

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

**Relatório Final de Estágio**

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

**Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho**

Leiria, março de 2023

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

### **Relatório Final de Estágio**

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

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

**Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho**

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

Professor Orientador: Doutor João Frade

Leiria, março de 2023

Envolver a família em cuidados competentes e seguros

é desígnio de todos nós.

Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho envolveu muitas pessoas, às quais estou profundamente grata. Começo por agradecer ao Sr. Professor Doutor João Frade, pela orientação competente, solidária e permanente, fundamental ao longo desta caminhada.

À enfermeira Alexandra Remígio, que ao longo dos ensinamentos clínicos, cooperou de uma forma próxima permitindo o desenvolvimento das competências de enfermagem especializada na área de saúde familiar, respeitando os meus objetivos e projeto pessoal de aprendizagem.

A todos os professores do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Saúde Familiar que ministraram os conteúdos programáticos fundamentais para o desenvolvimento das diversas competências teóricas e práticas.

Aos colegas de curso pelo apoio mútuo e amizade, particularmente à Helena, Paula e Carla.

À minha família, em especial ao meu marido e irmã Marisa, pela infinita compreensão e motivação. Aos meus filhos, Ângela, Bruno e Pedro que apesar da sua tenra idade, me nutrem e suportam com o amor em família.

À minha Mãe (que partiu prematuramente), a minha grande inspiração e que me deixou o mais importante legado: o respeito e amor ao próximo.

A todos quantos cruzaram o meu caminho... não foi por acaso...

Obrigada!

## RESUMO

**Enquadramento:** A par das transformações ocorridas na sociedade, a enfermagem especializada em saúde familiar nos vários contextos dos cuidados, tem vindo a assumir valor crescente e a ser reconhecida como essencial. Promover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias da Enfermagem da Família pode estender a sua forma de trabalhar com famílias, modificando o seu padrão de prática habitual para uma abordagem sistémica, centrada na família.

As atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família são fundamentais na promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias.

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

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

**Resultados:** Amostra constituída por 20 enfermeiros em CSD e 30 enfermeiros a exercer em CSP, destes, em UCC (20%), em UCSP (46,7%) e em USF (33,3%). Do género feminino (92%), média idade (43,86 anos), casados (70%), tempo de exercício profissional médio (19,7 anos), enfermeiros especialistas (46%), especialidade/mestrado/outras áreas de formação (50%), e formação em enfermagem de família (50%), adquirida em contexto académico (58,3%) e em formação contínua (41,7%). Os enfermeiros apresentam atitudes de suporte na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, com *score* médio total da escala IFCE-AE (78,86 pontos).

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

**Palavras-chave:** Atitude; família; enfermagem familiar; cuidados de saúde primários; cuidados saúde diferenciados

## ABSTRACT

**Background:** In light of the transformations occurring in society, specialized nursing in family health care in various contexts has been increasingly valued and recognized as essential. Encouraging nurses to become familiar with the knowledge and strategies of family nursing can expand their approach to working with families, shifting from their usual practice patterns to a systemic, family-centered approach. The attitudes that nurses adopt towards families are critical in promoting, maintaining, and restoring family health.

**Objectives:** To Know the sociodemographic and professional characteristics of nurses; to characterize the attitudes of nurses in Primary Health Care (PHC) and Hospital-based Care (HBC) in approaching the family as an integral part of the care process and to relate the sociodemographic and professional characteristics of nurses with their attitudes towards involving and engaging the family in the care process.

**Methodology:** Quantitative, descriptive, analytical, correlational, and cross-sectional study, conducted on a non-probabilistic convenience sample consisting of nurses working in Primary Health Care and Differentiated Health Care. A questionnaire was used to collect sociodemographic and professional information, and the scale “*Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*” (*FINC-NA*).

**Results:** A sample consisting of 20 nurses in CSD and 30 nurses working in CSP, of witch in UCC (20%), in UCSP (46,7%), and in USF (33,3%). Of female gender (92%), average age (43,86 years), married (70%), average professional experience (19,7 years), specialist nurses (46%), specialisty/master's/other training areas (50%), and training in family nursing (50%), acquired in an academic context (58,3%) and continuing education (41,7%).

Nurses consistently demonstrated a supportive attitude of families as an integral part of nursing care, with median score of the total *FINC-NA* scale (78,86 points).

**Conclusion:** Nurses demonstrate supportive attitudes towards families, involving them in nursing care, wich is an importante criterion for the quality of family nursing practice and for the health outcomes of individuals and families.

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

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários  
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CS – Centros de Saúde  
CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DAE – Desfibrilhador Automático Externo  
DGS – Direção Geral da Saúde  
DL – Decreto-Lei  
EESF – Enfermeiro Especialista Saúde Familiar  
FINC-NA - *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*  
GESTCARE – Plataforma Informática de Registo e Monitorização da RNCCI  
IDT - Índice de Dependência Total  
IFCE-AE - A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros  
IPL – Instituto Politécnico de Leiria  
ICPC - *International Classification of Primary Care*  
IDG – Índice de Desempenho Global  
MCAF – Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar  
MCAIF – Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar  
ME – Ministério da Educação  
MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS -Organização Mundial de Saúde  
PF – Planeamento Familiar  
PL – Pinhal Litoral  
REPE - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SBC – Cuidar Baseado nas Forças  
SCLÍNICO – Sistema de Informação Clínica  
SiiMA – Sistema de Informação para Gestão do Circuito de Programas de Rastreo  
SIJ – Saúde Infantojuvenil  
SM – Saúde Materna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

VD – Visita Domiciliária

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
ÍNDICE DE QUADROS.....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIII
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>17</b>
1.1 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	18
1.2 CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL ONDE SE INSERE A UCSP NORTE E POLO MONTE REAL CARVIDE.....	21
1.2.1 Caraterização da UCSP Norte.....	23
1.2.2 Caraterização do Local de Estágio UCSP Norte – Polo Monte Real/ Carvide...26	
1.2.3 Caraterização dos Utentes do Ficheiro do Enfermeiro de Família. ....	35
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.....</b>	<b>43</b>
2.1 FAMÍLIA.....	43
2.1.1 Tipos e Estrutura da Família.....	44
2.1.2 Funções da Família.....	49
2.1.3 Família e Saúde.....	49
2.2 ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA.....	51
2.2.1 Teorias das Ciências Sociais .....	56
2.2.2 Teorias da Terapia Familiar.....	61
2.2.3 Modelos e Teorias de Enfermagem.....	62
2.2.4 Entrevista.....	73
2.2.5 Visita domiciliária.....	80
2.2.6 Visita Domiciliária ao Recém-nascido e puérpera.....	80
2.3 ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA.....	81
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÀREA DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>85</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS.....	87
3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	87
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	88
3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados.....	91
3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	92
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	92

3.2.1 Cuidar da Família como Unidade de Cuidados, e de Cada um dos Seus Membros, ao Longo do Ciclo Vital aos Diferentes Níveis de Prevenção.....	93
3.2.2 Liderar e Colaborar nos Processos de Intervenção, no Âmbito da Enfermagem Saúde Familiar.....	97
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>103</b>
4.1 METODOLOGIA.....	105
4.1.1 Concetualização do Estudo e Objetivos.....	106
4.1.2 Questão de Investigação.....	107
4.1.3 Tipo de estudo.....	108
4.1.4 População e Amostra.....	109
4.1.5 Hipóteses.....	110
4.1.6 Operacionalização das Variáveis.....	111
4.1.7 Instrumento de Recolha de Dados.....	114
4.1.8 Procedimentos de Colheita de Dados.....	119
4.1.9 Procedimentos Éticos e Formais.....	119
4.1.10 Procedimentos na Análise de Dados.....	121
4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	123
4.2.1 Caraterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros.....	124
4.2.2 Atitudes dos enfermeiros Face à Família.....	127
4.2.3 Testes de Hipóteses.....	127
4.3 DISCUSSÃO.....	133
4.4 CONCLUSÃO.....	149
4.5 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	153
<b>5. CONCLUSÃO GERAL DO RELATÓRIO.....</b>	<b>156</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>159</b>

## ANEXOS

**ANEXO I - DECLARAÇÃO ACESSO DADOS MIMUF**

**ANEXO II – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCSP NORTE, PARA UTILIZAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE DADOS REFERENTES À UNIDADE**

**ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA: E) DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)**

**ANEXO IV -PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À DIREÇÃO EXECUTIVA E AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES PL, E RESPETIVO PARECER**

**ANEXO V** -PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

**ANEXO VI** - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

**ANEXO VII** - PARECERES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS SELECIONADAS: UCSP NORTE, USF STEPHENS, USF VITRIUS; UCSP ATLÂNTICA E UCC DA MARINHA GRANDE, PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** - PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA BASEADO NO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

**APÊNDICE II** – FOLHETO INFORMATIVO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA

**ÂPENDICE III** – SESSÃO FORMAÇÃO:

- Padrões de documentação: Parametrização do SClínico
- Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera
- Panfleto Informativo visita domiciliária Recém-nascido e Puérpera

**APÊNDICE IV** – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO VISITA DOMICILIÁRIA

**APÊNDICE V** – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Unidades funcionais dos ACES.....	19
Figura 2 - Pirâmide etária: população residente, ACES PL, Estimativas da população residente entre 2011 e 2020.....	22
Figura 3 - Área Geográfica de Influência do ACES PL, integrada na Região Centro.....	22
Figura 4 - Organograma ACES Pinhal Litoral.....	23
Figura 5 - Fotografias: Sede de Monte Redondo e Polos Monte Real / Carvide, Bajouca e Coimbra.....	23
Figura 6 - Logotipo UCSP Norte.....	24
Figura 7 - Índice de Dependência Total da UCSP Norte.....	25
Figura 8 - Horário UCSP Norte.....	26
Figura 9 - Localização Geográfica de Carvide.....	27
Figura 10 - Fotografia da UCSP Norte, polo Monte Real/ Carvide.....	27
Figura 11 - Programas de Saúde da Carteira Básica de Serviços da UCSP Norte Polo Monte Real/Carvide.....	32
Figura 12 - Pirâmides Etárias UCSP Norte – Polo Monte Real/ Carvide.....	37
Figura 13 – Nº de Contatos por Programas de Saúde do ficheiro de família.....	38
Figura 14 – Nº de Utilizadores/Contatos de Enfermagem/ Sexo/ Grupo Etário no ficheiro de família.....	39
Figura 15 – Esquematização do Sistema Familiar, Subsistemas e suas Funções.....	46
Figura 16 - Abordagem de Enfermagem da Família.....	52
Figura 17 - Estrutura Concetual de Enfermagem de Família.....	54
Figura 18 - Conceptualização da Enfermagem de Família.....	56
Figura 19 – Diagrama Ramificado do Modelo <i>Calgary</i> de Avaliação da Família.....	70
Figura 20 – Modelo <i>Calgary</i> de Intervenção na Família: Interseção dos domínios de funcionamento e intervenções familiares.....	72
Figura 21 – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.....	77

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Utentes Inscritos UCSP Norte por Grupo Etário.....	24
Tabela 2 - Indicadores de Envelhecimento, estimativas anuais da população residente (2015,2019 e 2021) .....	25
Tabela 3 - Índice Desempenho Global UCSP Norte, dezembro 2021.....	32
Tabela 4 – Índice Desempenho Global UCSP Norte, abril 2022.....	32

<b>Tabela 5 - Nº Inscritos por Sexo e Grupo Etário e Nº de Famílias, Frequentadoras e Não frequentadoras, no ficheiro de família.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 6 - Nº inscritos por Programa de Saúde (Vigiado/Não Vigiado) no ficheiro de família.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 7 – Indicadores Relativos aos Domicílios de Enfermagem, UCSP Norte.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 8 – Nº Registos por Diagnóstico Médico Ativo no ficheiro de família.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 9 – Indicadores Relativos a Consultas Realizadas pelo Enfermeiro de Família, UCSP Norte.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 10 – Indicadores Relativos à Vacinação, UCSP Norte.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabela 11 – Indicadores Relativos a Consultas de Enfermagem e Vacinação do ficheiro de família.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabela 12 – Indicadores Relativos a Consultas de Enfermagem no domicílio ao recém-nascido e puérpera da UCSP Norte.....</b>	<b>90</b>
<b>Tabela 13 – Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação portuguesa.....</b>	<b>118</b>
<b>Tabela 14 – Análise da consistência interna da escala IFCE – AE – adaptação portuguesa e o presente estudo.....</b>	<b>119</b>
<b>Tabela 15 – Teste da Normalidade da distribuição de resultado da escala – IFCE – AE na amostra em estudo.....</b>	<b>122</b>
<b>Tabela 16 – Teste da Homogeneidade de Variância da escala – IFCE – AE na amostra em estudo.....</b>	<b>122</b>
<b>Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo o género.....</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 18– Distribuição da amostra por idade.....</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 19– Distribuição da amostra por estado civil.....</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 20 – Distribuição da amostra por grau académico.....</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 21 – Distribuição da amostra por título profissional.....</b>	<b>125</b>
<b>Tabela 22 – Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem.....</b>	<b>125</b>
<b>Tabela 23 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional.....</b>	<b>125</b>
<b>Tabela 24 – Distribuição da amostra pelo contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem.....</b>	<b>126</b>
<b>Tabela 25 – Distribuição da amostra dos enfermeiros por unidade funcional dos CSP e dos enfermeiros de CSD.....</b>	<b>126</b>
<b>Tabela 26 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família.....</b>	<b>126</b>
<b>Tabela 27 – Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação.....</b>	<b>127</b>
<b>Tabela 28 – Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE.....</b>	<b>127</b>

Tabela 29 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género.....	128
Tabela 30 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade.....	129
Tabela 31 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o estado civil.....	129
Tabela 32 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académic.....	129
Tabela 33 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o título profissional.....	130
Tabela 34 – Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.....	130
Tabela 35 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho.....	131
Tabela 36 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e formação em enfermagem de família.....	132
Tabela 37 - Relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções.....	132
Tabela 38 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a Escala Total IFCE-AE.....	133
Tabela 39 - Distribuição dos enfermeiros por grau académico Doutoramento, Mestrado e Bacharelato, no triénio 2020- 2022.....	136
Tabela 40 – Distribuição de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde familiar, no quadriénio 2019- 2022.....	147

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Intervenções nos Domínios Cognitivo, Afetivo e Comportamental do Funcionamento Familiar.....	73
Quadro 2 - Ingredientes-Chave da Entrevista em 15 minutos.....	74
Quadro 3 – Variáveis Independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	113
Quadro 4 - Variável Dependente – escala IFCE – AE.....	113
Quadro 5 - Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE.....	116

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.....	131
---	-----

## INTRODUÇÃO

As transformações profundas que têm ocorrido na sociedade portuguesa nas últimas décadas, implicam significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, dando origem a novas famílias que se demarcam das famílias tradicionais. As modificações da estrutura familiar, o envelhecimento da população e as mudanças na organização da sociedade, são apenas algumas das muitas transformações que têm vindo a ocorrer, e consequentemente a despoletar consequências sobre os indivíduos, famílias e comunidades (Alves, 2011). Uma das mudanças visíveis nas famílias, é no papel preponderante que assumem, como cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o alicerce face ao impacto que as transformações sociais provocam (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2002).

Também a ciência de enfermagem, tal como a conhecemos hoje, evoluiu em termos do seu percurso formativo, no que respeita à sua complexidade e ao seu reconhecimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2008). Perante a complexidade dos contextos da ação dos enfermeiros, onde se desenvolvem as interações com as famílias, com as novas necessidades e desafios a nível de saúde, assume particular importância o quadro legislativo atual nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este 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.

A evolução dos CSP em Portugal e a sua reestruturação acontece a par das políticas internacionais das quais se destacam as Metas definidas pela OMS, na SAÚDE 21, com a Declaração de Munique em 2000. Esta declaração reconheceu a família como uma unidade chave na produção de saúde e consequentemente na melhoria da mesma, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (*World Health Organization, WHO, 2000*).

Em 2005 dá-se início à reforma dos CSP; os centros de saúde (CS) são reestruturados, sendo implementadas as unidades de Saúde familiar com destaque para a família nos cuidados de saúde, e onde se evidencia o papel promissor do enfermeiro de família, num contexto de proximidade, em que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo limitado de famílias, em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade.

Nesse enquadramento, o foco da prática de enfermagem passa a ser direcionado para o sistema familiar, surgindo a figura do Enfermeiro de Família no seio da equipa multidisciplinar.

A formação especializada contribui para que os enfermeiros adotem eficazmente a perspetiva sistémica do cuidado, considerando o doente, a família e o ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão (Wright & Leahey, 2009).

O aprofundamento e/ou aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção são fundamentais, para que o enfermeiro de família possa assistir as famílias numa perspetiva sistémica e colaborativa. É indispensável que desenvolva saberes em áreas específicas de enfermagem, de maneira a incorporá-las numa abordagem de família. Só assim poder-se-á desenvolver uma prática confiável garantindo a qualidade dos cuidados prestados. A Enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. (Wright & Leahey, 2009).

A família é considerada pelos enfermeiros como parte integrante e essencial no processo de cuidados, e estes percebem a interação com os membros da família como importante. 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 (Cossette et al., 2016 as cited in Frade, Henriques & Frade, 2021).

Segundo Oliveira et al. (2011), o processo de cuidar é condicionado pelas atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família. A evidência científica revela que a atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes (Benzein et al., 2008a).

Neste contexto, foi desenvolvido o estudo “Atitudes dos enfermeiros, face à importância da família no processo de cuidar”, com o propósito de avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família como parte integrante no processo de cuidados.

Pretende-se contribuir para a evolução da intervenção da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde dos indivíduos e das famílias, e contribuir para o fomento científico da Enfermagem.

Para o cumprimento dos objetivos, foi elaborado um estudo quantitativo, descritivo, transversal, correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 30 enfermeiros a exercerem funções nos CSP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral (Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) Norte, UCSP Atlântica, Unidade de Saúde Familiar (USF) Stephens, USF Vitrius e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Marinha Grande) e 20 enfermeiros a exercer funções em Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD). O instrumento de recolha de dados, aplicado em dezembro 2022, inclui

um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e a escala *“Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros”* (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009; 2011).

O relatório apresentado pretende dar a conhecer as diferentes fases percorridas no âmbito dos ensinamentos clínicos e enquadra-se na unidade curricular: Relatório Final de Estágio com vista à obtenção do grau de Mestre. Está estruturado em quatro capítulos:

No primeiro serão descritos os contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, nomeadamente a composição e estrutura do serviço nacional de saúde; a caracterização, organização, dinâmica e funcionamento da UCSP Norte, polo Monte Real/Carvide e caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

No segundo capítulo será apresentada a fundamentação teórica de base para o presente estudo: família, enfermagem de saúde familiar, enfermeiro de família e atitudes dos enfermeiros face à família.

O terceiro capítulo reflete a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018) preconizadas pela OE, realizados em contexto clínico.

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

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

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

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

A Enfermagem, constitui-se hoje, como profissão e disciplina científica, autónoma, com um campo de atuação e investigação próprios, reconhecidos pela sua integração nos 2º e 3º ciclos de estudos (OE, 2021).

A mudança de paradigma do ensino superior, assenta no desenvolvimento de competências genéricas e específicas, contribuindo para uma maior aproximação entre os processos formativos, o alargamento das áreas de intervenção em Enfermagem e o aumento da exigência e complexidade da prestação de cuidados e encontra-se espelhada no Decreto-Lei, (DL) 74/2006 de 24 de março.

Os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados de Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, devem ser considerados como elemento central na transição para Enfermeiro Especialista, e visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem Especializada (OE, 2021).

Por conseguinte e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, os diferentes estágios decorreram na UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), no polo Monte Real/ Carvide, com o objetivo de adquirir competências na área de especialização em enfermagem de saúde familiar. Decorreram em três módulos (I, II e III), nos períodos entre os dias 13.05.2022 a 24.06.2022, com a duração de 108 horas; de 27.06.2022 a 29.07.2022, com duração de 94,5 horas e de 06.09.2022 a 31.01.2023, com duração de 297,5 horas de trabalho em contexto clínico, e 200 horas de relatório, em orientação tutorial, num total de 810 horas. O estágio III teve por objetivo articular e desenvolver conhecimentos teóricos e experiências profissionais, bem como, servir de enquadramento à realização de um trabalho de investigação, no sentido de conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados de enfermagem, 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.

Para uma melhor contextualização da prática clínica de enfermagem de saúde será apresentada uma breve descrição da estrutura do SNS do ACES Pinhal Litoral, mais especificamente do local de estágio UCSP Norte, polo Monte Real/Carvide dando a conhecer a sua organização, dinâmica e funcionamento e ainda a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.

## 1.1 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos reserva que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

O direito à proteção da saúde está consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa e é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, tendencialmente gratuito, independentemente das condições económicas e sociais dos cidadãos.

O Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979, pelo Decreto-Lei n.º 56/79, é constituído pelas instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como propósito garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Incumbe, portanto, ao Estado, garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde; garantir uma eficiente cobertura em todo o território português de recursos humanos e unidades de saúde; articular o SNS com as formas particulares e empresariais de saúde, assegurando dessa forma, elevados padrões de eficiência e qualidade, tanto nas instituições públicas como privadas.

O Sistema de Saúde Português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); Subsistemas de Saúde Públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde (Sousa, 2009).

Com a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em 2005, iniciou-se a constituição de Unidades de Saúde Familiar, dos ACES com a desativação das Sub-Regiões de Saúde. Surge um novo modelo de gestão e criada a governação clínica.

O SNS está organizado em cinco regiões de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), com a administração dos respetivos conselhos de administração regionais (ARS).

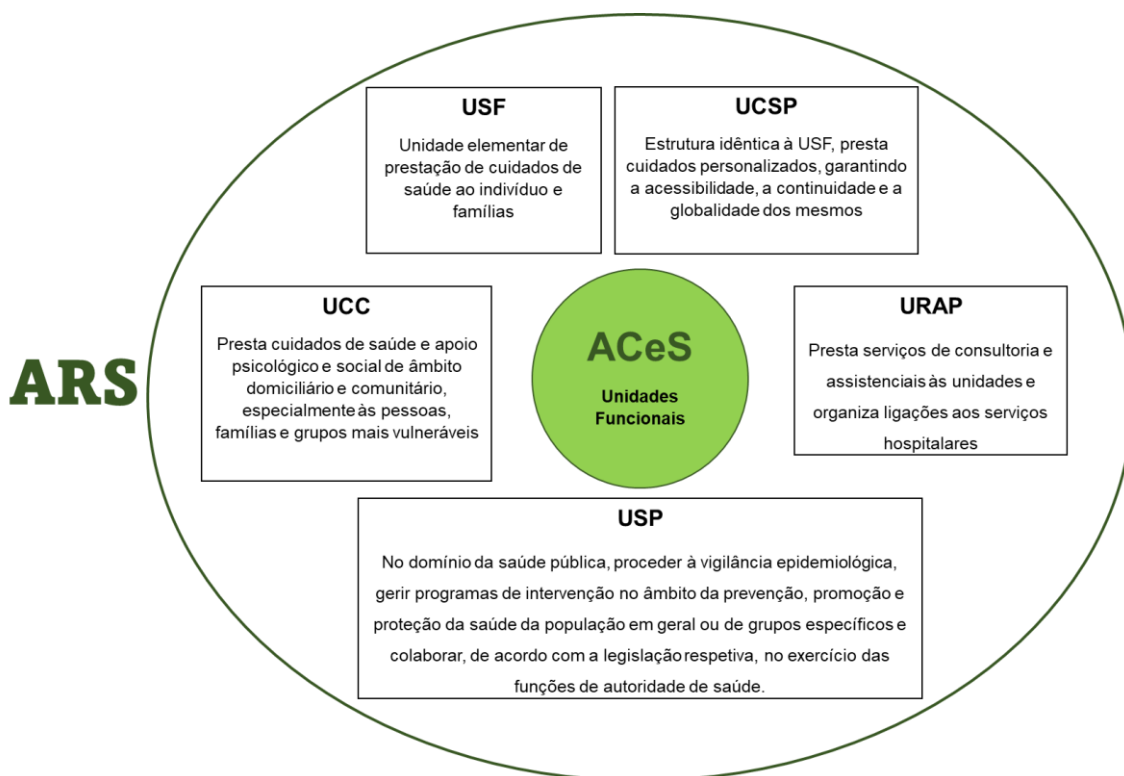
As ARS passam então, a dispor de serviços desconcentrados designados ACES, nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS.

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.

As várias unidades funcionais dos ACES são constituídas por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES e são designadas de: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Pública (USP).

Possuem denominações, estrutura e funções diferentes (Figura 1):



**Figura 1 – Unidades Funcionais dos ACES, baseado na** Fonte: Diário da República DL n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

- 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.

No atual enquadramento dos CSP, as Unidades de Saúde Familiar têm vindo a demonstrar ser, um contexto evidenciador do papel do Enfermeiro de Família e integram um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, surgindo assim, como contexto ideal para orientar o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Araújo, 2014). Consideram-se como princípios dos CSP: a proximidade, a acessibilidade e o acompanhamento do indivíduo ao longo do ciclo de vida, inserido na família, aos diferentes níveis de prevenção.

O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 4º, nº1, descreve a enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015).

Já o Decreto-Lei (DL) n.º 298/2007 de 22 de agosto, consagra a prática do enfermeiro de família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

Surge a definição de enfermeiro de família no DL 118/2014, de 5 de agosto, 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).

