da USF S. Martinho de Pombal

  
CIDÁLIA TAVARES  
(M<sup>a</sup> Cidália Nogueira Tavares)  
São Martinho de Pombal

**ANEXO V**

**PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE COIMBRA**

## COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº 561/ 02-2019

Título do Projecto: "CUIDARFAM"

### Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade, Carolina Henriques, outros Investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

### Parecer

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

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

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

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

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

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

O relator:



Data: 12/03/2019 O Presidente da Comissão de Ética: 