Distingue-se, desta forma, o papel do Enfermeiro de Família, que desenvolve a sua atividade integrada numa equipa multidisciplinar e atua num contexto de contiguidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica. O Enfermeiro de Família assume um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família reconhecendo a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

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.

A especialidade da Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio resultante da agregação dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar e de teorias de ciências sociais da família, que conduz à mudança de paradigma do indivíduo para a família, tem evoluído nas últimas décadas, constituindo uma área de intervenção e investigação recente (Jordão, 2019).

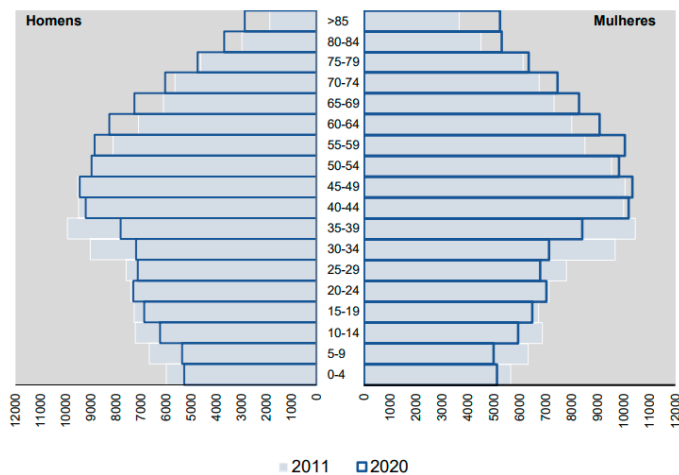
## **1.2 CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL ONDE SE INSERE A UCSP NORTE E POLO MONTE REAL/CARVIDE**

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Norte (Arnaldo Sampaio), integra o ACES Pinhal Litoral e a ARS do Centro. O ACES PL situa-se no distrito de Leiria, abrange a área geográfica de cinco concelhos (Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós), ocupa uma área territorial de aproximadamente 1743,7 Km<sup>2</sup>, cerca de 8,7% da área da Região Centro (ACES Pinhal Litoral, 2018) e com uma população residente de 260.975 indivíduos, segundo os censos definitivos de 2011, que corresponde a cerca de 11,2% do total de residentes da zona centro.

De acordo com os resultados preliminares dos censos de 2021, no ACES PL houve um decréscimo ligeiro da população residente (menos 3360 habitantes), embora tenha aumentado nos concelhos de Leiria e Marinha Grande.

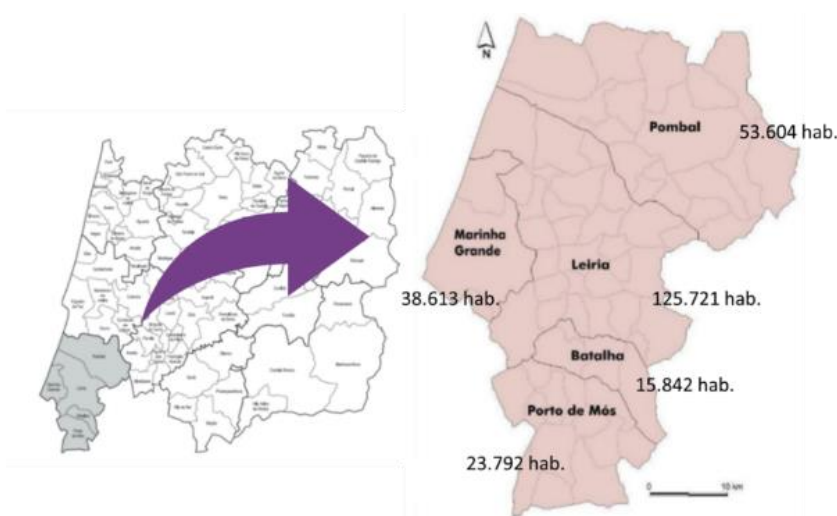
A pirâmide etária da população residente, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), na área de abrangência do ACES PL, demonstra um estreitamento da base e um alargamento

do centro e do topo, refletindo o envelhecimento da população (Figura 2). A diminuição da população é mais elevada nos grupos etários mais jovens, especialmente nas faixas dos 0-4 e 5- 9 anos.



**Figura 2 - Pirâmide etária: população residente, ACES PL, Estimativas da população residente entre 2011 e 2020, Fonte: INE**

Na figura 3, está representada a área geográfica do ACES Pinhal Litoral:

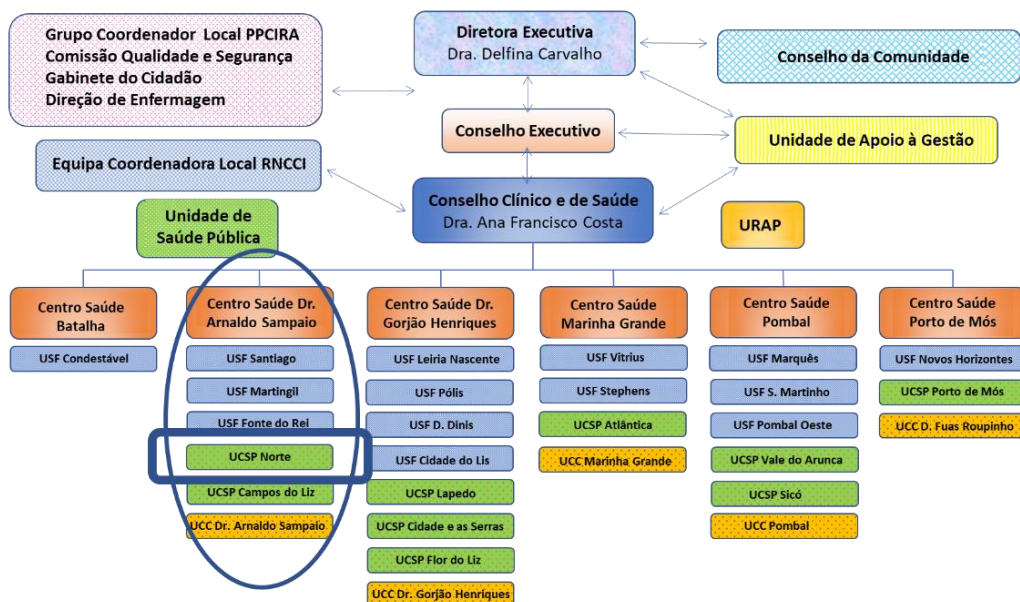


**Figura 3 – Área Geográfica de Influência do ACES PL, integrada na Região Centro, Fonte: Plano Local Saúde ACES Pinhal Litoral, 2018**

As Unidades que constituem o ACES Pinhal Litoral são: Centro de Saúde Batalha, Centro de Saúde Arnaldo Sampaio, Centro de Saúde Gorjão Henriques, Centro de Saúde Marinha Grande, Centro de Saúde Pombal e Centro de Saúde Porto de Mós e respetivas Extensões de Saúde (ACES Pinhal Litoral, 2018).

A UCSP Norte integra o Centro de Saúde Arnaldo Sampaio que, por sua vez, engloba também, a USF Santiago, USF Fonte do Rei, USF Martingil, UCSP Campos do Lis e a UCC Arnaldo Sampaio. É possível verificar na figura 4, o organograma do ACES PL.

**Organograma Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral**



**Figura 4 – Organograma ACES Pinhal Litoral**, baseado na Fonte: Plano Local Saúde ACES Pinhal Litoral, 2018

**1.2.1 Caracterização da UCSP Norte**

A UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), integra assim o ACES Pinhal Litoral e a ARS do Centro, tendo iniciado atividade a 11/01/2016. Tratando-se de uma UCSP, de acordo com o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, em Diário da República Série I de 22 de fevereiro de 2008, tem estrutura idêntica à prevista para as USF e presta cuidados de saúde personalizados ao indivíduo ou familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

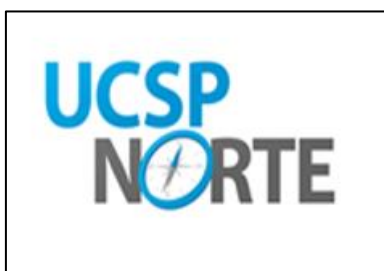
Quanto à área de influência, engloba as freguesias: união de freguesias de Monte Real e Carvide, união de freguesias de Monte Redondo e Carreira, Bajouca e Coimbrão.

Tem sede em Monte Redondo e reúne três polos: Monte Real/ Carvide; Coimbrão e Bajouca (Figura 5).



**Figura 5 – Fotografias: Sede de Monte Redondo e Polos Monte Real / Carvide, Bajouca e Coimbrão**

Na Figura 6, está representado o logotipo da UCSP Norte:



**Figura 6 – Logotipo UCSP Norte**, Fonte: UCSP Norte

Segundo dados o BI-CSP com fonte do Registo Nacional de Utentes (RNU) referente a abril de 2022, a Unidade UCSP Norte conta com, 13.679 utentes inscritos.

**Tabela 1 - Distribuição de Utentes Inscritos UCSP Norte por Grupo Etário**

Grupo Etário	Métrica	N° Utentes Inscritos		
	Sexo	Homem	Mulher	Total
≥ 0 e < 7 Anos		325	296	621
≥ 7 e < 65 Anos		4.648	4.658	9.306
≥ 65 e < 74 Anos		939	958	1.897
≥ 75 Anos		790	1.065	1.855
<b>Total</b>		<b>6.702</b>	<b>6.977</b>	<b>13.679</b>

Fonte: BI-CSP

Dos utentes inscritos, 9.317 têm médico de família atribuído, 4.332 sem médico e 30 sem médico por opção. Do total dos 4.332 utentes sem médico, apenas 365 estão efetivamente nesta situação, uma vez que, 3967 mantêm assistência pelos médicos sem ficheiro atribuído. Este facto acontece, pois, ainda decorrem procedimentos concursais, para o quadro do ACES na especialidade de medicina geral e familiar. Desta forma, conclui-se que apenas 2,89% dos utentes inscritos, não têm atribuído médico de família.

O Índice de Dependência Total (IDT) estabelece a relação entre a população jovem e idosa, "população dependente e a população em idade ativa", e situa-se na UCSP Norte em 60,63%. O valor do índice de dependência em relação aos idosos (≥65 anos), que representa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, situa-se nos 44,06% e dos jovens (< 15 anos), que representa a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, é de 16,57%.

A UCSP Norte ocupa o 5º lugar das Unidades do ACES PL no que diz respeito ao IDT (Figura 7), revelando a existência de uma dependência significativa de jovens e/ou idosos relativamente à população em idade ativa.

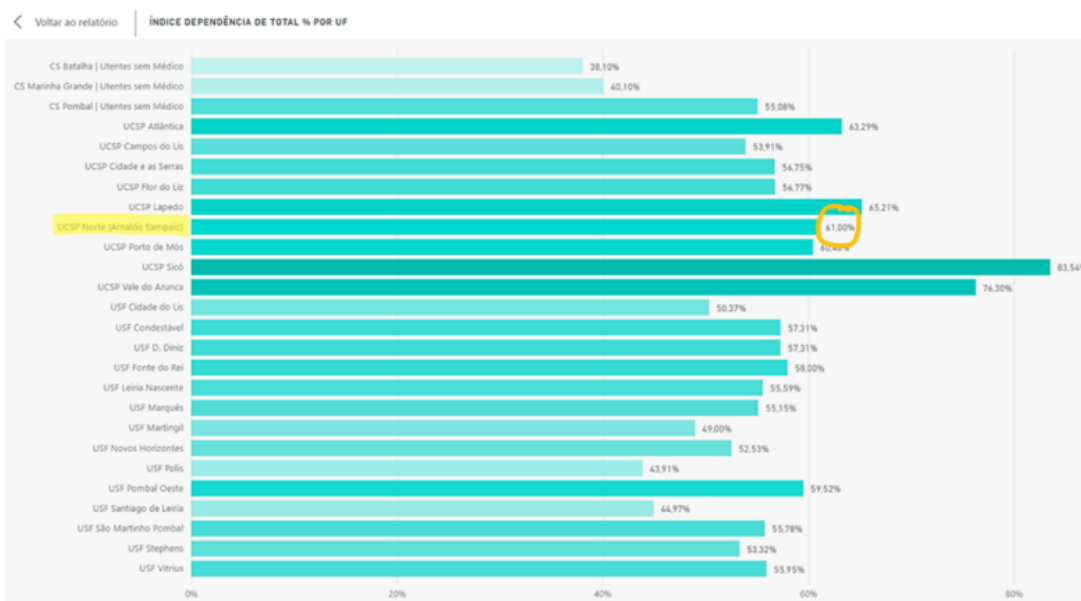


Figura 7 - Índice de Dependência Total da UCSP Norte, Fonte: BI-CSP

A tendência do IDT a nível nacional é de aumento progressivo, passando de 53,2% em 2015 para 55,3% em 2019, e os dados preliminares de 2021 indicam 57,1% (Tabela 2)).

Tabela 2 – Indicadores de Envelhecimento, estimativas anuais da população residente (2015,2019 e 2021),

Anos	Rácio - %			Proporção - %		Rácio
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade	Índice de sustentabilidade potencial
2015	143,9	53,2	21,8	31,4	49,0	3,2
2019	161,3	55,3	21,2	34,2	48,5	2,9
2021	Pre 182,7	Pre 57,1	Pre 20,2	Pre 36,9	Pre 48,8	Pre 2,7

Fonte: INE e PORDATA

### Missão, Visão e Valores

A UCSP Norte tem como missão assegurar os cuidados de saúde primários com segurança, eficiência, humanização e qualidade à população.

Visa a prestação de cuidados de saúde adequados às características da população, promovendo a proximidade ao utente e às famílias, baseados no trabalho em equipa.

Apresenta como valores a acessibilidade e adequação da oferta de serviços; o respeito pelo utente e pelos diversos profissionais da equipa; a qualidade em todas as vertentes do atendimento administrativo, médico e de enfermagem; e ainda, trabalho de equipa e entreajuda.

### Horário de funcionamento

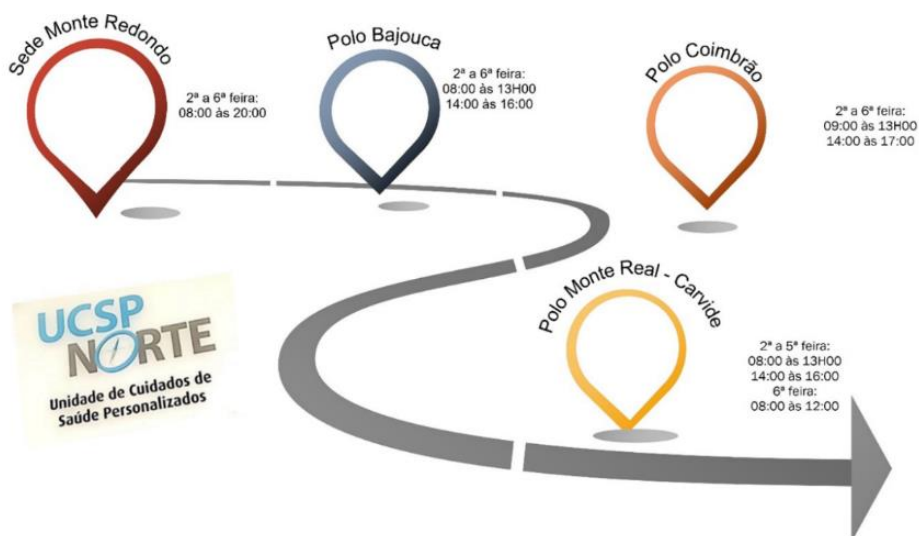


Figura 8 – Horário UCSP Norte, Fonte: BI-CSP

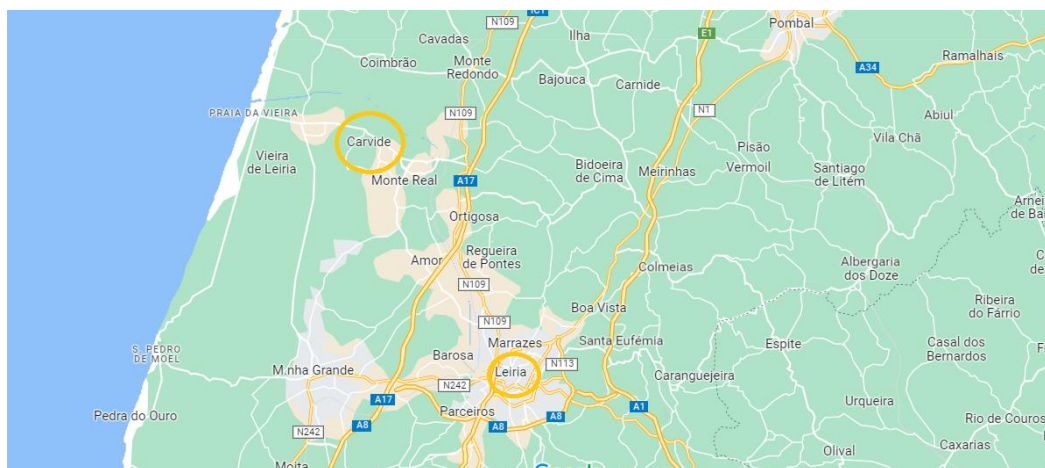
### Recursos humanos

A UCSP Norte é constituída por uma equipa de 9 médicos, todos com especialidade em Medicina Geral e Familiar, embora só 6 integrados no ACES por concurso, restando 3 que na prática mantém a assistência por ficheiro, embora não atribuído; 9 enfermeiras, 2 com especialidade em Enfermagem Comunitária; 7 secretárias clínicas, com recurso temporário ao trabalho administrativo de elementos do Instituto de Emprego e Formação Profissional, ao abrigo dos CEI (contrato de emprego-inserção).

A Coordenação da UCSP Norte é da responsabilidade da Dra. Marta Fraga desde agosto de 2022. O Conselho Técnico esteve sem representação médica até outubro de 2022, sendo constituído pela Enfermeira Alexandra Remígio, pela assistente técnica Ana Paula Pereira, e pela Dra. Cristina Guimarães, elementos do polo Monte Real/Carvide.

#### 1.2.2 Caracterização Da UCSP Norte - Polo Monte Real/Carvide

Os diferentes estágios decorreram na UCSP Norte – Polo Monte Real/ Carvide. Localiza-se em Carvide, na rua da Telheira, s/n, 2425-098 Monte Real, funciona das 8 às 13 horas e das 14 às 16 horas de segunda a quinta-feira; e às sextas-feiras das 8 às 12 horas. Banhada pelo rio Lis, Carvide ocupa uma área de cerca de 12,5 Km<sup>2</sup> a Oeste do Concelho de Leiria, com bons acessos, distando 20 Km do Hospital de Referência, Leiria (Figura 9).



**Figura 9 – Localização Geográfica de Carvide**, Fonte: <https://www.google.com/maps/@39.8361819,-8.7716811,11z>

### **Espaço físico**

As instalações do polo Monte Real/Carvide (Figura 10) são recentes, inaugurada em abril 2018, apresenta espaços amplos e com luz natural. Trata-se de um edifício térreo, característica que garante a acessibilidade a utentes com mobilidade reduzida.



**Figura 10 – Fotografia da UCSP Norte, polo Monte Real/ Carvide**

Na entrada situa-se uma sala de espera com ambiente acolhedor, com assentos em número suficiente e instalações sanitárias adaptadas a portadores de deficiência. A secretaria está separada da sala de espera por uma vidraça, o que permite uma visão total do espaço.

A entrada dos utentes, tanto para as consultas de enfermagem e/ou médicas faz-se da sala de espera para um corredor, estando separados por uma porta, evitando entradas inusitadas e interrupções no trabalho da equipa de saúde. As salas estão munidas de altifalantes para a chamada dos utentes em espera.

O corredor dá acesso à secretaria, a três gabinetes de enfermagem, a um gabinete de apoio à consulta infantojuvenil, a três gabinetes médicos, e a uma sala, ainda não totalmente

equipada para a vigilância do pé diabético, sendo que os utentes saem do edifício, após os cuidados prestados por uma porta localizada no final deste corredor até ao exterior (medida que vigora desde a implementação do plano contingência Covid-19).

Este corredor dá acesso também a uma zona restrita para profissionais. Esta zona reservada contempla vestiário, instalações sanitárias, arrumos, acondicionamento de resíduos e uma copa para refeições, devidamente apetrechada. Existe também uma porta que permite a entrada e saída dos profissionais, sem que estes tenham de circular pela entrada principal.

Não existe lavandaria, nem sala de esterilização, sendo efetuados estes serviços semanalmente no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

A Unidade possui excelentes condições de espaço, luminosidade, térmicas e acústica.

### **Equipamentos e recursos**

Todos os gabinetes de enfermagem e médicos possuem mobiliário funcional (secretária, cadeiras, marquesas com elevação hidráulica/ ginecológicas, armários), equipamentos informáticos munidos de software (computador, impressoras), climatização com ar condicionado e material clínico adequado (uso único ou reutilizável) de acordo com a especificidade de cada consulta. Aguardam, no entanto, pelo micromotor para vigilância do pé da pessoa com diabetes.

Tem-se assistido ao desenvolvimento das aplicações informáticas que permitem a documentação da prática de enfermagem, por forma a dar visibilidade aos cuidados prestados, ainda que de forma incipiente. São operacionalizados na Unidade o *SClínico*; *Gestcare* e *SiiMA Rastreios*.

Os registos eletrónicos e o sistema de informação contemplam a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Em todos os gabinetes, existem acrílicos nas secretárias para proteção dos profissionais e utentes, medida mantida desde o início da pandemia Covid-19.

Têm implementada a reciclagem e tratamento de resíduos hospitalares. Possuem contentores para grupo I e II (equiparados a urbanos); grupo III (contaminados); e grupo IV (contentor de corto perfurantes, existentes nas salas de enfermagem e saúde infantojuvenil (SIJ). O tratamento dos resíduos hospitalares está a cargo da empresa SUCH (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais), que faz a sua recolha semanalmente.

Existe um frigorífico para o acondicionamento das vacinas na sala de apoio à consulta de SIJ, mas não existe gerador elétrico.

A Unidade está munida de carro de emergência para suporte imediato de Vida, com 1 desfibrilhador automático externo (DAE).

### **Recursos humanos**

Na Unidade prestam serviço, três enfermeiras, sendo a enfermeira orientadora especialista em Enfermagem Comunitária; três médicos, com especialidade em Medicina Geral e Familiar; duas secretárias clínicas, existindo três ficheiros de utentes (um de Monte Real e dois de Carvide). Na ausência de algum elemento é garantida a prestação dos cuidados pela restante equipa.

O atendimento das situações de doença aguda terá uma resposta no próprio dia, dentro do horário da unidade, em consulta aberta ou em caso de utentes sem médico, enviados à consulta aberta na sede em Monte Redondo, prevista no horário das 17h às 20h, de segunda a sexta-feira. Para dar cumprimento a esta necessidade, todos os elementos das unidades da UCSP Norte, participam nas escalas de intersubstituição na sede.

As reuniões de serviço são setoriais. As de enfermagem não têm agendamento periódico, ocorrem na sede, quando convocadas. Os objetivos das reuniões, segundo a enfermeira orientadora, elemento do Conselho Técnico, são a elaboração documentos estruturantes, discussão de protocolos e planeamento e execução de um plano de formação em serviço.

A higienização da Unidade é prestada por serviços contratualizados externamente e fora do horário de funcionamento.

### **Acessibilidade e circuito de utentes**

A rede de Cuidados de Saúde Primários constitui o primeiro nível de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e representa o pilar central do Sistema de Saúde Português.

O acesso aos cuidados de saúde, no seu conceito mais básico, depende da sua oferta ou disponibilidade, mas não bastará ao Estado promover o acesso a cuidados de saúde, é necessário que este seja garantido em tempo útil, por forma a que os cuidados de saúde possam cumprir o seu propósito, com qualidade e em segurança. No entanto, o acesso efetivo, depende de eventuais barreiras à utilização apropriada de cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais.

A UCSP Norte – Polo Monte Real/Carvide, localizada na aldeia de Carvide em termos de condições de acesso da população, para utilização com segurança e autonomia, possui características facilitadoras, por se tratar de um edifício térreo, sem barreiras arquitetónicas, para utentes com mobilidade reduzida ou em cadeira de rodas. Também as instalações sanitárias estão adaptadas e o espaço interior é amplo.

A consulta de Enfermagem ao Domicílio constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos CSP. A população inscrita na Unidade tem acesso a esta carteira de serviços, de acordo com critérios de inclusão definidos.

A Unidade está servida por uma rede de transportes públicos, embora com limitação de horários. A população mais idosa recorre a transportes próprios, táxi, ou, à rede de suporte social familiar ou amigos.

O circuito do utente corresponde ao processo, desde o comportamento de procura até à efetivação dos cuidados. Preferencialmente, o utente deverá fazer um agendamento prévio, por telefone ou pessoalmente na unidade, sendo informado da data e hora de atendimento. O utente deverá chegar 30 minutos antes da hora marcada, efetivar o seu contato na secretaria e aguardar na sala de espera. Posteriormente, é chamado pelo seu nome através de um sistema de som.

O agendamento de seguimento programado, pode ser efetuado por qualquer profissional da unidade.

Estão afixadas informações sobre horários (funcionamento da unidade, consultas programadas e abertas), atendimento telefónico e regras de renovação de prescrição.

Não existe qualquer fluxograma sobre o circuito do utente, nem no que respeita à equipa (consultas médicas, consultas de enfermagem ou assistência técnica), às atividades desenvolvidas e orientações de como utilizar racionalmente a unidade de saúde.

Cada profissional tem horário predefinido de acordo com o planeamento de cuidados no seu ficheiro e com a realização de consultas programadas (Saúde Infantojuvenil, Planeamento familiar, Saúde Materna, Diabetes, Hipertensão Arterial). Este tipo de consulta é destinado à vigilância, promoção da saúde e prevenção de doença nas diferentes fases do ciclo vital. 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. Têm periodicidades específicas para cada programa de saúde a desenvolver e cuidados a prestar, tendo em conta as normas de orientação clínica da Direção Geral de Saúde.

Na eventualidade de falta não programada do profissional, as consultas são reagendadas, ou efetivadas por outro profissional, em intersubstituição. Também nesta modalidade, no período de férias, a equipa garante resposta.

No caso de doença aguda (súbita ou crónica agudizada) durante a semana, existe a consulta aberta, com resposta no próprio dia pelo médico de família, ou, em caso de não haver vaga,

na sede em Monte Redondo das 17H às 20h, sempre sujeita a marcação junto do secretariado clínico.

Quando a capacidade instalada para observação no próprio dia é ultrapassada, o utente será encaminhado para serviços de urgência da área de referência, Centro Hospitalar de Leiria.

Aos fins-de-semana e feriados, a consulta aberta funciona das 9h às 13h, no CS Arnaldo Sampaio.

A equipa de enfermagem apoia e orienta estudantes de enfermagem da licenciatura e mestrado em protocolo com o Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

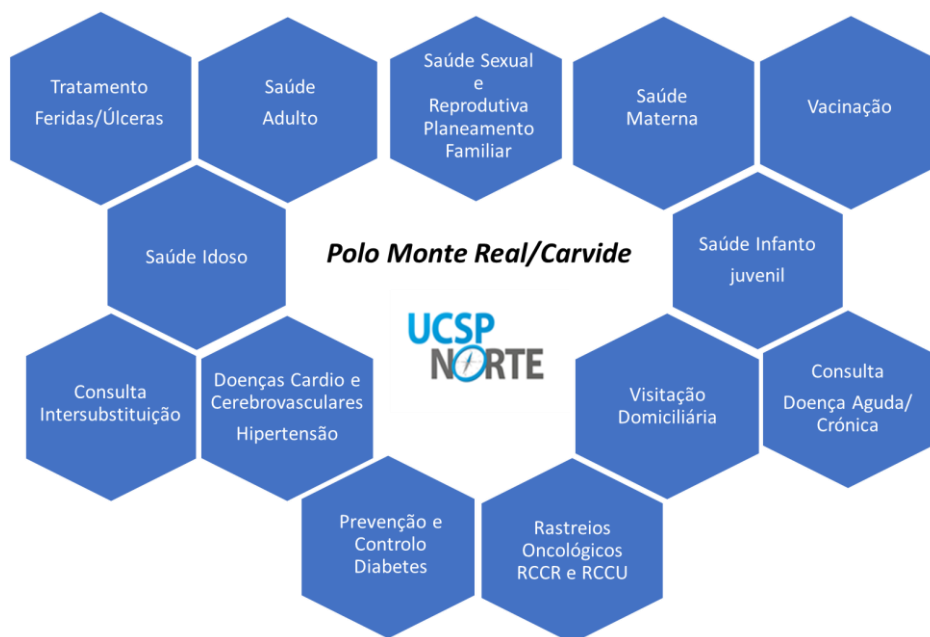
### **Carteira de serviços**

A UCSP mantém o compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, que é aplicável a todas as USF do SNS. Não tem contratualizada carteira adicional de serviços, no seu plano de ação.

A portaria n.º 1368/2007, de 18 outubro, no Anexo I, no que diz respeito ao núcleo base de serviços clínicos, expressa o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem:

- 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.

Podemos constatar na figura 11, os Programas de Saúde incluídos na carteira básica de serviços da Unidade:



**Figura 11 – Programas de Saúde da Carteira Básica de Serviços da UCSP Norte Polo Monte Real/Carvide**

Através do Índice de Desempenho Global (IDG), descrito no BI-CSP, as Unidades Funcionais dos CSP são caracterizadas e monitorizadas, com vista a uma melhoria contínua e desenvolvimento sustentado.

O processo de contratualização de cuidados do ano de 2021, relativamente à UCSP Norte, onde se insere o polo Monte Real/Carvide, foi executado ainda num contexto de elevada complexidade e incerteza, associado à diminuição dos contatos presenciais decorrente dos efeitos da situação de Pandemia COVID-19 existente. Em dezembro de 2021, UCSP Norte apresentava um IDG de 21,3 % (Tabela 3).

**Tabela 3 – Índice Desempenho Global UCSP Norte dezembro 2021**

Nome Unidade	Visão Indicadores	Calculo IDG Unidade ?	Nº Indicadores	Nº Dimensões	Valor IDG
UCSP Norte (Análisis Sampaio)	?	N S	109	22	21,30

Fonte: BI-CSP

**Tabela 4 – Índice Desempenho Global UCSP Norte abril 2022**

Nome Unidade	Visão Indicadores	Calculo IDG Unidade ?	Nº Indicadores	Nº Dimensões	Valor IDG
UCSP Norte (Análisis Sampaio)	?	N S	111	22	34,40

Fonte: BI-CSP

Atualmente estão contratualizados 109 indicadores, porém para o cálculo do IDG estão contemplados 78, sendo que o IDG relativo a abril de 2022 é de 34,4% (Tabela 4), superior a dezembro, fortemente interligado com a retoma progressiva da atividade assistencial presencial.

### Consulta de enfermagem

O Decreto-Lei 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a

responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade».

Desta forma, o desenvolvimento da intervenção dos enfermeiros de família integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde, enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, exige.

Segundo o REPE, artigo 9º, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo, com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem; e interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE, 2015).

O tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho, permitirá que os enfermeiros de família, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija.

Na Unidade, a metodologia de trabalho é por enfermeiro de família, ficando o profissional responsável pelos cuidados de saúde globais aos utentes/famílias do seu ficheiro clínico, em todas as fases de vida, e que coincide com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence. Quando necessário e em intersubstituição, presta cuidados a utentes/famílias de outros ficheiros, mantendo o compromisso assistencial, de acessibilidade e qualidade à população inscrita.

A gestão do tempo para consulta é da responsabilidade do enfermeiro, que o ajusta de acordo com a sua avaliação.

Na Unidade, a prestação de cuidados de enfermagem é maioritariamente individualizada, centrada no utente, sendo a família incluída na intervenção como contexto e não como um todo. Esta abordagem, insere-se no nível I da prática de enfermagem de cuidados à família (Friedman, Bowden e Jones, 2003). No entanto, observa-se nomeadamente na prática da enfermeira orientadora, o nível II (o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família) e nível III (o foco são os subsistemas familiares - trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoio), com mais evidência na consulta de S.I, em que o foco é a mãe e/ou pai e/ou subsistema parental como parte integrante dos cuidados.

## **Consulta de enfermagem no domicílio**

Com o envelhecimento da população, é expectável um aumento das doenças crónicas e de doentes com várias comorbilidades, verificável no alto valor do Índice de Dependência que a população inscrita na UCSP Norte apresenta. Importa por isso criar respostas reforçando os cuidados domiciliários.

Por outro lado, o avanço da ciência permite tratamentos e reabilitação passíveis de se efetuarem no domicílio, como por exemplo, nos doentes do foro oncológico. Assiste-se a altas hospitalares precoces, com a manutenção dos doentes no seio familiar.

Desta forma e como referido anteriormente, a consulta de Enfermagem no Domicílio constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos CSP.

A visita de enfermagem domiciliária (VD), não só pelo aumento do número de utentes, mas pela complexidade dos cuidados, exige aos enfermeiros, mais conhecimentos, capacidades e recursos específicos. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Familiar, possuem competências que permitem um conhecimento mais profundo e a capacitação do sistema familiar. As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Sob outra perspetiva, a VD, por permitir um contato mais próximo da envolvência familiar, proporciona o estabelecimento da relação terapêutica, o que viabiliza a compreensão aprofundada da família na sua componente estrutural, desenvolvimental e funcional com a elaboração de diagnósticos de enfermagem.

Na unidade, estão definidos critérios de marcação e de prioridade, que se relacionam com o grau de dependência e a impossibilidade de deslocação do utente inscrito. A marcação é da responsabilidade do enfermeiro de família que gere a periodicidade e o tempo despendido para cada visita, de acordo com as necessidades identificadas. São sempre consultas programadas, no próprio dia, se justificado, ou em dias subsequentes.

A visita domiciliária poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador, presencialmente ou por telefone, ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde da UCSP.

Maioritariamente, na unidade as VD são para tratamentos e vacinação. Ocasionalmente, com carácter preventivo, são planeadas quando ocorre sinalização por parte de familiares ou outros elementos próximos do utente/família, segundo a enfermeira orientadora. Assume a sua importância, mas dada a escassez de recursos, não é possível implementar em maior escala

no âmbito preventivo. Também em articulação com o médico de família e outros profissionais de saúde, a VD assume relevância no encaminhamento para outros profissionais e/ou instituições (hospital, rede nacional de cuidados continuados - RNCCI, equipa de cuidados continuados integrados, lares, psicologia, assistente social...).

Estão excluídos os utentes não inscritos; residentes fora da área geográfica abrangente; utentes de lares, casas de repouso ou IPSS; situações de urgência ou emergência. Excetuam-se os utentes que apesar de não inscritos passem a coabitar com familiares inscritos.

### **Urgências/Emergências e acidentes**

O 112 é o Número Europeu de Emergência, que os cidadãos podem contactar a qualquer hora do dia e em qualquer ponto do país. Dispõem igualmente da linha da saúde 24 (808 24 24 24).

Naturalmente que à unidade podem chegar situações de urgência/emergência, ou ocorrerem dentro das instalações, tendo a equipa a responsabilidade e dever de atuação rápida e eficaz. Se tal acontecer, devem ser imediatamente encaminhadas para a equipa médico/enfermeiro disponíveis. Existe carro de emergência equipado com todo o material necessário.

Nas situações clínicas urgentes e emergentes, o utente deve dirigir-se ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria.

### **Atendimento telefónico enfermagem**

Todas as chamadas telefónicas são atendidas no secretariado clínico que fará a sua correta distribuição. O método utilizado pela enfermeira orientadora, pressupõe que se estiver em atendimento, para não haver interrupções, que considera altamente prejudiciais e pouco éticas, ficará a secretária clínica incumbida de lhe fornecer o número telefónico no final do atendimento que está a decorrer. Este contato será efetuado assim que possível.

No caso de indisponibilidade/ausência da enfermeira de família, o pedido de contato será encaminhado para o enfermeiro em intersubstituição.

Os utentes podem contactar a unidade durante todo o horário de funcionamento, pelos números 244612207 / 244612841, e/ou em alguns casos, os profissionais fornecem o seu e-mail institucional para facilitar a comunicação, fortemente utilizado no contexto de pandemia.

---

### **1.2.3 Caracterização dos Utesntes do Ficheiro do Enfermeiro de Família**

Para além dos dados do BI-CSP e SClínico®, a colheita de dados relativos aos indicadores e relatórios de gestão foi efetuada através do sistema MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) pela enfermeira orientadora (ANEXO I), o que

permitiu complementar a informação e cuja atualização de dados é feita mensalmente, e com autorização de utilização e publicação de dados pela coordenadora da UCSP Norte (ANEXO II).

Assim referente a abril de 2022, a Unidade Polo Monte Real/Carvide, onde realizou os estágios, apresenta no total, 4.730 utentes inscritos com médico de família. No entanto, não é possível contabilizar utentes inscritos sem médico, exclusivamente do polo Monte Real/Carvide, pois estão agrupados com os das restantes unidades da UCSP Norte, tal como referenciado no capítulo 1 (1.2.1)

Na tabela 5, pode-se apurar que, o ficheiro de família corresponde ao ficheiro de Monte Real e engloba 1615 utentes, 752 do sexo masculino e 863 do sexo feminino, distribuídos por 702 famílias, das quais 683 são frequentadoras e 19 não frequentadoras (últimos 5 anos).

**Tabela 5 - Nº Inscritos por Sexo e Grupo Etário e Nº de Famílias, Frequentadoras e Não frequentadoras, no ficheiro de família**

Frequentador Actual	S		Total	
	Frequentador			
Local	Nº de Famílias	Nº Utentes Família	Nº de Famílias	Nº Utentes Família
UCSP Norte (Arnaldo Sampaio)	702	1.615	702	1.615

Frequentador (Últ 5 Anos)	Nº de Famílias		Grupo Etário	Métrica Nº Utentes Inscritos	
	Não Frequentador	Frequentador		Sexo	Total
Local	Nº de Famílias	Nº de Famílias		Homem	Mulher
UCSP Norte (Arnaldo Sampaio)	19	683	>= 0 e < 7 Anos	30	38
			>= 7 e < 65 Anos	542	592
			>= 65 e < 74 Anos	99	107
			>= 75 Anos	81	126
			<b>Total</b>	<b>752</b>	<b>863</b>

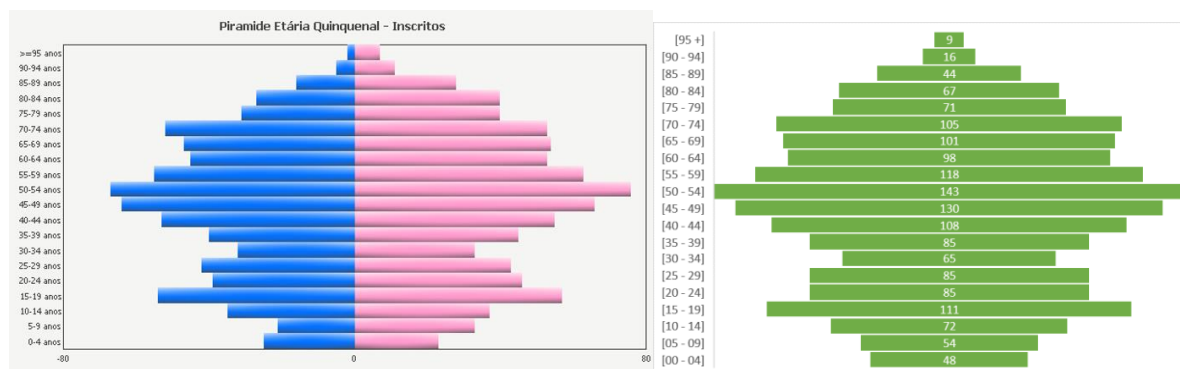
Fonte: MIM@UF

Podemos ainda concluir, que existe um número superior de Mulheres, são cerca de 53,4% dos utentes inscritos em relação aos Homens, que representam 46,6%.

Constata-se que o número de famílias atribuído, é sobejamente superior ao estabelecido no Decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto, que preconiza que a cada enfermeiro devem ser atribuídos os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias, por determinada área geográfica. Este número excessivo de famílias atribuídas, comprometerá a resposta atempada, personalizada e integrada às reais necessidades em cuidados de saúde, não garantindo assim, as dotações adequadas nos serviços e a segurança de cuidados às famílias.

Nas pirâmides etárias do Polo Monte Real/Carvide, representadas abaixo (Figura 12), é possível constatar que se trata de uma pirâmide idosa ou decrescente, com estreitamento da base e um alargamento do centro e topo. Evidencia uma população mais envelhecida, com predominância de indivíduos no topo da pirâmide, com reduzida taxa de natalidade, baixa

proporção de jovens e elevada esperança média de vida, sobreponível à pirâmide etária do ACES PL (Figura 2).



**Figura 12 – Pirâmides Etárias UCSP Norte – Polo Monte Real/ Carvide, Fonte: BI-CSP**

A população idosa (utentes com idade superior a 65 anos) tem uma percentagem de 25,1% correspondente a 413 utentes idosos, havendo, igualmente, um maior número de Mulheres, nestas faixas etárias, o que pode indicar que existe uma maior esperança média de vida no sexo feminino. A faixa etária dos 50 aos 54 anos é a que apresenta maior número de utentes, 143 que representa 8,9% dos utentes.

Podemos destacar que, apesar de observarmos uma pirâmide envelhecida, o número de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e 19 anos é de 285, correspondendo a 17,6% dos utentes, sendo que, a faixa dos 15 aos 19 anos reflete 6,9% desse valor.

De acordo com a tabela 6, a distribuição dos utentes, do ficheiro de família em relação ao programa de saúde, em consulta programada, destinado à vigilância, promoção da saúde e prevenção de doença nas diferentes fases do ciclo vital, revela que, o programa de Rastreios Oncológicos engloba 612 utentes, seguindo-se o da Hipertensão com 432, da Saúde Infantojuvenil (SIJ) com 297, Planeamento Familiar (PF) com 293, Diabetes com 163 utentes e a Saúde Materna (SM) com 6.

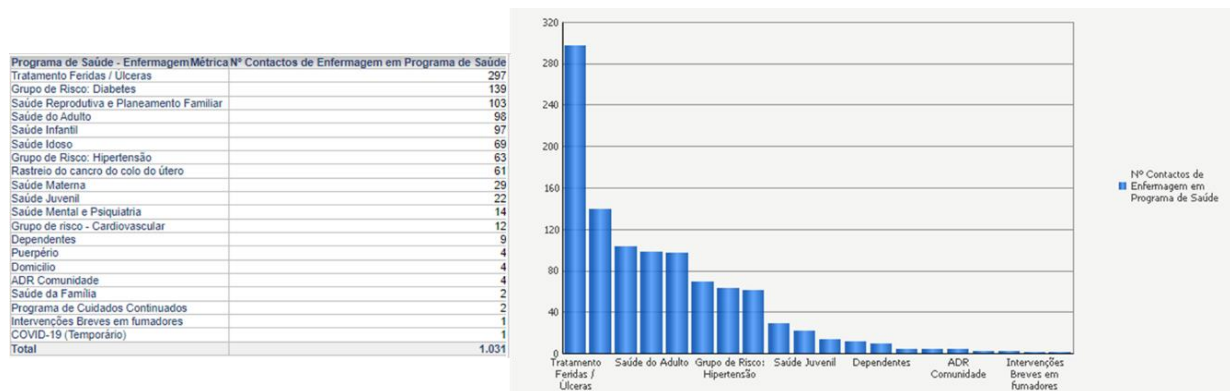
**Tabela 6 - Nº inscritos por Programa de Saúde (Vigiado/Não Vigiado) no ficheiro de família**

Programa de Saúde	Total	Vigiado	Não Vigiado
P.F	293	271 (92,5%)	22 (7,5%)
S.M	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)
S.I	297	281 (94,6%)	16 (5,4%)
Hipertensão	432	416 (96,3%)	16 (3,7%)
Diabetes	163	155 (95,1%)	8 (4,9%)
Rastreio Oncológico	612	596 (97,4%)	16 (2,6%)

Fonte: MIM@UF

Analisando ainda os valores referentes aos utentes vigiados e não vigiados por programa, na mesma tabela pode verificar-se que, todos os programas de saúde apresentam valores para utentes vigiados acima dos 92,5%, à exceção da SM, com um valor de 83,3% que se justifica, no entanto, pois a única utente no programa de SM não vigiada, é seguida no hospital de referência, por se tratar de uma gravidez de alto risco. Estes valores podem ser indicadores de uma boa assistência, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados aos utentes do ficheiro.

De acordo com a figura seguinte (Figura 13), que revela o número de contatos da Enfermeira de família nos diversos programas de saúde, durante o 1º semestre de 2022, verifica-se que os programas de Tratamentos de Feridas/Úlceras, Diabetes, Planeamento Familiar e Saúde do Adulto e Saúde Infantil, são os que dependem do maior número de contatos. Seguem-se os de Saúde do Idoso, Hipertensão e Rastreio do Cancro do Colo do Útero.



**Figura 13 – Nº de Contatos por Programas de Saúde do ficheiro de família - Fonte: MIM@UF**

Analisando os dados da figura 13 (1º semestre de 2022), e dados de abril, 2022 (Tabela 7), são visíveis scores baixos relativamente aos domicílios.

**Tabela 7 – Indicadores Relativos aos Domicílios de Enfermagem, UCSP Norte**

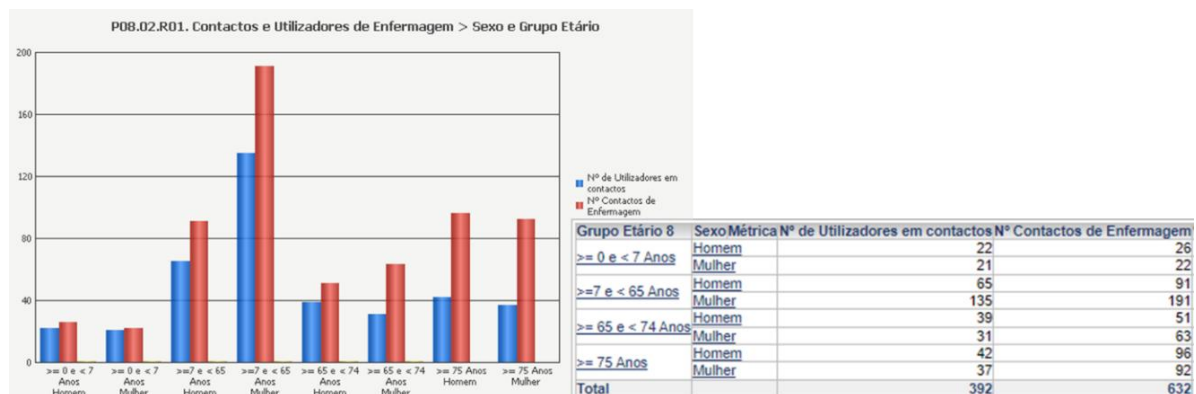
Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL		N	202204	10,00	50,00	100,00	100,00	2,27273	0,000
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202204	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00000	0,000
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202204	300,00	570,00	1500,00	1500,00	193,58449	0,000

Fonte: BI-CSP

A VD é uma das estratégias comunitárias que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital, e que possibilita ao enfermeiro de família ter uma perspetiva global da família e dos seus recursos, fundamentais para uma abordagem sistémica. Por outro lado, é um meio facilitador de acesso aos serviços de saúde, tendo como finalidade não apenas a recuperação da doença ou reabilitação, mas também a promoção da saúde e prevenção da doença.

Considera ser umas das áreas a desenvolver na Unidade pois ampliam a eficácia e efetividade das intervenções nas famílias.

Em relação ao 2º trimestre 2022, pode-se verificar que, o número de utilizadores e contatos é superior na faixa etária dos 7 aos 65 anos, e com prevalência das mulheres. Já nas restantes faixas, incluindo a dos 75 anos e mais, o número de contatos são sobreponíveis entre o sexo masculino e feminino (Figura 14).



**Figura 14 – Nº de Utilizadores/Contatos de Enfermagem/ Sexo/ Grupo Etário no ficheiro de família, Fonte: MIM@UF**

Com base no Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral (2018-2020), foi elaborada e discutida em Conselho da Comunidade do ACES PL uma lista que incorporou os vários problemas identificados pelos parceiros e caracterizados segundo critérios de Magnitude, Transcendência (social e económica) e Vulnerabilidade.

Resultou uma seleção de 5 problemas com maior pontuação e elaborada a Lista Final de Problemas de Saúde, ordenada por prioridade: Saúde Mental; Diabetes e Obesidade; Doenças do Aparelho Circulatório; Tumores Malignos e Acessibilidade.

A partir da Lista de Problemas de Saúde devidamente alinhada com a Estratégia de Saúde do Ministério da Saúde foram delineados os objetivos abaixo mencionados para orientar a ação das instituições ligadas ao ACES PL, mas também dos parceiros da comunidade:

- a) Identificar precocemente as situações de risco para a saúde;
- b) Melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde;
- c) Aumentar a literacia em Saúde;
- d) Promover hábitos de vida saudáveis;
- e) Reduzir a mortalidade prematura;
- f) Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças prioritizadas;
- g) Aumentar a esperança de vida saudável;
- h) Melhorar a satisfação dos utentes.

A Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (*Internacional Classification of Primary Care – ICPC*) permite a caracterização epidemiológica das populações. Assumida pela tutela, contribui para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Dos dados do 1º semestre recolhidos através do sistema MIM@UF, os problemas de saúde com maior número de registos por diagnóstico ativo, e de acordo com a ICPC são a hipertensão arterial sem complicações (137), diabetes não insulino-dependentes (379) e síndrome vertebral com irradiação de dores, de acordo com a tabela 8.

**Tabela 8 – Nº Registos por Diagnóstico Médico Ativo no ficheiro de família**

Área ICPC	ICPC	Métrica	Qtd Consultas ICPC	Top
Aparelho Circulatório	K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	137	1
Endócrino, Metabólico e Nutricional	T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	115	2
Sistema Músculo-Esquelético	L86	SINDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	63	3

Fonte: MIM@UF

Podemos verificar que os diagnósticos médicos ativos de acordo com a ICPC, estão alinhados para a consecução dos objetivos do ACES PL, e em consonância com os problemas de Saúde descritos nos Planos de Saúde Nacional, Regional e Local. Verificamos que estão identificados problemas de saúde; o que permite reduzir os fatores de risco e mortalidade relacionados com as doenças priorizadas, como a diabetes e doenças do aparelho circulatório - hipertensão.

No ano de 2020 a formalização da contratualização através das cartas de compromisso não foi efetuada, devido aos constrangimentos relacionados com a pandemia por COVID-19. Remetendo-nos à Carta de compromisso de 2019 da UCSP Norte, salienta-se o problema: melhorar o acesso dos utentes, nomeadamente os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no que diz respeito às consultas realizadas pelo enfermeiro de família. Analisando a tabela 9, BI-CSP (abril 2022), esses valores mantêm-se baixos na UCSP Norte:

**Tabela 9 – Indicadores Relativos a Consultas Realizadas pelo Enfermeiro de Família, UCSP Norte**

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202204	25,00	42,00	75,00	80,00	16,74183	0,000
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL		S	202204	65,00	70,00	88,00	92,00	63,32227	0,000
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL		N	202204	10,00	50,00	100,00	100,00	2,27273	0,000
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	FL		S	202204	70,00	87,00	100,00	100,00	66,42512	0,000
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	202204	65,00	76,00	100,00	100,00	64,48428	0,000
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202204	300,00	570,00	1500,00	1500,00	193,58449	0,000
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202204	51,00	77,00	100,00	100,00	52,77778	0,137
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	202204	0,65	0,76	2,00	2,00	0,55041	0,000
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agend. am.	FL		S	202204	18,00	23,00	40,00	45,00	20,02157	0,809

Fonte: BI-CSP

No entanto, os valores assumem uma franca melhoria no que diz respeito aos indicadores da vacinação (Tabela 10).

**Tabela 10 – Indicadores Relativos à Vacinação, UCSP Norte**

2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	N	202204	95,00	95,00	100,00	100,00	98,11321	2,000
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	N	202204	95,00	95,00	100,00	100,00	100,00000	2,000
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	S	202204	95,00	95,00	100,00	100,00	98,73418	2,000
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL	S	202204	85,00	93,00	100,00	100,00	94,91243	2,000

Fonte: BI-CSP

Na tabela 11, apresentam-se os mesmos indicadores, especificamente do ficheiro de família, referentes ao mesmo período, abril 2022.

**Tabela 11 – Indicadores Relativos a Consultas de Enfermagem e Vacinação do ficheiro de família**

UCSP NORTE / Polo Monte Real-Carvide/Enfermeira de família		Mês 2022/04		
	Indicador	Num.	Den.	Valor
BI 2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo EF	415,00	558	74,373
BI 2013.009.01	Taxa de utilização de consultas PF (enf.)	41,00	340	12,059
BI 2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	0,000	2	0,000
BI 2013.037.01	Proporção DM c/ consulta enf. vigil. DM último ano	67,00	154	43,506
BI 2013.099.01	Taxa de utilização consultas enfermagem – 3 anos	960,00	1.616	59,406
BI 2013.294.01	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	7,00	438	15,982
BI 2013.295.01	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	6,00	7	85,714
BI 2017.331.01	Índice de utilização anual de consultas enferm.	804,75	1.639	0,491
BI 2017.345.01	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	273,00	1.567	17,422
BI 2013.093.01	Proporção crianças 2A c/ PNV cumprido ou execução	8,00	8	100,00
BI 2013.094.01	Proporção crianças 7A c/ PNV cumprido ou execução	4,00	4	100,00
BI 2013.095.01	Proporção jovens 14A c/ PNV cumprido ou execução	14,00	14	100,00
BI 2017.098.01	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	1.163,00	1.219	95,406

Fonte: MIM@UF

Analisando as tabelas 9, 10 e 11 e comparando os scores dos indicadores do ficheiro de família, com os da UCSP Norte, verificamos que os indicadores 5, 93, 95, 98 e 295 estão acima dos valores da UCSP Norte e abaixo os indicadores 9, 15, 37, 99, 294, 331 e 345.

No que se refere aos indicadores da vacinação 93, 95 e 98 (2, 7, 14, 25 e + anos), todos os itens se encontram acima dos valores descritos para UCSP Norte e iguala o indicador 94, indicando uma boa cobertura vacinal do ficheiro.

No âmbito da visitação domiciliária, no que diz respeito aos indicadores relativos aos domicílios de enfermagem com valores baixos, conclui-se que será uma das áreas a desenvolver, por ser uma das estratégias de intervenção familiar com impacto em ganhos em saúde.

Do seu ponto de vista, existem alguns fatores que poderão ter contribuído para alguns valores baixos de alguns indicadores, tais como:

- a) Retoma lenta da assistência, pós pandemia;

- b) Número excessivo de utentes/famílias atribuídas por ficheiro de família;
- c) Rotatividade frequente de médicos no polo Monte Real/Carvide nomeadamente em 2 dos 3 ficheiros existentes, situação que cria grande instabilidade na equipa, e interfere com a acessibilidade e assistência das famílias;
- d) Um dos elementos da equipa médica tem relutância em trabalhar em equipa e em intersubstituição, facto que cria obstáculos ao normal funcionamento da unidade e que origina hostilidades com os utentes e instabilidade na equipa multidisciplinar. Na sua opinião, outra área a desenvolver será a formação sobre relações e comunicação interpessoais;
- e) Rotatividade da equipa de enfermagem para dar resposta à campanha vacinação Covid19.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

### 2.1 FAMÍLIA

As primeiras definições de família, elaboradas por teóricos de diferentes disciplinas e também pelos teóricos de Enfermagem, “baseavam-se em laços de sangue, de casamento e legais”, Burgess e Locke (1953), citados por Hanson (2005, p.6).

“Família é contexto natural para crescer. Família é complexidade. Família é teia de laços sanguíneos e sobretudo, de laços afetivos. Família gera amor e gera sofrimento. Família vive-se. Conhece-se e reconhece-se” (Relvas, 1996, p.9).

Seja qual for o tipo de família que encontremos “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais” (Relvas, 2004, p.14).

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

Mais do que nos fixarmos num conceito teórico, importa pensar que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e / ou religioso entre outros aspetos. As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos fazem surgir uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição (OE, 2008).

Também Dias (2000) reforça a mesma ideia: a estrutura e dinâmica familiares, têm vindo a sofrer alterações a par de fatores sociais, políticos, económicos, culturais, tecnológicos e demográficos, com consequências na organização, funções, relações, complexidade e globalidade do desenvolvimento familiar, originando novas configurações familiares.

Na unicidade familiar existem acontecimentos comuns. As diversas gerações que integram uma família avançam no tempo, percorrem um caminho, durante o qual sofrem um conjunto de transformações que diferenciam etapas ou fases.

O ciclo da vida familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua existência, funcionando como uma biografia e providenciando marcas para dividir o relógio familiar em segmentos. As várias abordagens do ciclo de vida olham a família como sistema movendo-se ao longo do tempo, que incorpora

elementos (nascimento, adoção e casamento) e perde membros só por morte (Relvas, 2004, p.17).

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

Duvall apresenta as fases bem como as respetivas tarefas de desenvolvimento para cada fase do ciclo de vida da família. Os estádios do ciclo de vida familiar foram delimitados segundo três critérios: a composição familiar, a idade dos seus membros e o estatuto ocupacional do chefe de família (Rebelo et al., 2011):

- **Casal sem filhos** - Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória. Preparação para a gravidez e futura paternidade. Adaptação à família alargada do outro cônjuge. Famílias com filhos até aos 30 meses -Ter filhos, ajustar-se e encorajar o seu desenvolvimento. Criar um lar satisfatório para pais e filhos.
- **Famílias com filhos em idade pré-escolar** - Adaptar-se às necessidades de uma criança em idade pré-escolar. Lidar com o desgaste energético e com a diminuição de intimidade provocada pelo desempenho do papel de pais.
- **Famílias com filhos em idade escolar** - Assumir responsabilidades com crianças em idade escolar encorajando o desenvolvimento educacional das crianças. Relacionar-se com famílias no mesmo estádio de desenvolvimento.
- **Famílias com filhos adolescentes** - Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade no período de amadurecimento e emancipação dos adolescentes. Estabelecimento de interesses pós parentais.
- **Famílias com jovens adultos** - Permitir o lançamento dos filhos no exterior – no trabalho, serviço militar, universidade, casamento – com rituais adequados e assistência. Manter uma base de suporte familiar.
- **Casais na meia-idade (ninho vazio)** - Reconstruir a relação de casal. Manter a relação com as gerações mais velhas e mais novas.
- **Envelhecimento e pós reforma** - Lidar com a viuvez e com o viver só. Escolher um domicílio mais adequado a esta fase de vida. Lidar com a reforma.

---

### 2.1.1 Tipos e Estrutura da Família

O tipo de família é uma classificação importante que tem como finalidade diferenciar a composição da família e os vínculos entre os seus membros. “A identificação do tipo de família

permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (Figueiredo, 2012, p.74).

Para Minuchin (1974) citado por Muñoz et al. (2012) a classificação das famílias foi definida segundo a estrutura familiar, classificando-as de:

- Famílias nucleares simples, em que vivem os cônjuges e menos de 3 filhos;
- Famílias nucleares numerosas, formada por 3 ou mais filhos e seus pais;
- Famílias extensas e de origem alargada, em que vivem pessoas unidas por laços de consanguinidade (avós, irmãos, tios e primos) sendo a hierarquia valorizada;
- Famílias extensas e compostas, em que vivem outras pessoas, mas sem vínculo sanguíneo;
- Famílias monoparentais constituídas por um cônjuge e seus filhos;
- Famílias homoparentais formadas por cônjuge do mesmo sexo e os seus filhos;
- Famílias binucleares e reconstituídas, em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e que coabitam filhos de pelo menos de um dos progenitores;
- Sem família formada pelo adulto solteiro ou divorciado, bem como o viúvo sem filhos;
- Equivalentes familiares, formada pelas pessoas que vivem no mesmo lugar sem constituir um núcleo familiar tradicional (pessoas que vivem em asilos/residências ou grupo de amigos que moram juntos).

A estrutura familiar organiza-se segundo as suas funções para que os membros da família se relacionem e obedeçam aos seguintes **conceitos** (Minuchin,1974, citado por Muñoz et al., (2012):

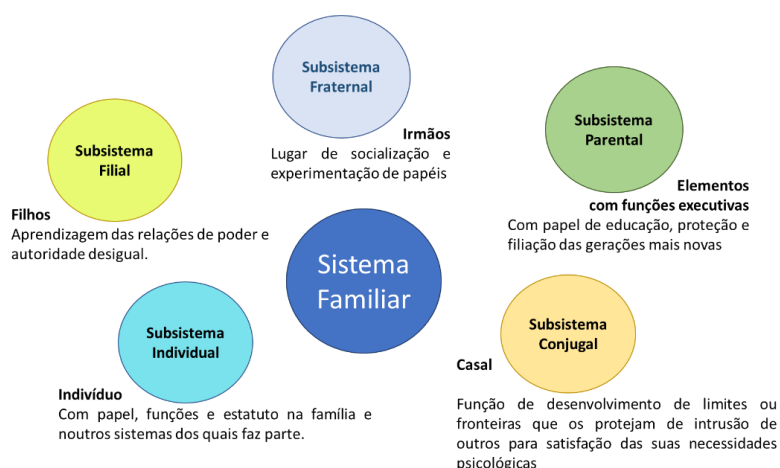
- Hierarquia - Define a função do poder e a diferença dos papéis dos pais e dos filhos. Considera-se uma hierarquia clara e inequívoca, requisito necessário para a funcionalidade da família.
- Limites - Inclui as regras que determinam quais os membros dos diferentes subsistemas a sua participação e de que forma.
- Alianças - Faz referência às uniões relacionais positivas entre certos membros do sistema familiar.
- Adaptabilidade - É a capacidade do sistema familiar para sobreviver, num processo dinâmico e da capacidade da família em modificar as suas rotinas, caso seja necessário.
- Coesão - Representa os laços emocionais que os membros da família apresentam entre si.

- Subsistema conjugal - É formado pelo casal e em torno deste se formam todas as relações. Possuem funções específicas vitais para o posterior funcionamento da família.
- Subsistema parental - É formado por pais e filhos. Representa o poder executivo e exerce as suas funções organizativas básicas. Neste subsistema são primordiais os princípios de autoridade, hierarquia e diferenciação dos membros, com a necessidade de partilhar sentimentos de união e apoio.
- Subsistema fraternal É formado pelos irmãos. As relações entre irmãos são muito significativas e constituem um campo de aprendizagem, onde se desenvolve a cooperação, a negociação e a competição.

A estrutura da família é definida como “a rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem” Minuchin (citado por Alarcão, 2000, p.52). Enquanto constructo teórico, a estrutura da família corresponde, então, à imagem que podemos ter do funcionamento deste grupo tendo em conta os seguintes parâmetros: quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde?” (Alarcão, 2000, p.52).

Na perspetiva sistémica, a família é percecionada como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída em subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e ela própria contendo outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família (Dias, 2011).

Desse modo, a estrutura hierárquica familiar compreende os seguintes subsistemas: Individual; Conjugal; Parental, Filial e Fraternal (Figura 15).



**Figura 15 – Esquematização do Sistema Familiar, Subsistemas e suas Funções**, baseado na Fonte: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (Hanson, 2005)

Segundo Alarcão (2000), os subsistemas têm funções diferentes, mas interligadas e as pessoas podem pertencer aos vários subsistemas simultaneamente. Alega ainda que a estrutura familiar varia de forma adaptativa ao longo do ciclo. Desta forma, torna-se crucial a definição clara de limites e fronteiras.

Minuchin, citado por Alarcão (2000), enuncia três tipos de limites:

**Limites Claros** – delimitam o espaço e as funções de cada elemento ou subsistema da família, permitindo, no entanto, a troca de influências entre os mesmos. Há definição clara de papéis e flexibilidade.

**Limites Difusos**- permitem uma grande permeabilidade, que põe em risco a diferenciação dos subsistemas. Pode haver troca de papéis.

**Limites Rígidos**- dificultam a comunicação e compreensão recíprocas. Apesar da definição clara de papéis, não existe flexibilidade.

Partindo da diferenciação e permeabilidade dos limites, Minuchin, segundo Alarcão (2000), escalona as famílias desde emaranhadas a desmembradas:

**Famílias Emaranhadas** – famílias fechadas em si mesmas, dominadas por movimentos centrípetos. Promovem um elevado nível de intercâmbio e de preocupações entre os diferentes elementos. Há mistura de fronteiras entre gerações, subsistemas e indivíduos. Os papéis familiares e as fronteiras com o exterior são rígidos. Nestas famílias, há restrição da capacidade de adaptação e as solicitações de autonomia são consideradas como falta de lealdade para com o sistema familiar. Pela dificuldade que apresentam no processo de individualização, estas configurações familiares, encontram-se frequentemente associadas a sintomas de natureza psicossomática.

**Famílias Desmembradas** – estabelecem fronteiras rígidas no seu interior e difusas com o exterior, com movimentos centrífugos. A comunicação e a função de proteção estão diminuídas. Os membros da família funcionam de forma individualizada. Assiste-se a uma expulsão precoce para a vida social que não corresponde a uma verdadeira autonomia, mas sim, a um corte emocional. Apesar da rigidez dos papéis parentais, frequentemente são instáveis. Muitas vezes os jovens evidenciam comportamentos de agressividade e anti-sociais, fruto das rejeições emocionais. Só com elevados níveis de sintomatologia é que procuram ajuda.

Apesar destes extremos de funcionamento familiar estarem associados a certos tipos de sintomas, numa família funcional é possível encontrar períodos de maior emaranhamento (período da formação do casal ou da etapa com filhos pequenos) ou de maior

desmembramento (adolescência ou saída dos filhos de casa), adaptados à etapa do ciclo vital.

De acordo com Alarcão (2000), a família pode estar sujeita a dois tipos de pressão: interna e externa. A interna, diz respeito às mudanças inerentes ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas, e a função externa à socialização, a adequação e transmissão de determinada cultura. Relvas (1996), considera que a família tem de resolver com sucesso duas tarefas, por um lado, a criação de um sentimento de pertença ao grupo, por outro, a individualização/ autonomização.

Outro conceito com interesse na abordagem sistémica familiar, é o de transição. A raiz etimológica da palavra transição é latina e significa efetuar uma “passagem ou mudança de um lugar ou estado ou ato conjunto de circunstâncias para outro”.

A necessidade de lidar com as mudanças e com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e de se ajustar a essas realidades é uma propriedade inerente à vida, pois ao longo da existência humana existem mudanças que interferem ao nível da saúde (Meleis, 2010).

Em concordância com Relvas (1996), as transições podem ser de duas naturezas: transições normativas e não normativas:

As **transições normativas** são esperadas ou mesmo planeadas, embora imprevisíveis no que se refere ao seu desfecho, são mudanças esperadas e experienciadas pela maior parte dos sujeitos e das famílias (casamento, nascimento de um filho, saída de um filho de casa...).

As **transições não normativas** entendem-se por acontecimentos não usuais e imprevisíveis que ocorrem no seio de uma família (divórcio, morte, desemprego, doença...). Por apresentarem ruturas do esquema pré-estabelecido, são, portanto, geradoras de mal-estar psicológico, quer para a família quer para o indivíduo.

Ainda no que respeita à natureza das transições, Meleis (2010) indica-nos que podem ser transições simples (quando acontece apenas um dos processos) ou transições múltiplas (quando ocorrem várias transições simultaneamente).

As transições têm sido contextualizadas de diferentes formas. Para alguns autores, as transições são caracterizadas como situações de crise, que podem conduzir ao imobilismo e ao bloqueio. Para outros, as transições são encaradas como momentos de stress, desencadeadores de mal-estar. Mais recentemente, as transições têm vindo a ser consideradas numa dimensão mais positiva, ou seja, em momentos particularmente ricos em termos desenvolvimentais, pois encaminham para reconstruções ativas que, geralmente, conduzem a níveis de equilíbrio superior (Cowan & Hetherington, 1991).

### 2.1.2 Funções da Família

Das famílias se esperam dois tipos de funções: a interna (função de proteção dos seus membros) e a externa (acomodação a uma cultura e transmissão da mesma) (Dias, 2011).

Com o decorrer dos tempos, a sociedade sofreu alterações visíveis, manifestando-se pela mudança das funções e pela introdução de novas funções da família, às quais Hanson (2005) faz referência definindo-as como **funções** das famílias contemporâneas:

- Função económica - A dependência económica da família não depende só do chefe de família, existe maior independência financeira. Os filhos são considerados como luxos dispendiosos e não como bens económicos.
- Função reprodutora - A sexualidade e a procriação deixaram de ter fronteiras matrimoniais.
- Função de proteção - Já não tem tanta importância devido à existência de instituições de assistência sociais e legais desvinculando o papel de proteção familiar.
- Função religiosa - A transmissão da religiosidade foi relegada para as instituições religiosas, desvalorizando os valores religiosos e culturais.
- Função educativa e de socialização - A função educativa da família tem-se perdido e transferido para as escolas, incumbindo à escola para além da função de instrução, a de educação.
- Função de conferir estatuto social - O nome de família deixa de dar status. O estatuto é obtido pela instrução, profissão, rendimento e residência.
- Função de relação - É uma nova função das famílias contemporâneas. Os casais unem-se, casam-se e têm filhos, não por necessidade de proteção e sustentabilidade, mas pelo sentimento e intimidade.
- Função de saúde - A família é a gênese da saúde física e mental de toda uma vida. A alteração do padrão de saúde de um dos membros afeta todo o agregado familiar, assim como, a promoção da saúde é feita pela transmissão de atitudes, crenças e hábitos.

Figueiredo (2012) reforça que a família, enquanto grupo, vai evoluindo tendo em conta os seus objetivos e desenvolvendo determinadas funções que ao longo dos tempos se vão alterando. As alterações referenciadas são influenciadas pelos contextos em que a família se insere, respeitando as normas e adquirindo vivências diversificadas.

---

### 2.1.3 Família e Saúde

O conceito de saúde da família é utilizado simultaneamente com os conceitos de funcionalidade da família e famílias saudáveis. Refere-se frequentemente à saúde mental dos elementos que constituem cada estrutura familiar. Em relação à funcionalidade, podemos agrupar as famílias em funcionais e disfuncionais. Estas famílias disfuncionais, denominadas de não complacentes muitas das vezes são “rotuladas” por não serem um exemplo e por não funcionarem interna e externamente (Stanhope & Lancaster, 2008).

Para Hanson (2005, p.7), a saúde familiar “(...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar”.

Existe uma abordagem bio-psico-sociocultural e espiritual que deve ser avaliada individualmente e em relação à unidade familiar, em consonância com o meio envolvente e da comunidade em que a família está inserida (Stanhope & Lancaster, 2008). O conceito de saúde familiar depende em simultâneo da saúde e da doença de cada indivíduo, afetando o funcionamento da família, e por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde dos indivíduos.

As famílias saudáveis consideradas funcionais assumem as necessidades relacionais e de autorrealização como prioritárias, visto que as necessidades básicas estão resolvidas e bem estabelecidas. Nestas circunstâncias, para Carter e McGoldrick (1998), citado por Stanhope e Lancaster (2008), as famílias saudáveis baseiam as suas características na vinculação e nas necessidades de natureza afetiva.

As características das famílias que são saudáveis e que funcionam adequadamente na sociedade em que se inserem, são segundo Hanson, Gedaly-Duff e Kaakinen (2005) citados por Stanhope & Lancaster (2008, p. 583):

- A família tende a comunicar bem e a ouvir todos os seus membros;
- A família afirma e apoia todos os seus membros;
- A educação para o respeito dos outros é valorizada pela família;
- Os membros da família têm um sentimento de confiança;
- A família diverte-se em conjunto e o humor está presente;
- Todos os membros interagem entre si e existe um equilíbrio das interações entre os membros;
- A família partilha tempos de lazer em conjunto;
- A família tem um sentido de responsabilidade partilhado;

- A família tem tradições e rituais;
- A família partilha um sentido religioso;
- A privacidade dos membros é respeitada pela família;
- A família abre as suas fronteiras para procurar e acolher ajuda para os problemas.

As famílias funcionais também têm dificuldades em conviver sob *stress* e desenvolvem estratégias de *coping* que podem ser ou não adequadas (Hanson, 2005). A mesma autora refere que coping familiar, citando Lazarus e Folkman (1984), consiste em “(...) mudar constantemente os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências externas e/ou internas específicas, avaliadas como estando a sobrecarregar ou exceder os recursos da pessoa” (Hanson, 2005, p.101).

Outro conceito referenciado por Stanhope & Lancaster (2008), é o de resiliência da família. Consideram-na como a capacidade de ultrapassar e resistir às várias adversidades, sendo uma vertente de investimento por parte dos profissionais de saúde de extrema importância para a estabilidade e união familiar, assim como uma ferramenta de avaliação contínua dos enfermeiros de família.

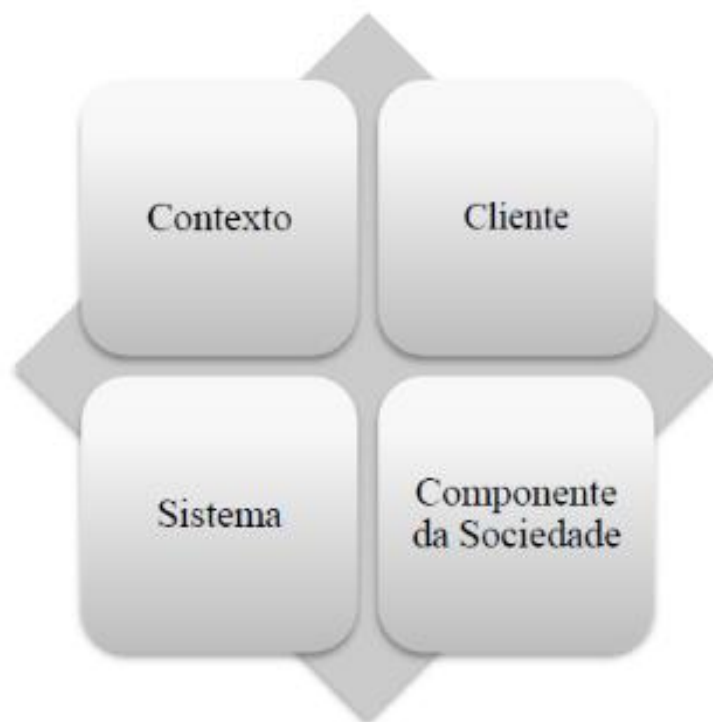
A família deve ser considerada como um todo, enquanto objeto de prestação de cuidados de saúde e tendo em conta a sua relevância na sociedade, fomentou a conceção da atual Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015).

## 2.2 ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA

A transição de cuidados de enfermagem do indivíduo para a família não é linear e assume diferentes pontos de vista. Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados, se iniciou desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2012).

Progressivamente assiste-se ao desenvolvimento nos contextos de prática, com cuidados centrados no sistema familiar, sustentada em pressupostos ecossistémicos que evidenciam as características de globalidade e auto-organização da família.

Stanhope & Lancaster (2008) mencionam que, na prática de enfermagem da família é importante concetualizar e abordar a família segundo quatro perspetivas: a família como contexto, a família como cliente, a família como sistema e a família como componente da sociedade (Figura 16).



**Figura 16 - Abordagem de Enfermagem da Família**, Fonte: Hanson SMH, Gedaly-Duff e Kaakinen Jr (2005) citado por Stanhope & Lancaster (2008, p. 586)

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

As mesmas autoras apontam uma outra visão, **família como cliente**, onde é imprescindível a família ser considerada o foco dos cuidados de enfermagem, encarada como a soma dos seus membros. Esta visão é centrada na forma como a família reage, como um todo e quando um membro tem um problema de saúde.

Quando abordamos a **família como um sistema**, o núcleo é a família como cliente, vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes. Esta abordagem centra-se, simultaneamente, nos membros de forma individual e na família como um todo. A abordagem sistémica das famílias implica a existência e desenvolvimento de acontecimentos que influenciam o membro da família e os restantes elementos da estrutura familiar.

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

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

Por conseguinte, todas estas perspetivas são válidas, pelo que deverão ser ponderadas em conjunto quando se trabalha com as famílias. Elas complementam-se e enriquecem-se, sendo que a opção por uma destas abordagens "é determinada por muitos fatores, incluindo o contexto dos cuidados, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro" (Hanson, 2005, p.10).

Wright & Leahey (2009) afirmam que as diferentes perspetivas podem ser necessárias em diferentes momentos no cuidado a cada família, dependendo do contexto em que são providenciados os cuidados e também das competências dos profissionais de enfermagem envolvidos.

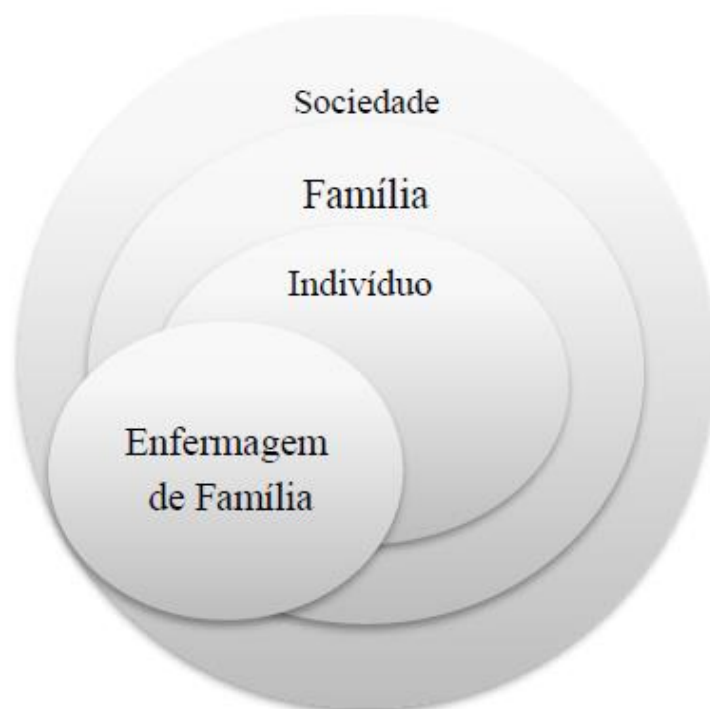
Desta forma, pode considerar-se que existem diferentes níveis de exercício profissional do enfermeiro de família, fortemente relacionados com a formação que o mesmo possui. De acordo com Wright & Leahey (2009), as enfermeiras generalistas consideram predominantemente a utilização do conceito família como um contexto; por outro lado, os profissionais com formação pós-graduada usam o conceito família como unidade de assistência (família como sistema). Segundo as mesmas autoras, esta última perspetiva requer uma formação acrescida e aprofundada em enfermagem dos sistemas familiares, pressupondo-se que esta conduza os profissionais à familiarização com um corpo de conhecimentos que envolve a dinâmica de família, a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família.

Friedman, Bowden e Jones (2003) distinguiram cinco níveis de prática de enfermagem de cuidados à família:

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

- NÍVEL II - família como soma das suas partes: o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família;
- NÍVEL III – subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados: o foco são os subsistemas familiares;
- NÍVEL IV – família como cliente onde o alvo é a família como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente;
- NÍVEL V – família como componente da sociedade. É vista como um subsistema dentro de um suprassistema, a sociedade, é considerada como uma unidade/instituição básica social.

Deste modo, o cruzamento dos conceitos de indivíduo, família, sociedade e enfermagem de família carece de uma abordagem social complexa, em que o enfermeiro recorre a abordagens sistemáticas da família (Figura 17). Na prática dos cuidados de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de *coping* e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprassistemas da comunidade e os sistemas familiares.



**Figura 17 - Estrutura Conceitual de Enfermagem de Família**, Fonte: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (Hanson, 2005, p.8)

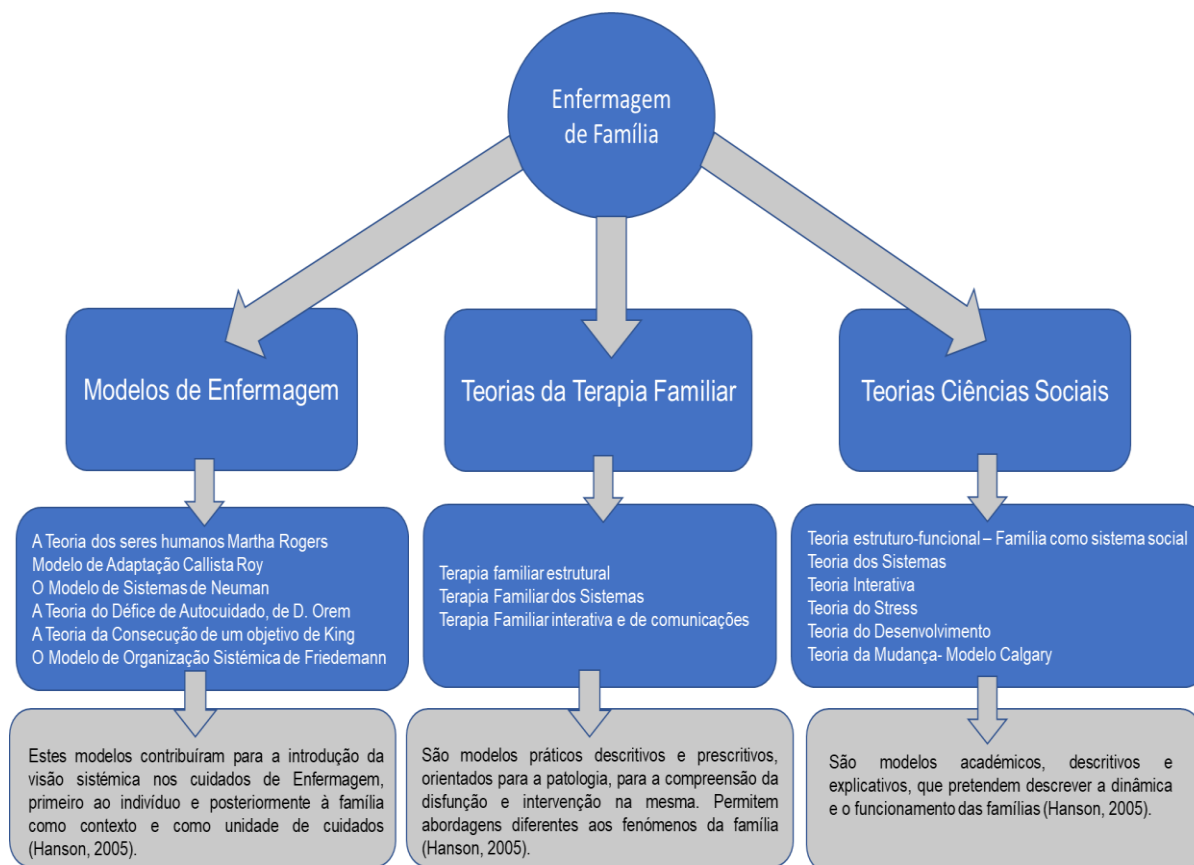
A Enfermagem de Saúde Familiar é definida por Hanson (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem...”. Refere ainda que, a prática de enfermagem a nível sistémico foca-se na saúde e nos pontos fortes da família, tem carácter holístico e requer o conhecimento das complexas interações numa profusão de fatores familiares a todos os níveis de sistemas. Existe relação recíproca entre problemas de saúde e o funcionamento familiar.

Na linha de pensamento da mesma autora, “(...) a perspetiva transversal do conceito de Enfermagem de Saúde Familiar, que simultaneamente integra o indivíduo, a família e a comunidade tem objetivo da promoção, manutenção e recuperação da saúde da família” (p. 216).

Segundo Figueiredo (2012), a Enfermagem de família é entendida como campo disciplinar de enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias da avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objeto de estudo.

“Iniciamente estes modelos e teorias reportaram-se exclusivamente aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a família, enquanto grupo ou unidade, poderia integrar o ambiente como factor protector ou de adversidade na trajectória de vida dos indivíduos. A família foi mais tarde integrada, como alvo e contexto de cuidados de enfermagem, surgindo modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar...” (Figueiredo, 2012, p.12).

A enfermagem de família, surge da convergência dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar e de teorias de ciências sociais da família (Hanson, 2005), representada na Figura 18.



**Figura 18 - Conceptualização da Enfermagem de Família**, baseado na Fonte: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (Hanson, 2005)

Ao abranger as três perspetivas é necessária uma abordagem integradora, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Neste sentido, é importante os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados.

As teorias das Ciências Sociais da Família são as que se encontram mais desenvolvidas e que mais informações fornecem sobre os fenómenos familiares, como a função familiar, o intercâmbio entre ambiente e família, interações e dinâmicas dentro da família, entre outros (Araújo, 2014).

### 2.2.1 Teorias das Ciências Sociais

As teorias das ciências sociais possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família (Figueiredo, 2012). Surgiram nos anos 50, contribuindo para a organização do conhecimento sobre a família. Para Hanson & Kaakinen (2005) as mais relevantes para a compreensão das famílias e para a prática da enfermagem junto dessas, são:

- **A Teoria Estrutural-Funcional**

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

Centra-se numa abordagem global da família, observando-a na comunidade alargada onde se insere. A maior fragilidade desta abordagem é a imagem estática que a família poderá assumir, não permitindo uma mudança dinâmica ao longo do tempo.

- **A Teoria Geral dos sistemas**

Foi apresentada em 1940 pelo biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, com o objetivo de estudar os princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, sejam eles de natureza física, biológica ou sociológica. Bertalanffy conceitua sistema como um complexo de elementos em estado de interação (Gomes, Bueno & Crepaldi, 2014). Os conceitos básicos da sua teoria são a globalidade, a não-somatividade, a homeostase, a morfogénese, a circularidade e a equifinalidade.

- ✓ **Globalidade:** todos os sistemas funcionam como um todo coeso e mudanças numa das partes provocam mudanças no todo. Toda e qualquer alteração num elemento da família, terá repercussão na própria família;
- ✓ **Não-somatividade:** o sistema não é a soma das partes. Considera-se a família em toda a sua complexidade e organização e o indivíduo faz parte da família, mas mantém a sua individualidade;
- ✓ **Homeostase:** processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema preservando seu funcionamento. As famílias tendem a autorregular-se em diversas situações e contextos, para manter a estabilidade e o seu funcionamento;
- ✓ **Morfogénese:** processo oposto à homeostase. Neste caso, a família absorve do meio externo, aspetos que podem mudar a sua organização;
- ✓ **Circularidade** (causalidade circular): existem relações bilaterais entre elementos, sendo que estas relações são não lineares e obedecem a uma sequência circular;
- ✓ **Equifinalidade:** O resultado do funcionamento familiar não depende do ponto de partida, ou seja, diferentes condições iniciais geram igualdade de resultados e diferentes resultados podem ser gerados por diferentes condições iniciais.

Segundo esta teoria, a família é vista como um sistema que incorpora um conjunto de elementos interativos e interdependentes, contribuindo para a manutenção do equilíbrio do sistema. A família é constituída por vários subsistemas (compostas por um ou mais elementos) que se influenciam mutuamente, existindo fronteiras e hierarquias entre os

elementos. O sistema familiar estabelece também relações com o ambiente envolvente, em que uma alteração num dos elementos do sistema interno ou externo provoca alterações na família e simultaneamente gera alterações em cada um dos seus elementos (Stanhope & Lancaster, 1999; Hanson, 2005).

Assim, a família relaciona-se com o exterior em movimentos de abertura e fecho. O enfermeiro deve reconhecer esta relação, e apetrechar o meio com recursos para que a família, faça face ao estímulo de mudança. A família que perante os recursos do meio, permite a abertura, evolui e permanece saudável. Quando a família é fechada, resistente, ou que não se soube organizar face ao estímulo de mudança que veio do exterior do sistema, pode deteriorar-se (Santos, 2012).

A família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem ao seu crescimento (Dias, 2011).

- **A Teoria Interativa**

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

- **A Teoria do Desenvolvimento Familiar**

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

- **A Teoria da Mudança**

O processo de mudança é um fenómeno fascinante com uma variedade de ideias sobre como e o quê que constitui uma mudança nos sistemas familiares (Wright & Leahey, 2009). Para as mesmas autoras, esta é experimentada como uma perturbação no sistema, de modo a gerar uma mudança posterior e também estabilidade. Uma mudança no estado é vista como comportamento e, portanto, devem ser exploradas as diferenças entre os padrões de interação familiar.

Existem dois tipos de mudanças: as de primeira ordem, em que o sistema permanece imutável, são mudanças de quantidade, não de qualidade e envolvem a utilização repetida de estratégias de resolução de problemas. Ocorrem constantemente nas famílias e muitas vezes as pessoas não têm consciência delas (Maturana & Varela 1992, as cited in Wright & Leahey, 2009). Normalmente são mudanças na vida diária, que progridem pelos estádios de desenvolvimento individual e familiar. As mudanças de segunda ordem, alteram o próprio sistema. Este tipo de mudanças “representa um salto quântico no sistema, “o sistema é estruturalmente transformado” (Wright & Leahey, 2009, p.32). Normalmente são precipitadas por grandes eventos na vida, como doenças graves, incapacidade, morte, ou por intervenções de profissionais, como as do enfermeiro.

As mudanças na família podem ocorrer nas áreas cognitiva, afetiva ou comportamental, e uma mudança numa delas apresentará impacto sobre as outras. “As intervenções de enfermagem de família podem ter como objetivo uma das três áreas, ou todas elas” (Wright & Leahey, 2009, p.33).

Wright & Leahey, (2009) expõem oito conceitos, associados à mudança:

- ✓ **A mudança é dependente da percepção do problema** – aplicando este conceito à intervenção com as famílias, a forma como o enfermeiro percebe um problema específico, tem profundas implicações sobre o modo de intervenção, como se efetuará a mudança e se esta será eficaz.
- ✓ **A mudança é determinada pela estrutura** – as mudanças ocorridas num sistema, são regidas pela estrutura do próprio sistema, e, portanto, não é possível dizer antecipadamente que as intervenções de enfermagem serão úteis na promoção da mudança e tampouco que não o serão.
- ✓ **A mudança é dependente do contexto** – as intervenções devem ser planeadas, após conhecimento das restrições e recursos contextuais. A família é influenciada e influencia os supra-sistemas.
- ✓ **A mudança é dependente de objetivos de tratamento desenvolvidos em conjunto** – a mudança requer que os objetivos sejam claros e desenvolvidos em parceria com família e enfermeiro. Um dos objetivos do enfermeiro de família é ajudar a família a descobrir as suas próprias soluções para os problemas e adquirir uma visão diferente do problema.
- ✓ **Só a compreensão não leva à mudança** – é errado admitir que a compreensão de um problema traz a solução para a família. Mesmo que, o “porquê” de um problema seja conhecido, raramente contribui para chegar à sua solução. Portanto, é mais

importante explorar o “que está a acontecer, e a ser feito” para perpetuar o problema. Procurar a causa dá-nos uma perspetiva linear e não sistémica.

- ✓ **A mudança não ocorre necessariamente da mesma maneira em todos os membros da família** – um membro da família pode começar a responder ou a modificar-se mais rapidamente que os outros, e nem todos estão aptos a responder da mesma forma. Uma pequena intervenção do enfermeiro de família pode levar a uma variedade de reações, em que alguns membros da família se modificam de forma mais dramática ou rápida que os outros.
- ✓ **Facilitar a mudança é a responsabilidade do enfermeiro** – facilitar a mudança não pressupõe a possibilidade de o enfermeiro prever o resultado, nem que deva investir num resultado específico. Os enfermeiros não são agentes modificadores, não podem e não mudam ninguém. Têm a responsabilidade de facilitar o contexto para a mudança.
- ✓ **A mudança ocorre por meio de “ajuste” ou entrosamento entre as ofertas terapêuticas (intervensões) do enfermeiro e as estruturas biopsicossociais-espirituais dos membros da família** – é a estrutura do membro da família e não a resposta terapêutica do enfermeiro que determina se a intervenção é ou não experimentada como perturbação que desencadeia mudança.
- ✓ **A mudança pode ter inúmeras causas** – a mudança é influenciada por tantas variáveis diferentes que, com frequência é difícil saber o que especificamente a precipitou, estimulou ou desencadeou. Nem sempre é o resultado de uma intervenção bem pensada. Pode até ser o resultado, por exemplo da colheita de dados sobre os problemas da família, ou, por exemplo a execução do questionário de intervenção.

A mudança depende assim do contexto, ou seja; a compreensão deste estado não leva à mudança e a mudança não ocorre necessariamente da mesma maneira em todos os elementos da família (Maturana & Varela, 1992 as cited in Wright & Leahey, 2012).

Wright & Leahey, (2009, p.33) salientam ainda, que, “não há possibilidade de identificar quais as intervenções que resultarão em determinadas mudanças e, portanto, é impossível prever o resultado ou tipo de mudança que ocorrerá no âmbito familiar”.

- **A Teoria do Stress**

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

Esta teoria evidencia que a perceção do agente stressor é mais importante do que a realidade objetiva, permitindo identificar os recursos e os pontos fortes das famílias de modo a fortalecer

o coping de fatores de stress, o que é fundamental para a enfermagem de família (Hanson, 2005).

---

### 2.2.2 Teorias da Terapia Familiar

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

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

- **A Teoria da Terapia Familiar Estrutural**

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

- **A Teoria da Terapia Familiar dos Sistemas**

As famílias são compreendidas a partir de uma perspetiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas e repetitivas, o que por vezes e nem sempre a família se encontra disponível para tal (Hanson, 2005).

Foi proposta por Bowen e desenvolvida na área da esquizofrenia (1978) e posteriormente por Freeman (1992). Esta abordagem centra-se em promover a diferenciação do *self* da família e promover a diferenciação do intelecto da emoção. Os membros da família são encorajados a examinar os seus processos para obter *insight* e compreensão sobre seu passado e presente. Esta terapia requer um compromisso de longo prazo (Kaakinen et al., 2015).

- **A Teoria da Terapia Familiar Interativa ou Teoria da Comunicação**

Foi desenvolvido pelo Haley, Whitaker, em 1959, designado como o grupo de Palo Alto. Nesta teoria a família é considerada como um sistema de comportamentos interativos ou processamento de comunicações, conseqüentemente todo o comportamento tem um valor de comunicação. A comunicação pode ter a função de ligação positiva entre os indivíduos, comunicação saudável, ou, contribuir para afastar ou criar um écran de incompreensão entre os indivíduos, comunicação patológica. Neste sentido, os problemas emocionais são

consequências da forma como as pessoas interagem dentro do contexto familiar (Hanson, 2005).

A Teoria da Comunicação Humana afirma que a comunicação afeta o comportamento ocasionando implicações nas relações interpessoais.

De acordo com Watzlawick et al. (1973), “atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem, influencia os outros, e estes outros que, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações, estão, portanto, comunicando também” (p. 45).

Bateson e Watzlawick preconizaram que a teoria também abarca os cinco axiomas que são: 1) É impossível não comunicar; 2) Toda comunicação tem aspeto de relato (conteúdo) e de ordem (relação); 3) A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes (cada comportamento é causa e efeito do outro); 4) Os seres humanos comunicam de maneira digital (comunicação verbal) e analógica (comunicação não verbal); e 5) Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, e estão baseadas na igualdade ou na diferença (Watzlawick et al. 1973).

A compreensão dos padrões comunicacionais que possibilitam ou dificultam as relações são de suma importância para aqueles que trabalham dentro do paradigma sistémico (Gomes et al., 2014).

---

### 2.2.3 Modelos e Teorias de Enfermagem

Segundo Figueiredo (2012), os modelos conceptuais subjacentes à prática de enfermagem:

- ✓ 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).
- ✓ São compatíveis com a utilização do processo de enfermagem pois 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.
- ✓ 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), ao integrar um

conjunto de enunciados gerais que integram conceitos dentro de uma configuração ou padrão significativo.

Figueiredo (2012) destaca alguns modelos e teorias de enfermagem com forte contributo para a expansão das práticas de enfermagem 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, as cited in Figueiredo, 2012).

Na **Teoria do Ser Humano** Unitário, **Martha Rogers** (1970) desenvolveu um modelo, focado no indivíduo como sistema aberto em troca constante com o ambiente, e mais tarde introduziu o princípio da homeostasia. A família é vista como um campo de energia de sistema aberto constante, que está sempre em mudanças nas suas interações com o meio ambiente (Hanson, 2005).

**Imogene King** (1987) desenvolveu com base na Teoria Geral dos Sistemas, a **Teoria da Consecução dos Objetivos**, que se centra na interdependência dos sistemas, incorporando o conceito de interação entre enfermeiro e paciente, em que ambos atuam no sentido da concretização de metas definidas e cujas perceções se influenciam mutuamente. “A família emerge como um sistema interpessoal, que em complementaridade com outros, constituem os sistemas amplos dos indivíduos” (Figueiredo, 2012, p.12).

A família é percecionada como o veículo para transmitir valores e normas de comportamento ao longo da vida, que inclui o papel de um familiar doente e transmitindo a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al., 2010).

Os indivíduos desenvolvem processos adaptativos que lhes permitem modificar e ajustar comportamentos no sentido de evoluírem para outros níveis de funcionamento. Nesta ótica, no **Modelo de Adaptação de Calista Roy** (1984), a pessoa é vista como um sistema adaptativo. Os processos reguladores englobam os fatores fisiológicos, autoconceito, papel social e o vínculo do indivíduo aos seus sistemas de apoio, em que a adaptação depende dos estímulos a que está exposto e ao seu nível de adaptação (Kérouac, 1996, as cited in Figueiredo, 2012). Ainda em conformidade com Figueiredo (2012), o Modelo de Adaptação enfatiza os conceitos de globalidade, interação, flexibilidade e retroação, considerados centrais na compreensão dos processos adaptativos.

Saúde e doença são inevitáveis, coexistindo 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).

A força deste modelo é entender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2010).

Em contrapartida, o **Modelo de Sistemas de Betty Neuman** (1982), 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, p.336).

No seu modelo, Neuman relaciona três níveis de prevenção com enfermagem (Freese, 2004):

A **prevenção primária** é utilizada para proteger o organismo, antes que este esteja sujeito a um fator de stress prejudicial. Envolve a redução da possibilidade de enfrentar o fator de stress, ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a reação ao mesmo.

Depois do organismo enfrentar um fator de stress prejudicial, são utilizadas:

A **prevenção secundária**, que 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**, que visa reduzir os efeitos residuais do fator de stress depois do tratamento.

O principal objetivo da família é manter a estabilidade, conservando a integridade da estrutura, abrindo e fechando os limites. É um modelo fluido que representa a família em movimento e não uma visão estática da família (Kaakinen, Coehlo, Gedaly-Duff & Hanson, 2015).

**Dorothea Orem** (1993) desenvolveu a **teoria do défice de autocuidado** de enfermagem. A família (2º plano) é vista como apoio do indivíduo e não como foco de cuidados. Concentra-

se especificamente no papel dos elementos que a compõem e desempenham na ajuda ao indivíduo no cuidado de si próprio (Hanson, 2005).

No Modelo de **organização sistémica** de **Marie-Louise Friedemann** (1995) a família é descrita como um sistema social que tem objetivo de transmitir cultura aos seus membros. Os elementos centrais para esta teoria são a estabilidade da família, o crescimento da família, o controle da família e espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2010). A família oferece segurança aos seus membros, à medida que vão aprendendo valores do grupo, normas e comportamentos aceitáveis. À medida que os seus membros crescem, a família cresce também e interage com outros sistemas, tais como escolas, igreja e trabalho. Este crescimento é facilitado pela comunicação entre os seus membros. O controlo familiar é mantido pela estrutura da família. A espiritualidade familiar liga emocionalmente os seus membros, e encoraja o auto-crescimento individual (Hanson, 2005).

**Afaf Meleis** destaca-se com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio de enfermagem. Desenvolveu a **Teoria das Transições**. Meleis (2010, p.11) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”.

Profundamente ligada aos eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital da família, estando nitidamente associados a mudanças, Meleis (2015) identifica vários tipos de transições, que de acordo com a sua natureza podem ser: **desenvolvimentais** (relacionadas com crises naturais que ocorrem ao longo do ciclo vital, como a adolescência, quando se forma a identidade sexual ou o casamento...); **situacionais** (relacionadas com crises acidentais como por exemplo, a perda de um membro familiar); transições **saúde-doença** (incluem as mudanças súbitas de papel resultantes de alterações de saúde/doença como por exemplo, doenças crónicas) e do **tipo organizacional** que ocorrem no contexto ambiental das pessoas e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na comunidade...).

Os enfermeiros, orientados por uma visão humanista, estão atentos às exigências impostas pelas transições com enfoque na criação de condições condutoras a uma transição saudável. São responsáveis pela preparação dos (...) clientes para vivência das transições e quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença. (Meleis et al., 2000, p.13). Para além disso e segundo Chick e Meleis (1986),

os enfermeiros podem e devem atuar no período anterior à transição esperada, preparando para a mudança de papéis e prevenir os efeitos negativos sobre o indivíduo. Na mesma linha de pensamento e de acordo com Zagonel (1999, p.28), a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da mudança; e a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente.

O cuidado transicional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a uma simples definição, mas ele surge da conscientização do enfermeiro ao desvelar a compreensão do cliente enquanto vivencia o processo transicional. A transição permeia todos os momentos da vida. Porém, estes momentos necessitam ser enfrentados através de comportamentos que possibilitem o cuidado particularizado a cada situação vivenciada, nas suas possibilidades de vir-a-ser consigo mesmo e com o outro. O cuidado transicional é o cuidado com a preocupação às etapas transicionais do ser, exposto a todas as suas possibilidades (Zagonel, 1999, p.25).

Zagonel (1999) salienta que as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades da pessoa através dessa mesma abordagem. É por isso inevitável a adoção de uma verdadeira relação de ajuda, dispomo-nos a ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que confere ao seu percurso... e é essencial permitir a expressão e a emersão dos conhecimentos do cliente cuidado, pois eles são a fonte privilegiada de informação (Collière, 2003).

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 que permitam processos de transição favoráveis.

Uma nova forma de pensamento em enfermagem surge com **Laurie N. Gottlieb** (2016), **Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças** (*Strengths-Based Care*). O cuidado baseado nas forças é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde. Esta abordagem 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).

Citando Gottlieb (2016, p.126) referindo-se às forças, "... são recursos inestimáveis de poder e energia, que ajudam a pessoa e a família a fazer face aos pequenos e grandes desafios da vida."

A mesma autora, classifica as forças como **biológicas, intra e interpessoais**, e **sociais**. As forças biológicas estão relacionadas com as características bioquímicas, genéticas, hormonais, e físicas de cada indivíduo. As forças intrapessoais e interpessoais residem na pessoa e definem a sua personalidade, e são consideradas uma parte dos recursos internos da pessoa. As forças sociais, comumente conhecidas como recursos ou bens, provêm do ambiente da pessoa e estão ao seu dispor (Gottlieb, 2016, p.27). Quanto à origem das forças, Gottlieb (2016), aborda três categorias: forças já **existentes e recursos; potenciais e défices** que podem ser convertidos em forças. As forças já existentes são aqueles recursos ou capacidades que são parte integrante da pessoa e do seu ambiente. Estas forças estão facilmente disponíveis e podem ser rapidamente mobilizadas. Os potenciais, o segundo tipo de forças, são considerados os precursores das forças, uma vez que ainda não funcionam como tal, mas podem ser desenvolvidos para se converter numa força. No momento oportuno e nas circunstâncias e condições certas, os potenciais podem tornar-se forças. Os potenciais aparecem frequentemente sob a forma de uma capacidade. A terceira categoria de forças inclui défices que podem ser convertidos em forças. O desafio para a enfermagem, segundo Gottlieb (2016, p.416) "é perguntar se uma fraqueza ou défice se pode tornar numa força e, se a resposta for "sim", perguntar como é que isto pode ser feito". Numa circunstância, um comportamento pode ser um défice, mas quando o contexto ou circunstância muda, ou o ambiente é alterado, o mesmo comportamento é frequentemente uma força. Neste sentido, o cuidado baseado nas forças necessita que os enfermeiros criem ambientes promotores de saúde (Gottlieb, 2016, p.418).

Quando as pessoas e famílias se sentem ameaçadas e estão mais vulneráveis, naturalmente mobilizam os seus recursos com a finalidade suportar essas contrariedades. Trabalhar com as forças não é mais do que a ampliação dessa forma natural dos seres humanos reagirem.

O cuidado baseado nas forças é uma abordagem do cuidar, em que o enfermeiro identifica e desenvolve as forças da pessoa e da família, numa parceria colaborativa ajudando-os a lidar com os seus problemas e alcançarem os seus objetivos de saúde. Trabalhar com as forças capacita a pessoa de modo que lide, recupera, cure, e descubra um novo desígnio e sentido na sua vida.

É fundamental que os enfermeiros de família reflitam sobre a matriz conceitual e quais os contributos teóricos para a sua prática clínica. O desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem é um processo reflexivo, que permite a tomada de decisões efetivas e de qualidade essenciais à sua intervenção.

Deste modo, a incorporação das várias perspetivas, teorias e modelos permite aos enfermeiros orientar a sua prática direcionada à família. Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções (Figueiredo, 2012).

Da agregação conceptual descrita, emergiram vários modelos de avaliação e intervenção familiar, direcionados à família enquanto unidade e foco dos cuidados de enfermagem. 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).

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

Este modelo, considera que as famílias estão sujeitas a pressões causadas por fatores stressantes, e a reação da família a estas depende da intensidade com que esses fatores penetram na família, bem como da capacidade desta em manter a estabilidade. Existem linhas de resistência que protegem a estrutura, as funções e os recursos energéticos da família. A adaptação da família constitui o modo como ela preserva ou restaura a estabilidade diminuída após os fatores stressantes terem atravessado as linhas de defesa, alterando as funções habituais da família.

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

Este modelo é direcionado para três áreas: a área da promoção da saúde (de atividades de bem-estar, identificação de problemas e fatores familiares, nas linhas de defesa e resistência); a área da reação e estabilidade familiar (nas linhas de defesa e resistência) e a área do restabelecimento da estabilidade familiar e do funcionamento familiar (nos diferentes níveis de prevenção) (Hanson, 2005). O enfermeiro auxilia a família a encontrar os agentes

stressores e as forças da família, e em conjunto, planeiam intervenções que vão ao encontro das necessidades familiares (Kaakinen & Hanson, 2010).

O **inventário das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF)** é um instrumento de avaliação familiar, baseado no modelo de avaliação da intervenção familiar que tem como finalidade identificar situações de stress que ocorrem na família, bem como, identificar os pontos fortes que a mesma dispõe para manter o funcionamento familiar. Encontra-se dividido em 3 grupos: os fatores de stress dos sistemas da família em geral, os fatores de stress dos sistemas da família em específico e os pontos fortes do sistema familiar, obtendo informação da família de forma a determinar o nível de prevenção e intervenção necessários.

O **Modelo e formulário de Avaliação Familiar de Friedman**, alicerçado na Teoria Geral dos Sistemas, Teorias de Desenvolvimento e nas perspetivas estruturo-funcionais da família, é uma abordagem que assume importância pois capacita para a apreciação da família como um todo e proporciona orientações para a entrevista de modo a obter uma visão global sobre o que está a suceder à família (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

O formulário é constituído por 6 grupos de avaliação: dados de identificação, história e estágio de desenvolvimento familiar, dados do meio ambiente, estrutura familiar (comunicação, estruturas de poder, de papéis e de valores familiares), funções familiares (cuidados afetivos, de socialização e de saúde) e adaptação familiar ao stress e coping e tem como objetivo ser um guia orientador para a colheita de dados à família.

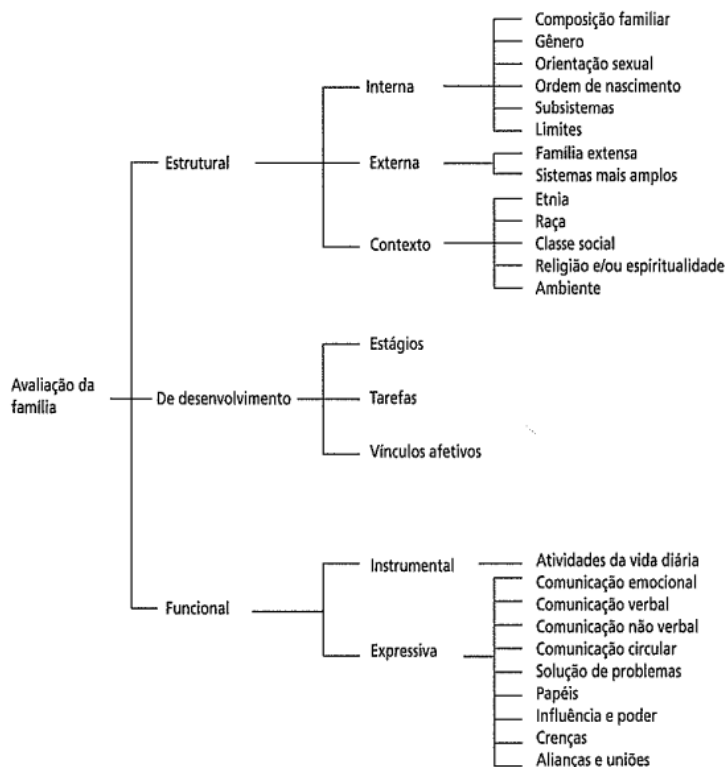
O **Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF)** foi desenvolvido e publicado pela primeira vez em 1984, pelas enfermeiras Wright e Leahey, para orientar a avaliação do sistema familiar. É uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança. É um modelo reconhecido mundialmente desde a sua primeira edição em 1984. É adotado por muitas faculdades e escolas de enfermagem do mundo e é mencionado com frequência na literatura, especialmente no *Journal of Family Nursing*. Também o *Internacional Council of Nurses*, o reconheceu como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Wright & Leahey, 2011).

Segundo Wright & Leahey (2011), o MCAF foi originalmente adaptado de uma estrutura de avaliação da família, desenvolvida por Tomm e Sanders (1983), e tem vindo a ser revisto e aperfeiçoado. É um modelo muito abrangente e inclusivo, que proporciona uma estrutura que pode ser desenhada nos contatos da enfermeira e família, na discussão dos problemas.

O MCAF consiste em três categorias principais: Estrutural, De Desenvolvimento e Funcional, que permitem obter uma macroavaliação dos pontos fortes e problemas da família.

Dependendo do seu nível de confiança e competência, os enfermeiros poderão efetuar uma microavaliação e exploração em detalhe das áreas específicas de funcionamento familiar (subcategorias). Segundo Wright & Leahey (2011), em qualquer situação, a enfermeira precisa de ter a capacidade de reunir e sintetizar todas as informações numa avaliação integrada, pois facilitará trabalhar com situações familiares complexas.

As categorias principais subdividem-se em várias subcategorias (Figura 19).



**Figura 19 – Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família**, Fonte: Enfermeiras e Famílias (Wright & Leahey, 2011)

Na avaliação estrutural de uma família, é necessário que os enfermeiros explorem a sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus membros e com elementos externos e qual o seu contexto. Na dimensão estrutural da família, podem ser avaliados três aspetos:

**Estrutura interna** (composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites). A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012).

**Estrutura externa** (família alargada e os sistemas amplos). É importante obter informação sobre a estrutura externa, para perceber a quantidade e qualidade do apoio que possa

existir, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2011). A família alargada ou extensa inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e os membros da família alargada. Relativamente aos subsistemas mais amplos, as mesmas autoras referem que esta subcategoria se refere a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família, neste caso, nuclear, tem um contacto mais significativo.

**Contexto** (etnia, raça, classe social, espiritualidade e ambiente).

A avaliação de desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte. Possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual (Figueiredo, 2012). E por outro lado, segundo a mesma autora, possibilita ainda, 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. São abordados os estágios do ciclo vital, o processo emocional de transição, as tarefas associadas a cada estágio e os vínculos (Wright & Leahey, 2011).

A avaliação funcional de uma família possibilita a avaliação dos “padrões de interação familiar”, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema (Figueiredo, 2012).

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

Segundo Wright & Leahey (2011), é importante que cada enfermeira decida quais as categorias relevantes e apropriadas para a exploração e avaliação com cada família e em cada momento no tempo. Ou seja, nem todas as categorias precisam de ser avaliadas num primeiro contato com a família, ou, algumas nunca precisarão de avaliação.

As mesmas autoras, advertem que, as enfermeiras devem reconhecer que as suas avaliações familiares baseiam-se nas suas experiências de vida pessoal, profissional, crenças e relacionamentos com os entrevistados; e que, não devem ser consideradas como “a verdade” sobre a família, mas, de certa forma, como uma perspetiva num determinado ponto no tempo.

Por outro lado, Wright & Leahey (2011) referem ainda, ser insuficiente focalizar-se nas dificuldades da família, no sentido de solucionar problemas, quando não se conhece a sua estrutura específica.

O **Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCAIF)**, publicado em 1994, está associado ao MCAF e é referido pelas autoras Wright & Leahey, como o “primeiro modelo de intervenção na família que surge no âmbito da enfermagem” (2011, p. 155).

O MCAIF é uma estrutura organizadora para conceituar a confluência entre um domínio particular do funcionamento familiar (cognitivo, afetivo e comportamental) e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro (Figura 20). Enfoca a promoção, a melhoria e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios.

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções oferecidas pelas enfermeiras
Cognitivo	"Ajuste" ou eficácia
Afetivo	
Comportamental	

**Figura 20 – Modelo Calgary de Intervenção na Família: Interseção dos domínios de funcionamento e intervenções familiares**, Fonte: Enfermeiras e Famílias (Wright & Leahey, 2011)

Este modelo ajuda a determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e a intervenção mais adequada para efetuar a mudança naquele domínio. Para Wright & Leahey “O processo de intervenção representa o núcleo da prática clínica com as famílias”, e “Existe um grande número de intervenções possíveis, mas as enfermeiras precisam adaptar as suas intervenções a cada família e ao domínio do funcionamento familiar” (2011, p.157).

As intervenções podem ser planeadas para promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar num ou nos três domínios, e a alteração num dos domínios pode afetar os outros.

A intervenção no sistema familiar de modo a promover ou facilitar a mudança é o aspeto mais desafiador do trabalho clínico com as famílias (Christoffel, Pacheco & Reis, 2008).

Wright & Leahey (2011) acreditam que as enfermeiras só podem oferecer intervenções à família e não instruir, dirigir ou exigir ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar. Para as mesmas autoras, as mudanças mais profundas e contínuas serão aquelas ocorridas no âmbito das crenças familiares (domínio cognitivo), ou seja, o que uma família pensa ser, assim ela é.

Wright & Leahey (2011), dão exemplos de intervenções e agrupam-nas em torno de um domínio específico do funcionamento familiar (cognitivo, afetivo e comportamental), mas

ressalvam que essas intervenções podem influenciar a mudança num só domínio ou em vários domínios simultaneamente (Quadro 1).

**Quadro 1 – Intervenções nos Domínios Cognitivo, Afetivo e Comportamental do Funcionamento Familiar,**

---

Intervenções para mudar o <b>Domínio Cognitivo</b> do funcionamento familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros</li><li>• Oferecer informações e opiniões</li></ul>
Intervenções para mudar o <b>Domínio Afetivo</b> do Funcionamento Familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Validar ou normalizar as respostas emocionais</li><li>• Incentivar as narrativas das doenças</li><li>• Estimular o apoio familiar</li></ul>
Intervenções para mudar o <b>Domínio Comportamental</b> do funcionamento familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los</li><li>• Incentivar o descanso</li><li>• Planear rituais</li></ul>

---

Fonte: Baseado em Enfermeiras e Famílias (Wright & Leahey, 2011)

De acordo com Wright & Leahey, “Uma das intervenções de enfermagem mais simples, porém poderosa para as famílias... é o uso de perguntas de intervenção” (2011, p.158). Estas destinam-se a efetuar ativamente uma mudança num ou nos três domínios.

---

#### 2.2.4 Entrevista

Geralmente, as perguntas de intervenção são de dois tipos: lineares e circulares. Segundo Wright & Leahey (2011), a importante diferença entre os dois tipos de perguntas é a sua intenção. As perguntas lineares exploram a perceção ou descrição de um problema por um membro da família, enquanto as perguntas circulares são direcionadas às explicações dos problemas, ideias, crenças, relacionamento entre os indivíduos.

As enfermeiras que conduzem as entrevistas com as famílias devem ter em consideração que o conhecimento de quando, como e qual a finalidade de propor perguntas é mais importante que a simples escolha de um tipo de pergunta em relação à outra (Wright & Leahey, 2011).

Wright & Leahey defendem que "para obter o envolvimento das famílias, as enfermeiras precisam ter bom conhecimento de modelos de avaliação e intervenção na família, e habilidades para entrevistar e perguntar" (2009, p.227). Neste contexto, para o sucesso do MCAF e MCAIF as autoras desenvolveram a entrevista de 15 minutos à família, com o objetivo principal de obter informações, de forma rápida, sobre a estrutura da família, os elementos de suporte que a rodeia, as suas crenças sobre os problemas de saúde e outras informações

que se inserem noutras categorias ou subcategorias que influenciam a adaptação da família aos aspetos relacionados com os fenómenos saúde/doença. Wright & Leahey referem que o conhecimento da família pode ser possível em reuniões muito breves com a mesma, afirmando mesmo que "uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família, pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa" (2009, p.227).

Assim, conduzida em colaboração com a família, a entrevista em quinze minutos pretende permitir aos profissionais de enfermagem uma melhor identificação e resposta às necessidades da família, a fim de facilitar o processo de recuperação da saúde ou de minimização dos efeitos da doença (Wright & Leahey, 2009).

É crucial que, antes das reuniões familiares, os enfermeiros de família, desenvolvam o objetivo, a finalidade da entrevista e compreendam o contexto familiar.

São descritos por Wright & Leahey (2009) cinco "ingredientes-chave" para o sucesso da entrevista, no entanto, só ocorrem num contexto de relacionamento terapêutico entre a enfermeira e a família (Quadro 2).

**Quadro 2 - Ingredientes-Chave da Entrevista em 15 minutos**

(continua)

Ingrediente-chave	Caraterísticas
<b>Conversa Terapêuticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma intervenção que todos os enfermeiros realizam, sem, por vezes, pensarem nela como tal;</li> <li>• São caracterizadas pela escuta ativa, demonstração de compaixão, fornecimento de reforços e informações;</li> <li>• Ajuda a família a expressar as suas preocupações e, por outro lado, a pensar de forma diferente sobre o problema, a mudar as suas expectativas, nas suas circunstâncias particulares.</li> </ul>
<b>Boas Maneiras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São atos de profunda educação e cortesia, de respeito e gentileza;</li> <li>• São fundamentais para o estabelecimento da uma boa relação terapêutica;</li> <li>• Têm também o efeito de instalar confiança nos elementos da família.</li> </ul>
<b>Genograma e Ecomapa da Família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São instrumentos que auxiliam na avaliação estrutural da família;</li> <li>• São de simples utilização e permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares.</li> <li>• Funcionam como fonte de informação, de forma sucinta, para o planeamento das estratégias.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São perguntas colocadas à família e que encorajam os membros a expressar as suas crenças, clarificarem a sua</li> </ul>

(conclusão)

---

<b>Perguntas Terapêuticas</b>	<p>compreensão sobre a doença e a refletirem sobre a situação que estão a viver;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• As questões circulares ou de intervenção são as mais úteis, porque se dirigem a uma explicação dos problemas e das inter-relações. Permitem, ainda, a abertura para um novo comportamento familiar, sendo uma estratégia que ajuda a família no processo reflexivo que poderá fornecer a mudança;</li><li>• As questões lineares são, essencialmente, de finalidade investigativa. Exploram as descrições ou percepção dos membros da família sobre o problema</li></ul>
<b>Elogiar as forças da família e do indivíduo (Commendations)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• São formas de sublinhar os recursos, as forças e as competências da família;</li><li>• Proporcionam aos elementos da família uma nova visão de si próprios, dando-lhes a oportunidade de olharem para o seu problema de saúde de forma diferente e de se orientarem para soluções, mas efetivas que reduzam o sofrimento atual ou potencial.</li></ul>

---

Fontes: Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. Wright & Leahey (2009) e Enfermagem com famílias: Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família. (Araújo, 2014)

Os locais para a entrevista podem ser vários (casa da família, numa instituição, na comunidade). Os enfermeiros e as famílias necessitam de considerar as vantagens e as desvantagens dos vários locais, adotando uma postura de flexibilidade na escolha do lugar apropriado, para uma finalidade específica da entrevista (Wright & Leahey, 2011).

No entanto, existem inúmeras vantagens concretas na entrevista domiciliar. Os vários membros podem estar presentes com mais facilidade; as oportunidades são maiores de encontrar pessoas significativas da família. Também é possível o conhecimento imediato do ambiente físico e ambiente social da família (rituais das refeições, hábitos sono...). Tem também o potencial de intensificar o relacionamento entre a família e o enfermeiro.

Como desvantagens, maior possibilidade de interrupções, e em situações de partilha de emoções intensas, os membros da família podem ficar sem refúgio, necessitando de maior espaço físico.

Em momentos de crise, as famílias quase sempre buscam conforto nas reuniões com os profissionais de saúde para a aquisição de informações precisas e atualizadas. Os enfermeiros, pelo facto de a crise ser autolimitada, têm de estar despertos para o momento certo para a sua intervenção limitada (Wright & Leahey, 2011).

Os modelos de avaliação e intervenção familiar permitem a flexibilização aos diferentes níveis de atuação e nas especificidades dos contextos, permitindo uma intervenção pautada pela

promoção de mudança e 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).

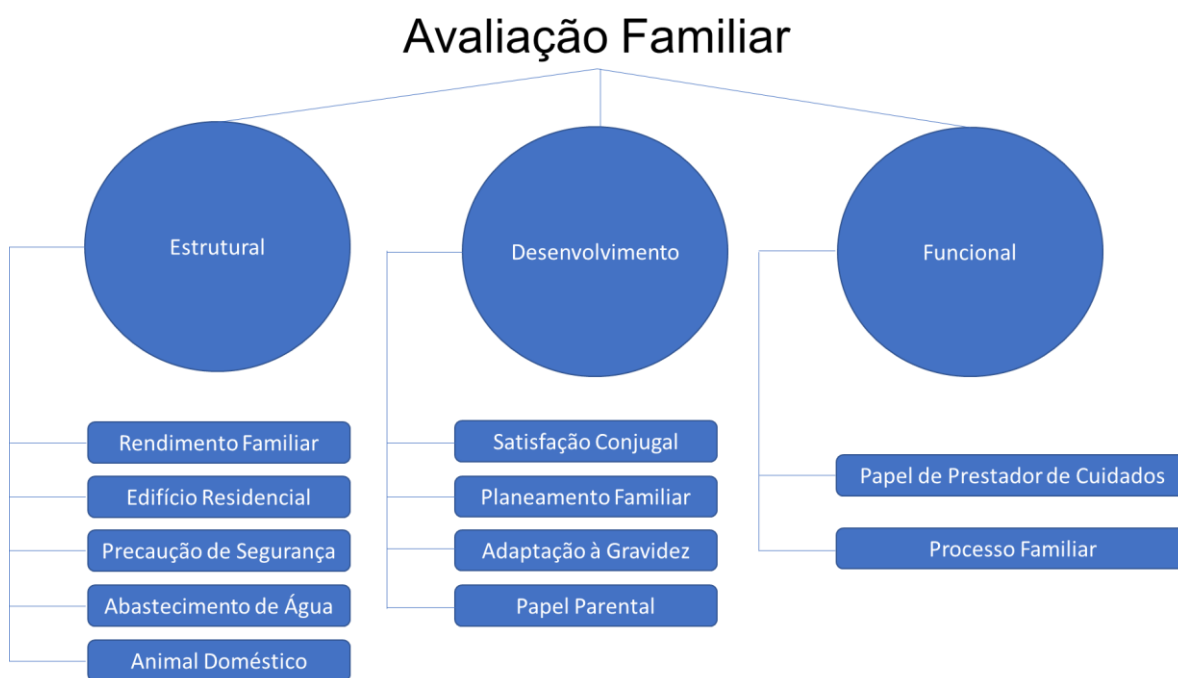
Para além dos modelos supracitados, surge também o **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar** (MDAIF), constituindo-se como referencial teórico e operativo, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo 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, abrangendo os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. Nos seus pressupostos é reconhecida a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, auto-organização e equifinalidade, 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 a 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).

Em dezembro de 2011, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, deliberou a adoção do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar.

O MDAIF fornece meios de conceptualizar um ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pelos enfermeiros. Auxíla na escolha do domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e na intervenção mais adequada para efetuar a mudança nesse domínio escolhido (Figura 21).



**Figura 21 – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**, baseado na Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012)

“A adoção do MCAIF (...) torna-se uma exigência na orientação e concretização da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar (Sousa, 2012, as cited in Figueiredo, 2012).

Wright & Leahey mencionam que “Depois de concluída a avaliação minuciosa, a enfermeira e a família podem então determinar se a intervenção é ou não necessária” (2011, p.149). Se for indicada a intervenção, os enfermeiros devem considerar de que forma intervirão para facilitar a mudança nos vários domínios do funcionamento familiar.

Assim as intervenções de enfermagem acontecem reciprocamente com a família, em contextos de intersubjetividade e complexidade, e advoga-se uma abordagem sistémica do cuidado à família para garantir cuidados competentes e de excelência (Santos, 2012).

Para a operacionalização dos vários modelos são fundamentais instrumentos de avaliação familiar que permitem reunir um conjunto de elementos essenciais à compreensão e funcionamento da família. Destacam-se alguns validados para a enfermagem:

O **genograma** é um registo gráfico da composição da família. Para ser eficaz deve ter pelo menos três gerações representadas de forma sequencial (Melo, 2020). Segundo este autor, é o instrumento mais elementar e basilar para a compreensão da estrutura familiar, mas que dá igualmente informações muito ricas sobre o padrão geracional da família, a etapa do ciclo de vida familiar em que se encontra.

Figueiredo (2012) define genograma como instrumento de recolha de dados da família, possibilitando a perceção da estrutura da família e dos seus problemas. Permite 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). Para além de um instrumento de avaliação é também de intervenção, pois permite a visão ampla da família de forma gráfica e objetiva.

O **ecomapa**, também ele uma imagem gráfica, explora as relações e ligações da família (habitualmente o agregado familiar) com o contexto externo. Evidencia por isso o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (Melo, 2020). No ecomapa são identificadas pessoas e 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).

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).

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).

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, a **Escala de Graffar**, avalia as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social ( alta, média alta, média, média baixa), de acordo com os itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Está bastante difundida, sendo relativamente simples e rápida de usar, 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 de 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). A escala do Apgar familiar integra cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar (Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão).

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 43 eventos, correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano (Figueiredo, 2012). Possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (Figueiredo, 2009).

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 entre outros instrumentos de avaliação e intervenção familiar, puderam ser operacionalizados em contexto dos ensinamentos clínicos durante o acompanhamento de várias famílias. No Apêndice I está documentada uma abordagem a uma das famílias eleitas para

avaliação e intervenção, numa fase do ciclo de vida particularmente impactante pelas mudanças ocorridas, quer pelo nascimento de uma criança, quer pelo diagnóstico simultâneo de doença oncológica de um familiar próximo.

Nesta perspetiva e como estratégia utilizada e desenvolvida durante os ensinamentos clínicos foram realizadas várias visitas domiciliárias. Estas são elemento fundamental na abordagem sistémica à família, na vigilância e promoção da saúde familiar. A visita domiciliária é uma oportunidade para uma intervenção efetiva dos enfermeiros especialistas em Saúde Familiar e outros profissionais das equipas multidisciplinares.

---

### 2.2.5 Visita Domiciliária

A visita domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital e facilita ao enfermeiro de família, ter uma perspetiva global da família e dos seus recursos, fundamentais para uma abordagem sistémica.

Nem sempre foi operacionalizada da mesma forma ao longo do tempo, sendo que o seu intuito e estratégias foram sofrendo alterações. Mandú et al. (2008, p. 132) referindo-se à visita domiciliária, dizem que “Na segunda década do século XX, a visita voltava-se para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto grupo social.” Os mesmos autores referem que no século XXI a visita é desafiante, pois, significa prestar cuidados à família, tendo em conta o seu contexto sociocultural de vida, focando-se na família como unidade central de atenção e nas suas diversas necessidades, tendo como finalidade não apenas a recuperação da doença ou reabilitação, mas também a promoção da saúde e prevenção da doença.

Várias têm sido as vantagens apontadas para a visita domiciliária. Mandú et al. (2008, p. 138) salientam os aspetos valorizados na visita como “(...) a atenção, a conversa, e o comprometimento profissional” e ainda que “(...) a visita gera produção de auto-estima, de esperança e bem-estar (inclusive para o próprio profissional)”. O recurso a esta abordagem estabelece-se também como meio facilitador de acesso aos serviços de saúde, o que é evidenciado por Mandú et al. (2008, p. 133) ao destacarem a importância dada à visita, por a mesma “(...) favorecer o reconhecimento da vivência de um dado problema de saúde e provocar a procura do serviço local”, sendo esta “(...) uma estratégia que viabiliza intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde da Família (USF) e vice-versa (...)”. A possibilidade de integrar o contexto familiar abre um conjunto de oportunidades para o enfermeiro, que ampliam a eficácia e efetividade da intervenção.

---

### 2.2.6 Visita Domiciliária ao Recém-nascido e à Puérpera

A VD ao recém-nascido e à família insere-se numa fase do ciclo de vida particularmente perturbadora, pelas mudanças que o nascimento de uma criança vem causar no seio da família, fragilizando-a e levando a adaptações no papel de cada um dos seus membros (Filipe, 2011).

É defendida pela OMS, pelo Plano Nacional de Saúde e pelo Programa de Saúde Infantil como uma medida que contribui para a saúde da família, sendo ainda importante na promoção do aleitamento materno.

A estratégia de visita domiciliária para proteção da maternidade e paternidade também é evidenciada no Decreto-Lei 70/2000 de 4 de maio, no artigo 8.º, alínea f: “Promover e incrementar a visita domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde”.

Neste contexto, é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco (programa saúde Infantil 2013).

Durante os ensinamentos clínicos, várias foram as visitas domiciliárias efetuadas como estratégia de intervenção nas famílias, com estabelecimento de relações interpessoais significativas e terapêuticas, nomeadamente a visita ao recém-nascido e puérpera como descrito no Apêndice I.

### 2.3 ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA

Inquestionavelmente, os enfermeiros interagem diariamente com as famílias em diferentes contextos, sendo a compreensão do impacto da saúde e da doença na família, fundamental na mudança para uma abordagem sistémica dos cuidados.

O seio familiar contribui significativamente para o processo de socialização, como refere Martins (2002, p.113) “A família é, sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade”. Sob outro ponto de vista, a família desempenha também um papel crucial na saúde e doença de um indivíduo, e cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade (Enelow, Forde & Brummel-Smith, 2004). Isoladamente numa situação de doença, a família poderá não ter a capacidade de dar uma resposta efetiva, tendo os profissionais de saúde, particularmente os Enfermeiros, um papel preponderante nesse

domínio. Estes são detentores de um conhecimento profundo das famílias, o que lhes permite dar resposta às necessidades em termos de cuidados, mas também, às necessidades de adaptação da família a uma nova realidade.

O desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem apontam cada vez mais, no sentido de reconhecer a família como um elemento proativo e essencial no processo de cuidados, numa parceria colaborativa, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude dos enfermeiros (Fernandes, Gomes & Martins 2015).

As políticas de saúde em Portugal também integram e salientam, na definição das suas estratégias, descritas na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020, a importância de cuidados de saúde centrados na família e no ciclo de vida.

Segundo Silva, Costa & Silva (2013), as orientações 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 domínio, Benzein, Arestedt & Jonhansson (2008a) apresentam a perspetiva de Söderström et al., que argumentam que, se os enfermeiros acreditam que as famílias e o relacionamento com elas são importantes para a qualidade dos cuidados, estarão mais predispostos a iniciar interações, resultando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias. A importância que os enfermeiros atribuem ao sistema familiar no processo de cuidado, define o tipo de relacionamento que se estabelecerá entre as partes. Uma postura positiva perante a família, implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico. Mesmo em situações de discordância de opinião, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e do envolvimento nos cuidados ao doente (Sousa, 2011). Manter uma atitude de apoio é um importante pré-requisito para o envolvimento das famílias no cuidado de enfermagem, e tais atitudes podem ser facilitadoras do relacionamento entre enfermeiros e famílias.

O termo atitude tem a sua origem etimológica no termo latino *aptitudine*, e do francês *attitude*, que remete para a forma de agir, modo de proceder, demonstração de uma intenção. Deste modo, uma atitude pode ser entendida como predisposição ou tendência interior de cada um, traduzindo-se em reações emotivas que se assimilam e materializam em comportamentos (Fernandes et al., 2015; Sousa, 2011). Estas reações emotivas levam o indivíduo a aproximar-se ou afastar-se da circunstância, se esta lhe for favorável ou desfavorável respetivamente. As atitudes são determinantes sobre o que o indivíduo irá gostar ou repudiar, o que fará nesta

ou naquela situação particular, a maneira como se relacionará com os outros, ou como irá reagir aos acontecimentos que surgirem na sua vida.

No estudo das atitudes dos enfermeiros face à família, entende-se atitude 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). De acordo com Angelo, Cruz & Mekitarian (2014), uma atitude envolve um componente afetivo, cognitivo e comportamental, sendo considerada uma resposta a um estímulo. A presença da família no ambiente de cuidado em saúde é o estímulo necessário para desencadear as atitudes que o enfermeiro assumirá para com ela, estando pautadas em sentimentos e emoções (componente afetivo), pensamentos e crenças (componente cognitivo), e nas tendências para reagir (componente comportamental).

Em conformidade com diversos autores para analisar as atitudes é fundamental considerar a sua estrutura. Rosemberg e Hovland (Ajzen, 1989) preconizam 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).

As atitudes dos enfermeiros são influenciadas pelas suas vivências, pelos seus próprios conceitos de família e cuidados à família, tornando desta forma, a tomada de decisão, o planeamento e implementação de cuidados dependente dessas experiências vividas pelo Enfermeiro (Rodrigues, 2013). Portanto, a formação das atitudes é influenciada pelo processo de socialização, sofrendo por isso o reflexo dos padrões culturais vigentes, e à medida que o indivíduo se desenvolve, também as atitudes se vão estruturando pelas experiências da vida e formação.

Segundo Rodrigues (2013), as atitudes são determinantes das decisões e das ações de cada ser humano, e, por conseguinte, 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.

Deste modo, 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 (Cossette et al., 2016 as cited in Frade et al., 2021).

O modelo de parceria de cuidados de enfermagem com a família, requer ser devidamente concetualizado e aplicado pelo enfermeiro, por um lado, para que este não se sinta ameaçado pela presença do familiar, nem para que o familiar seja visto como um elemento substituto de algumas das suas funções. Os enfermeiros, independentemente da área de especialidade, devem estar habilitados para envolver as famílias nos diversos domínios da sua prática clínica, promovendo a capacitação e empoderamento da família na resolução dos seus problemas.

Segundo Oliveira et al. (2011), o processo de cuidar é condicionado pelas atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família, tendo desenvolvido um estudo que permitisse analisar 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, e nos contextos de intervenção terapêutica com as famílias, as atitudes dos enfermeiros representam a convicção dos mesmos sobre a importância de integrar as famílias no processo de cuidados, estabelecendo práticas conducentes à potencialização funcional familiar.

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

No atual enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários, as de Unidades de Saúde Familiar têm vindo a demonstrar ser, um contexto evidenciador do papel do Enfermeiro de Família e integram um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, surgindo assim, como contexto ideal para orientar o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Araújo, 2014).

O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 4º, nº1, descreve a enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015).

A prática do enfermeiro de família está consagrada no Decreto-Lei (DL) n.º 298/2007 de 22 de agosto, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

O DL 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como sendo «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade».

Distingue-se, desta forma, o papel do Enfermeiro de Família, que desenvolve a sua atividade integrada numa equipa multidisciplinar e atua num contexto de contiguidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica. O Enfermeiro de Família assume um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família reconhecendo a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

Existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, devidamente reconhecida pelo órgão regulador - OE, que atribui o título de Enfermeiro Especialista. Neste contexto, e segundo Lopes, Gomes & Almada-Lobo (2018), as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes. Os resultados mais relevantes dos estudos que avaliam a prática especializada em Enfermagem mostram precisamente o seu efeito positivo na qualidade dos serviços de saúde prestados e na melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Lopes et al., 2018).

Para Rebelo (2005), as competências em enfermagem referem-se às características de cada indivíduo, às suas potencialidades, habilidades, capacidade de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade, comportamentos estruturados e ainda conhecimentos gerais e específicos.

Dias (2006), distingue a noção de competência em enfermagem, em termos de estrutura, identificando-a como um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados, em função das características, e, em termos da ação que o enfermeiro tem de desenvolver no “bom” exercício da sua atividade profissional. Salienta ainda a necessidade de formação que inclua uma componente prática e treino de capacidades para trabalhar em grupo, preparando para a aprendizagem cooperativa, com inter-relacionamento complexo de pessoas, cultura e papéis organizacionais.

Em Portugal, no Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) (OE, 2009), o enfermeiro especialista possui 4 domínios de competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Aprendizagens profissionais. Possui também um domínio de competências específicas que provêm do campo de intervenção definido para cada área de especialidade.

As competências específicas são definidas, como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento 140/2019, OE).

A nível internacional, em diversos países, a tendência é o desenvolvimento da especialização em enfermagem com a determinação do papel do enfermeiro com funções avançadas dotado de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar atividades do seu âmbito de competência mais complexas, que vão além do domínio dos cuidados gerais.

Um Enfermeiro de Prática Avançada de acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada (Lopes et al., 2018).

Em Portugal, o exercício profissional de Enfermagem Familiar, como área especializada, adota o enquadramento Conceptual dos Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, publicado pelo Conselho de Enfermagem da ordem dos enfermeiros, em dezembro 2001, dos

quais emerge a especificidade dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros desta área de especialidade (Regulamento 357/2015, OE).

O desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática, conduzindo à melhoria e garantia na qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde, e consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha esta exigência, atribuindo o título de enfermeiro especialista em várias áreas. A atribuição deste título 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).

As competências do enfermeiro especialista encontram-se descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República.

As Competências Comuns são “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” (OE, 2019). Estas estão agrupadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

---

#### 3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o artigo 8º do REPE, os enfermeiros deverão no exercício das suas funções “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015).

Os enfermeiros devem acima de tudo defender e respeitar os direitos da pessoa de quem cuidam, pessoa, família ou comunidade.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolveu uma prática profissional e ética na prestação de cuidados de enfermagem ao utente/família, respeitando os direitos humanos e deontológicos inerentes à profissão.

O sigilo profissional é o dever, por parte dos profissionais de saúde, de respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada, e à confidencialidade das informações e dados pessoais. Só desta forma se consegue garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde, estabelecendo o enfermeiro uma relação terapêutica com as pessoas de quem cuida, solidificada na confiança (Pereira, Macedo & Mendes, 2012).

Também o consentimento informado, esclarecido e livre é fundamental na relação enfermeiro e utente/família. Através dele foi possível conectar com as famílias de forma a efetivar a sua avaliação e dar continuidade ao seu processo de formação adquirindo novas competências e aperfeiçoando outras.

Estabeleceu uma relação terapêutica, solidificada na confiança, sendo que a estratégia de intervenção baseada no conhecimento e experiência, foi construída em parceria com a família, respeitando os seus valores, costumes e crenças, salvaguardando o seu direito ao sigilo, no acesso à informação, à privacidade e à escolha dos cuidados. Simultaneamente, a integração na equipa da UCSP Norte, possibilitou-lhe assistir e realizar consultas autónomas e interdisciplinares e de participar com a equipa na construção de tomada de decisões, segundo princípios, valores e normas deontológicas. Selecionou as respostas mais pertinentes, a partir das múltiplas opções no julgamento de enfermagem, baseado no conhecimento e experiência, no conhecimento do enquadramento jurídico e orientada no cumprimento da deontologia profissional.

Adotou uma conduta antecipatória garantindo a segurança, a privacidade e dignidade do utente e família, tendo avaliado continuamente os resultados dos processos de tomada de decisão. Identificou as necessidades, adequou intervenções por forma a alcançar ganhos em saúde considerando os princípios éticos da profissão e a prática baseada na evidência.

---

### 3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Na esfera da melhoria contínua da qualidade o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades com o objetivo de contribuir na conceção, operacionalização, divulgação e adaptação de projetos institucionais na área da qualidade, até ao nível operacional. Neste sentido, envolve-se na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional agilizando a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e coopera na realização de atividades na área da qualidade e em

protocolos da qualidade com outras instituições contribuindo na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

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

Ao mesmo tempo, o enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, será necessária uma eventual retificação, implementando programas de melhoria contínua. Para tal, usa a evidência científica e as normas necessárias, utilizando indicadores e instrumentos adequados para a sua avaliação, analisando de novo os resultados obtidos. Este processo permite identificar oportunidades, estabelecer prioridades, selecionar estratégias, agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática e fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade

Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa/família como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e prevenção de acidentes. O enfermeiro atua proativamente e promove a envolvimento adequada ao bem-estar gerindo o risco.

Neste sentido, promoveu um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da família, tanto em contexto domiciliário como na unidade, respeitando sempre a identidade e necessidades familiares; assegurou a aplicação dos princípios na garantia de segurança da administração de substâncias terapêuticas; cooperou na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; colaborou nos planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

A formação em serviço é reconhecida como um instrumento de atualização científica e de melhoria da qualidade de cuidados. A procura da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro especialista tem um papel basilar na atualização de conhecimento, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. É assim, um elemento importante na área da formação, na medida em que mobiliza conhecimentos, partilha experiências e estimula a mudança, conduzindo ao crescimento e desenvolvimento de uma equipa.

Ao caracterizar a UCSP Norte e durante a análise dos indicadores no BI-CSP, constatou que os indicadores relativos às consultas de enfermagem no domicílio ao recém-nascido e puérpera em abril 2022, se encontravam baixos (Tabela 12).

**Tabela 12 – Indicadores Relativos a Consultas de Enfermagem no domicílio ao recém-nascido e puérpera da UCSP Norte**

2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL	N	202204	10,00	50,00	100,00	100,00	2,27273	0,000
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL	N	202204	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00000	0,000

Fonte: BI-CSP

No decorrer dos ensinamentos clínicos II e III planeou, fomentou e dinamizou a visita domiciliária (VD), mais especificamente ao recém-nascido e puérpera, como estratégia comunitária que permitiu o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. Desta forma envolve-se de forma ativa e intencional na melhoria contínua da qualidade da UCSP Norte e na prática de saúde familiar.

A VD foi identificada como uma mais-valia pela equipa de enfermagem do polo onde realizou os ensinamentos clínicos, tendo sido planeada e executada uma ação formativa a toda a equipa de enfermagem da UCSP Norte: Visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera e respetivos registos no SClínico®, bem como a elaboração de um folheto informativo (APÊNDICE II). A formação incluiu ainda parametrização registos no SClínico®, com o objetivo de promover a uniformização dos registos na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar. Esta formação foi apresentada em conjunto com a colega de estágio e de curso, Helena Lobo. Com forte adesão e com avaliação positiva, resultou na intenção de implementação desta boa prática na unidade, bem como, promover a uniformização dos registos no SClínico® na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar (APÊNDICE III)

Desta forma assumiu um papel dinamizador no desenvolvimento e operacionalização do projeto da visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera e uniformização de registos, mobilizando conhecimentos e experiência, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade como iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Considera que a formação e desenvolvimento profissional devem estar direcionados para o desenvolvimento de competências profissionais e conciliar as necessidades e interesses estratégicos do sistema de saúde com os as necessidades e motivações dos enfermeiros. Ao longo do presente mestrado manteve a formação contínua como formanda em várias áreas:

- “Planeamento Estratégico de Unidades de Saúde- Dificuldades do Passado e Compromissos para o Futuro” (IPL – 13 novembro 2021);
- “Limpar e Desbridar: Ferida Aguda # Ferida Crónica” (Urgo-Medical – 2 março 2022);

- 1º Encontro Internacional “Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica” (Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano – 14,16 e 18 março 2022);
- “Introdução à ferramenta H5P” (IPL – 18 março 2022);
- “Terapêutica Nutricional na Diabetes Tipo 2” (Ascensia – 30 março 2022);
- “É para cicatrizar? Pilares da infeção das feridas -Modelo Real” (Urgo-Medical – 27 abril 2022);
- «A Supervisão Clínica como Estratégia para o Desenvolvimento Profissional” (OE, 13 de julho de 2022);
- “Também Cuidamos de Nós” (OE ,14 julho 2022);
- “Primeiros socorros- hidrobalneoterapia” (formação modular certificada, 13 setembro de 2022);
- “Analgésicos locais VS Choque anafilático” (OE, 6 outubro 2022);
- “Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica” (Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, 14 novembro de 2022);
- “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º Webinar: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família” (Escola superior de Enfermagem de Lisboa, 2 de março de 2023).

---

### 3.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados é fundamental o conhecimento aprofundado da organização e funcionamento do serviço, da equipa multiprofissional e suas responsabilidades, de forma a adaptar e otimizar os recursos disponíveis de forma segura e com qualidade. Este conhecimento e articulação de recursos foi adquirido ao longo do percurso nos diversos ensinamentos clínicos.

Otimizou respostas de enfermagem e da equipa de saúde, colaborando nas decisões da equipa de saúde. Reconheceu quando “referenciar para”, na situação do problema identificado anquiloglossia do recém-nascido, tendo articulado com equipa hospitalar uma avaliação para resolução da situação física e que envolvia ansiedade dos pais; ou ainda, numa outra família com necessidade de mudança e intervenção no domínio estrutural, no que diz respeito ao rendimento familiar (insuficiente), edifício residencial (não seguro) e abastecimento de água (não adequado), tendo encaminhado para assistente social e recursos da comunidade.

Colaborou em métodos de organização do trabalho adequados, sendo responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e famílias do ficheiro de família atribuído. Participou em todas as atividades de enfermagem, considerando todas as oportunidades de desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos otimizando os recursos disponíveis.

O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros define as condições indispensáveis quanto às orientações e regras necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, aprovando a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Para este cálculo devem ser consideradas as competências profissionais, a arquitetura da instituição e a descentralização de serviços, entre outros. Trata-se de um instrumento de apoio à gestão. Neste domínio, verificou que no ficheiro que acompanhou, são ultrapassados tanto o número de utentes como o de famílias recomendados para cada enfermeiro. É de destacar, no entanto, o esforço desenvolvido por todos os profissionais, que, apesar das limitações existentes continuam a esforçar-se, no sentido de suprir estas lacunas em prol da saúde da sua população, revelando uma extraordinária capacidade de trabalho e resiliência, pouco valorizada.

---

#### 3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Demonstrou capacidade de autoconhecimento, que considera central na prática de enfermagem, tendo consciência de si própria enquanto pessoa e enfermeira. Otimizou o autoconhecimento para facilitar o relacionamento com a equipa multidisciplinar e com os utentes/famílias. Reconheceu quais os seus recursos e limites pessoais e profissionais.

Facilitou aprendizagens em contexto de trabalho, com troca de experiências com a equipa de enfermagem e médica. Mobilizou conhecimentos adquiridos em contexto profissional e académico. Rentabilizou todas as oportunidades de aprendizagem, em situações do contexto da prática e fora desta.

Aplicou o processo de enfermagem a várias famílias, encontrando-se documentado um desses processos de família no Apêndice I.

Recorreu às tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

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

## 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Considerando as necessidades de cuidados especializados de enfermagem em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a impreterível necessidade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, estão plasmadas no art.º 3.º e Anexo II do Regulamento nº428/2018, do Diário da República, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, e que são:

- ❖ 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;
- ❖ Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Atendendo a que, as famílias evoluem através de transições, e os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares (Figueiredo, 2009), e que os objetivos da enfermagem de família se centram na qualificação da família na construção e desenvolvimento de competências para encarar positivamente os processos de mudança, foram alvo de avaliação e intervenção algumas famílias do ficheiro do enfermeiro de família.

Os momentos de transição, que requerem mudanças na estrutura familiar, com alteração de papéis e funções, devem ser encarados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Saúde Familiar como uma oportunidade e como um contexto de promoção da saúde.

De acordo com Santos (2012), o enfermeiro de família tem como principal função facilitar os processos de transição no ciclo de vida da família, tendo como base a teoria das transições de Meleis. Assim, a finalidade da intervenção de enfermagem é efetuar mudanças que ajudem o indivíduo e a família a darem respostas mais efetivas aos problemas de saúde, criando um contexto favorável à mudança.

---

### 3.2.1 Cuidar da Família como Unidade de Cuidados

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

A abordagem sistémica da família imprime ao trabalho do enfermeiro uma dinâmica interativa num contínuo entre o todo e as partes e vice-versa perseguindo a adaptação em processos de saúde/doença (Santos, 2012).

---

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

Com lugar privilegiado na equipa multidisciplinar, devido à proximidade e múltiplas oportunidades que teve em conhecer os utentes/família, estabeleceu com estes, uma relação terapêutica de confiança, onde foi possível desenvolver sentimentos de “segurança”, “estabilidade”, “suporte/apoio”. Estas oportunidades conferiram-lhe o papel de agente facilitador da mudança, fornecendo para isso, a informação necessária, que é geradora de alternativas, e que permitiu ao utente/família a tomada de decisão, efetuar opções de vida, de forma livre, autónoma, consciente e responsável. Estimulou a participação das famílias em todo o processo de cuidar, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

A relação única co construída com as famílias permitiu a prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade. Para tal, abordou as famílias com disponibilidade, estabeleceu o diálogo para responder às suas necessidades e reforçou os seus pontos fortes no âmbito da saúde. Configurou planos de ação, onde assumiu o papel promotor da saúde e prevenção da doença.

---

### **Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família**

A identificação colaborativa das necessidades da família e a subsequente enunciação de diagnóstico constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar (Figueiredo, 2012).

Com a informação colhida durante as várias entrevistas, em contexto domiciliar ou institucional, e a utilização de diversos instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II), Apgar Familiar de Smilkstein, Questionário das Forças Familiares, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de Perceção de stress (EPS), Escala de Resiliência Connor- Davidson (CD-RISC), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), foi possível avaliar as famílias ao nível estrutural, desenvolvimental e funcional.

Com as famílias sinalizou, identificou as necessidades, os pontos fortes e rede de suporte social, o que lhes possibilitou a tomada de consciência mais profunda dessas forças como alavancagem na resposta em relação à sua situação.

A colheita de dados pertinentes, permitiu conhecer a família no seu contexto, envolvendo os familiares nos cuidados e / ou perceber qual a sua dinâmica, identificando as suas necessidades e alternativas de cuidados específicas á sua condição.

---

### **Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas**

Monitorizou as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, considerando a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.

A transição vivida pela família documentada no Apêndice I, relativamente ao nascimento da filha, por si só, não representa uma situação complexa, por se tratar de uma transição normativa. No entanto, com a sobreposição de diagnóstico de anquiloglossia do recém-nascido e diagnóstico oncológico de um familiar próximo (recidiva de cancro da mama), torna-se numa situação complexa e imprevisível que ocorreu no seio familiar, geradora de mal-estar psicológico na família, que se manifestou por ansiedade e preocupação. Foi possível monitorizar as diferentes respostas. O facto destas transições, normativa e não normativas ocorrerem em simultâneo, aumentam a complexidade da situação. Foram ponderados novos focos de atenção e diagnósticos, avaliando desta forma, o estado de reciprocidade entre os indivíduos, família, saúde e meio envolvente.

---

### **Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica**

O pensamento crítico e sistemático é fundamental para a abordagem sistémica da família e para a análise de dados sustentado nos focos de intervenção de enfermagem familiar.

A prática de enfermagem baseada na evidência é uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais adequadas (Peixoto, Pereira & Martins, 2016).

Neste sentido, associada à pesquisa e estudo autónomo, foram mobilizados todos os conhecimentos e prática adquirida, para as decisões clínicas, respeitando os valores, crenças e preferências da família e de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi criado sempre um ambiente seguro para a discussão de temáticas com a família e analisada a dinâmica familiar e fatores que influenciam os cuidados de enfermagem.

Foram utilizados vários instrumentos validados de avaliação familiar.

O plano de cuidados foi desenvolvido em colaboração com a família, no sentido de alcançar resultados desejados pela mesma.

---

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

Foi preocupação constante, promover o diálogo familiar na definição de objetivos de saúde, utilizando estratégias motivacionais e criativas. Da interação estabelecida, foram incorporadas respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem.

Foram desenvolvidos com a família formas de lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos na saúde. Destaco a ansiedade vivida na família avaliada e documentada, pela incerteza do desfecho da condição de doença do familiar e condição física do recém-nascido.

Foram garantidas a segurança e qualidade dos cuidados de saúde implementados.

Considera a sua prática de enfermagem familiar enquadrada no nível IV em que a família é tida como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente (Friedman, Bowden e Jones, 2003).

---

### **Facilita a resposta da família, em situação de transição complexa**

A escolha da realização de visitas domiciliares como modalidade de intervenção de promoção da saúde e da parentalidade positiva, facilitou o envolvimento da família, permitindo-lhe que no seu ambiente, pudesse exprimir as suas necessidades.

A família foi encorajada a partilhar a sua história, nas diversas entrevistas. A procura e identificação das forças, das oportunidades de crescimento e mudança, foi sempre uma constante.

Foi também garantida uma recuperação segura e readaptação no pós-parto, bem como as respostas aos cuidados no seio da família no seu domicílio.

Assumiu a sua atuação como enfermeira na área de saúde familiar, com a responsabilidade pela visita domiciliária a este grupo específico, puérpera, recém-nascido e família, sendo estes o foco de cuidados.

Foi discutido regularmente com a família sobre o seu progresso no alcance dos seus objetivos, os desafios, o seu crescimento, incentivando o feedback familiar.

Procurou documentar o processo de cuidados, integrando a família, saúde e ambiente.

---

### **Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar**

Todo o seu processo de aprendizagem e aquisição de competências especializadas foi acompanhado de uma avaliação contínua da prática, enquanto enfermeira de família, no progresso familiar e nos resultados, no sentido de melhorar o desenvolvimento profissional e pessoal. Foi constante a reflexão sobre a interação com a família.

Colaborou com a equipa na resolução de problemas de enfermagem de saúde familiar. Houve troca de opiniões e conhecimentos, mais frequentemente com a enfermeira orientadora, na difusão do processo do pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. Foi

possível envolver toda a equipa de enfermagem, particularmente no que diz respeito à implementação da visita domiciliária à puérpera e recém-nascido e respetivos registos no SClinico, no âmbito do programa de saúde familiar.

Todos os cuidados de enfermagem familiar foram prestados de acordo com os padrões preconizados.

---

### **Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**

Sistematicamente criou momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados baseados sempre na evidência clínica e investigação.

Aplicou um questionário de avaliação da visita domiciliária à família (APÊNDICE IV), com escolha de respostas, Nada satisfeita/ Pouco satisfeita/ Satisfeita/ Muito satisfeita, onde se abordaram os seguintes itens:

- A informação recebida foi adequada às minhas necessidades
- A visita constituiu um ótimo meio para esclarecimento das minhas dúvidas
- A visita contribuiu o aumento de conhecimentos
- A visita proporcionou-me aumento de confiança nos cuidados ao bebé
- Aconselho a visita a outras mães/famílias
- O tempo da visita foi adequado
- Avaliação geral da visita

É importante fazer a avaliação da VD, dado que permite ao enfermeiro verificar se o método utilizado foi o mais adequado e se foram aplicados os princípios fundamentais da VD (processo de enfermagem), com vista a atingir os objetivos definidos.

A avaliação da visita pelo casal estudado, correspondeu ao nível: Satisfeita e Muito Satisfeito Carvalho e Tavares (2010), salientam que as visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar, servem para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Os enfermeiros estão aptos para avaliar a mulher, a criança e o ambiente familiar, para responder a perguntas, orientar e, se for necessário, encaminhar para os recursos da comunidade, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Lowdermilk e Perry, 2008).

---

### 3.2.2 Liderar e Colaborar nos Processos de Intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar

---

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

O estágio I permitiu conhecer a estrutura e funcionamento da UCSP Norte e estabelecer relações assertivas com toda a equipa. No estágio II e III, foi fundamental a colaboração interdisciplinar em relação aos cuidados de saúde à família, na referenciação para outros profissionais e unidades de saúde permitindo a continuidade de cuidados. No seguimento da família em estudo, esta foi encaminhada para o hospital de referência para resolução da anquiloglossia da bebé. Outra família foi orientada para a assistente social, e outra para recursos na comunidade como apoio de lar em modalidade centro de dia.

---

### **Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**

O SClínico® insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permite homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

Foi possível, no programa de Saúde Familiar, Planear, Desenvolver e Avaliar, cuidados globais à família utilizando os sistemas de informação, nomeadamente o SClínico®, com objetivo principal de documentar os procedimentos realizados e de sistematizar informação colhida. Embora permita o registo de dados de avaliação familiar como habitação, escala de *Graffar*, etapas do ciclo vital de *Duvall*, tipo de família, o SClínico® tem ainda muitas lacunas no que diz respeito por exemplo, ao registo do Genograma, o Ecomapa, a escala de Readaptação Social de *Holmes & Rahe*, o FACES II, a escala de APGAR familiar de *Smilkstein*, entre outros. Nesta análise, constata-se que os sistemas de informação não refletem ainda, a globalidade dos cuidados de enfermagem de família, o que impede a avaliação objetiva dos ganhos resultantes desta prática especializada. Este será um caminho a percorrer e uma oportunidade de intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem familiar, com o objetivo de melhorar o modelo de avaliação familiar e a sua transposição para o SClínico® de forma a dar visibilidade à sua prática.

A. equipa de enfermagem demonstrou total disponibilidade e interesse na abordagem sistémica à família, pelo que considera ter promovido uma visão partilhada de enfermagem de saúde familiar. Com a formação sobre visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera e

registo no SClínico® desenvolvida com equipa de enfermagem da UCSP Norte, proporcionaram-se momentos únicos de partilha de experiências e conhecimentos, determinantes para despertar para a importância da inclusão da família nos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro de família orienta a sua prática para o apoio a pessoas e famílias a ultrapassar situações de crise ou vulnerabilidade, assim como a lidar com incapacidades crónicas, acompanhando cada indivíduo/família no seu ambiente natural. A sua prática não se limita às diligências para a recuperação, alargando-se à prevenção de comportamentos de risco e ensino de estilos de vida que visem a manutenção da saúde.

A nível da prevenção primária, as atividades praticadas com as famílias têm como objetivo a remoção de causas e de fatores de risco de um problema de saúde individual ou familiar, antes do desenvolvimento de alguma condição clínica. Subdivide-se em dois níveis a Promoção de Saúde e Proteção Específica. Na área da promoção de saúde familiar, implementou ações de promoção da saúde, com intervenções no funcionamento familiar, nos diversos domínios: cognitivo, comportamental e afetivo, durante a realização de consultas de enfermagem nos diferentes programas de saúde e na visitação domiciliária. Na área da proteção específica, destaca as imunizações contra algumas doenças infecciosas; a toma da vitamina D para prevenção do raquitismo; ou o uso de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Foi imprescindível o estabelecimento de relações terapêuticas, colaborativas e de confiança, favorecendo a autonomia da pessoa e família, estimulando a uma vida mais saudável e capacitando para a tomada de decisões promotoras de saúde de forma autónoma.

No acompanhamento da família que documentou, as ações foram variadas e envolveram estratégias efetivas destinadas a propiciar o normal desenvolvimento da criança que iria nascer e melhorar a estabilidade familiar. Assim, ainda na fase pré-natal, destaca o compromisso de adesão às consultas, o apoio psicológico da gestante; prevenção dos fatores de risco; a preparação psicológica para o parto e do desenvolvimento efetivo do papel do pai e mãe, bem como os benefícios emocionais e estimuladores do aleitamento materno, no crescimento e desenvolvimento da criança. Também foi evidenciada a importância da família, em especial dos pais, na função de mediadores na estimulação da criança e também da comunicação e relações com as pessoas do seu núcleo familiar.

A prevenção secundária é o conjunto de ações que visam identificar e corrigir, o mais precocemente, qualquer alteração na saúde por forma a reestabelecer o indivíduo e família, ou pelo menos, condicionar favoravelmente a evolução da situação, para a cura e/ou redução

das consequências da doença. Portanto, a prevenção secundária tem como foco detetar um problema de saúde em estadio inicial, reduzindo ou prevenindo a sua disseminação e efeitos a longo prazo. Um exemplo de ação nesse sentido são os rastreios para diagnóstico precoce (rastreamento da fenilcetonúria no recém-nascido; rastreios visuais, rastreio e vigilância da pressão arterial, glicémia). Inclui a vigilância, aconselhamento e educação da pessoa e família que necessitam de cuidados por um período prolongado, com o objetivo de promover a aceitação do estado de saúde, da autovigilância, da gestão e adesão ao regime terapêutico. Destaca o auxílio e incentivo da pessoa/família, na aquisição de competências de autocontrolo de doenças crónicas (pessoa com diabetes, hipertensão, dor crónica...).

A prevenção terciária, é o conjunto de ações que objetivam reduzir os prejuízos funcionais e incapacidades consequentes de uma situação aguda ou crónica, por forma a permitir a rápida reintegração na sociedade, da pessoa/família, com redução dos custos económicos e sociais.

Incluem-se na prevenção terciária a administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação. Incentivou a pessoa/família na adesão ao plano terapêutico para a estabilização da situação, recorrendo à educação imprescindível na promoção e recuperação da saúde.

Destaca ainda, neste nível de prevenção, a estreita colaboração com outros profissionais da equipa de saúde, em especial com a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação da UCC Dr. Arnaldo Sampaio, em sessões de fisioterapia respiratória. Direcionadas a utentes com patologia respiratória, na maioria com DPOC, colaborou em 2 sessões na UCSP Norte, durante o ensino clínico III.

O conceito da prevenção quaternária, surge a partir da tomada de consciência de que o excesso de intervenção pode gerar mais prejuízos que benefícios. A prevenção quaternária é um conceito fundamental nos serviços de saúde, principalmente nos CSP com o objetivo de proteger indivíduos de ações nocivas e desnecessárias, como por exemplo, excesso de medicação, ou cirurgias desnecessárias. Assim, consequentemente, estimula os profissionais de saúde a repensar sobre as condutas empregadas durante o cuidado clínico, instigando no seu exercício profissional, possibilidades para a proteção das pessoas.

Recentemente, surgiu um novo nível de prevenção – a prevenção quinquenária, que consta em acautelar o dano no doente, atuando nos profissionais de saúde. A prevenção quinquenária surgiu da necessidade de dar resposta ao *burnout* dos profissionais de saúde, ou seja, reconhecer esta entidade como um fator de risco que poderá comprometer a prestação de cuidados. Em contexto da pandemia do COVID-19, o esgotamento dos profissionais de saúde da linha da frente e rotura dos serviços de saúde foi uma preocupação

para todos, e que ainda hoje, se manifesta nestes profissionais. O *burnout*, sobretudo numa fase de maior exigência de resposta dos cuidados de saúde, poderá pôr em causa tanto a qualidade dos cuidados prestados aos doentes como também a relação profissional de saúde-doente-família.

As estratégias da prevenção quinquenária têm como objetivo aumentar a motivação dos profissionais de saúde diminuindo situações de erro, e são soluções efetivas com ganhos evidentes na produtividade e na qualidade da saúde para os profissionais e, por sua vez, para os doentes nos serviços que lhes são prestados. Assim, é fácil perceber que as condições para que os profissionais de saúde se sintam bem no seu local de trabalho, são requisitos fundamentais para o sucesso das intervenções em saúde.

Segundo Santos (2019), os profissionais que se conhecem, que são reconhecidos por si próprios, que expressam livremente as suas ideias criativas e necessidades serão, provavelmente, profissionais mais felizes e tomarão decisões mais assertivas, ponderadas e com menos erros no cuidado do próximo. Como qualquer relação interpessoal, a relação profissional de saúde/paciente é muito beneficiada com as medidas de prevenção quinquenária: “há um profissional que é cuidado durante o processo do cuidado do próximo e há um próximo que recebe os cuidados refinados de quem se cuida” (Santos, 2019, p.5).

Em síntese, este percurso de aprendizagem permitiu adquirir e ampliar competências especializadas comuns e específicas de enfermagem de saúde familiar, reconhecendo a complexidade e unicidade do sistema familiar. Numa perspetiva desenvolvimental ecossistémica, foi possível interpretar as diferentes configurações familiares, que se autodefinem, com funções específicas do seu desenvolvimento, e que, com as propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização apresentam uma estrutura e organização próprias. São sistemas constituídos por diferentes subsistemas e que integram suprassistemas mais vastos.

Em constante transformação, a família durante o seu processo de desenvolvimento ligado ao ciclo vital, está sujeita a transições normativas, mas também sujeita a ocorrências geradoras de stress familiar que implicam transições situacionais e de saúde/doença. Foram identificados processos de evolução transacional familiares que levaram à mudança e crescimento. Nesta perspetiva foi possível entender a relação estreita entre saúde individual e familiar e os seus diferentes níveis.

Outra aprendizagem, e que considera de especial importância, foi a inclusão e colaboração da família em todas as fases do processo de cuidados. Durante a abordagem familiar foram utilizadas diferentes intervenções e técnicas e identificadas as forças da família e de cada um

dos seus membros individualmente de acordo com o contexto de cuidados, com a certeza, porém, que qualquer intervenção será mais eficaz quanto maior o relevo dado à família e à sua participação. A colheita de dados e o planeamento das intervenções requer o reconhecimento e respeito pela tomada de decisão familiar, e pela sua gestão da saúde/doença. Os modelos conceituais de enfermagem auxiliam e orientam em todo o processo de cuidados.

Também melhorou a capacidade de avaliação familiar em todas as suas dimensões, estrutura, desenvolvimento e funcionamento, não esquecendo a avaliação simultânea do funcionamento da unidade familiar e individual dos seus membros, pelo equilíbrio dinâmico entre as forças que promovem a mudança e os mecanismos de estabilidade familiar. Integrou na avaliação, os valores e crenças quanto aos processos de transição, bem como a perceção dos membros da família quanto ao seu funcionamento. Identificou estratégias de *coping* da família como processo para resolver crises associadas aos processos de transição e procurou avaliar as preocupações com a saúde, pontos fortes e vulnerabilidades. A sistematização da avaliação familiar foi auxiliada pelo uso de diferentes instrumentos, que permitiu uma avaliação dinâmica.

Nas situações de especial complexidade, foram identificadas alterações do funcionamento da família ou do estado de saúde de um dos seus membros, tendo sido necessário distinguir novos focos de atenção e diagnósticos. Foram realizadas e avaliadas intervenções de acordo com os problemas identificados, e priorizados de acordo com a perceção da família sobre a necessidade de os resolver, promovendo a mudança no seu funcionamento para o restabelecimento da saúde familiar.

Tratou-se de um caminho privilegiado para a aquisição de conhecimento, para a partilha de experiências e para o desenvolvimento das competências especializadas comuns e específicas, e que suscitou um pensamento crítico nas diferentes etapas. Foi um processo gradual e complexo, atendendo a constrangimentos profissionais e temporais, mas de uma riqueza inolvidável em termos de desenvolvimento pessoal e profissional.

#### **4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido considerada uma importante mudança de paradigma na educação e no âmbito dos cuidados de saúde. Quaisquer medidas 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 et al., 2018).

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).

A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo, porém, continuam a apresentar um verdadeiro desafio para todos os profissionais de saúde, as desigualdades de resultados e serviços de saúde com baixo desempenho (OE, 2012).

É indiscutível que, as práticas e condutas de saúde devem basear-se na melhor evidência científica disponível, assumindo este tema grande destaque no meio académico dos mais diversos países. A PBE afirma-se pelo uso criterioso do resultado de pesquisas científicas aplicadas na tomada de decisão clínica. 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). 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.

“A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. Esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência” (OE, 2006, p.1).

A investigação em enfermagem sendo um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias ou comunidades (OE, 2006), possibilita à enfermagem alicerçar-se e consolidar-se ao nível do saber e da ciência, permitindo-lhe demonstrar aos

demais os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, o que dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

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 (Torres, 2020).

É determinante compreender o papel que a enfermagem desempenha no decurso da evidência à ação, e como utilizadores de investigação, os enfermeiros geram conhecimento. Habitualmente bem posicionados, os enfermeiros detêm 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). Os enfermeiros possuem informações suficientes para colocar questões pertinentes, desenvolver competências e assegurar que o investimento na investigação seja utilizado da melhor forma, trabalhando em proximidade com os pares.

As orientações internacionais e nacionais, nomeadamente as que integram o Plano Nacional de Saúde Português 2012-2016 (DGS, 2012), e os 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).

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em concordância com o preconizado pela OE (2001), 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. A produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência constitui uma base estrutural importante, para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Destacando a importância da PBE, e como profissão regulada, a enfermagem especializada contempla, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), em que se destacam dois domínios:

✓ **Melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

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).

#### ✓ **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

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 (OE, 2019).

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018), destaca-se a unidade de competência:

#### ✓ **Desenvolvimento da prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica**

Para a sua consecução, o enfermeiro utiliza o 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).

Considerando a complexidade da prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, devido ao amplo leque de atividades e competências e com um papel crucial na saúde das famílias, a presente investigação adotando a escala de “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros”, validada para a população portuguesa, visa realçar a importância da investigação na área de saúde familiar e o impacto da atuação dos enfermeiros como agentes de mudança nos cuidados de enfermagem às famílias, objetivando melhorar os cuidados de saúde prestados nessa área.

## 4.1 METODOLOGIA

Vilelas (2022, p.21), define metodologia, “como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” e neste sentido, “a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias”. Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas

utilizações, correspondendo a um conjunto de procedimentos que contribuem para obtenção do conhecimento. “O método engloba o estudo dos meios pelos quais se entendem todos os fenómenos e se ordenam os conhecimentos” (Vilelas, 2022, p.55).

O mesmo autor entende a investigação como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade.

---

#### 4.1.1 Concetualização do Estudo e Objetivos

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

Desta forma, e na transição de paradigma, é crucial perceber o impacto da prática dos enfermeiros como agentes ativos de mudança, nos cuidados de enfermagem às famílias, ao direcionar o foco para a 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 validado pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar já descritas.

O desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem apontam cada vez mais, no sentido de reconhecer a família como um elemento proativo e essencial no processo de cuidados, numa parceria colaborativa, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude dos enfermeiros (Fernandes et al., 2015). 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 (Oliveira et al., 2011).

As relações do enfermeiro com as famílias têm sido investigadas em vários contextos de cuidados de saúde diferentes e com vários métodos ao longo dos anos. Existe uma representação ambígua das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da participação das famílias no cuidado de enfermagem demonstrando a existência tanto de atitudes favoráveis como outras menos favoráveis sobre a sua importância (Benzein et al., 2008a).

“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” (Oliveira et al., 2011, p.1332).

Perante a diferença de atitudes para com as famílias entre os profissionais de enfermagem, é fundamental sensibilizar para a importância das suas atitudes para com estas e das repercussões para o doente, família e enfermeiro na qualidade dos cuidados.

A presente investigação pretende expor a perceção que os próprios enfermeiros possuem acerca da importância da família no processo do cuidar, e de que forma é que as suas atitudes influenciam o mesmo. Foram delineados os seguintes objetivos da investigação:

- Identificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados;
- 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.

---

#### 4.1.2 Questão de Investigação

As questões de investigação são enunciadas 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).

Neste estudo são enunciadas as seguintes questões de investigação:

- “Quais são as atitudes que os enfermeiros de CSP (UCSP, USF e UCC) e de CSD assumem, face à importância da família no processo de cuidar?”
- Qual a relação existente entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

De acordo com Fortin (1999), os objetivos de um estudo são enunciados declarativos que precisam as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. De acordo com a natureza do estudo e as questões de investigação definiram-se os seguintes objetivos:

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

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

---

#### 4.1.3 Tipo de Estudo

Segundo Vilelas (2022, p.195), “o estudo é, uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do seu problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente”.

Em conformidade com os objetivos descritos, foi utilizado o método de investigação quantitativo, sendo um estudo descritivo, analítico e correlacional.

“Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas” (Vilelas, 2022, p.197).

Quanto às principais características dos estudos quantitativos, Vilelas (2022) descreve as seguintes: (1) colhe os dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos; (2) caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar construtos científicos e hipóteses; (3) é um método sistemático e lida com informações objetivas; e (4) é associada a estudos positivistas confirmatórios.

“Os estudos descritivos procuram conhecer as características de 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” (Vilelas, 2022, p.214).

Segundo Fortin (1999), 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.

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.

“Os estudos correlacionais permitem estabelecer relações complexas entre as variáveis, são muito eficientes e eficazes para recolher uma grande quantidade de dados a respeito de um problema” e “Não procuram estabelecer uma relação causa-efeito” (Vilelas, 2022, p.216). Aponta ainda que, estes tipos de estudos levam à formulação de hipóteses com base em medidas de associação e a sua utilidade está em saber como se pode comportar uma variável conhecendo o comportamento da outra.

---

#### 4.1.4 População e Amostra

De acordo com Vilelas (2022, p. 179), “uma AMOSTRA, não é mais do que uma parte do todo a que chamamos POPULAÇÃO e que a representa”.

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

Segundo Vilelas (2022), a primeira etapa da técnica de amostragem é definir a unidade de análise e a população do estudo. Nesta fase devemos identificar os critérios de inclusão e exclusão da população e especificar a sua dimensão.

Sendo o objetivo do estudo avaliar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados, e com possíveis ligações com fatores sociodemográficos e profissionais, definiu-se como população alvo, os enfermeiros, por se considerar serem uma população capaz de responder ao instrumento de recolha de dados.

A amostra utilizada foi não probabilística, onde se encontram características conhecidas na população em estudo, porém, não dando a todos os elementos a possibilidade de serem escolhidos para constituírem a amostra em estudo (Fortin, 2009).

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

Este tipo de amostra é definida por Vilelas (2022), como aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas.

Neste estudo participaram 50 enfermeiros, 30 a exercer funções em contexto de CSP do ACES PL [14 enfermeiros em UCSP (10 UCSP Norte e 4 UCSP Atlântica); 6 em UCC (Marinha Grande); e 10 em USF (5 USF Stephens e 5 em USF Vitrius)] e 20 a exercer funções em contexto de CSD, que voluntariamente preencherem o questionário on-line no âmbito do projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem inscrito no Centro de

Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria.

A amostra populacional escolhida apresenta os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro em funções na UCSP Norte e respetivos polos;
- Ser enfermeiro em funções na UCSP Atlântica e respetivo polo;
- Ser enfermeiro em funções na USF Stephens;
- Ser enfermeiro em funções na USF Vitrius;
- Ser enfermeiro em funções na UCC Marinha Grande;
- Ser enfermeiro em funções numa unidade portuguesa de CSD, pertencente ao SNS português;
- Enfermeiros da população-alvo que se prontificaram a participar no estudo e com consentimento informado e esclarecido.

Foram considerados critérios de exclusão, o preenchimento incorreto dos questionários e todos os enfermeiros que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

---

#### 4.1.5 Hipóteses

A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação (Vilelas, 2022).

Para Fortin (1999) 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.

Quando se formulam as hipóteses estão a identificar-se as variáveis e as suas relações, ou seja, está a definir-se o papel das variáveis na investigação. “A explicitação das variáveis e das suas relações é essencial na definição de um modelo para a investigação que se pretende efetuar” (Vilelas, 2022, p.168).

Vilelas (2022, p.167) destaca uma série de características básicas que uma hipótese deve reunir:

- uma clara concetualização, que permita identificar sem dúvidas cada um dos termos que compõem o enunciado;
- a existência de referentes empíricos, que possibilitem encontrar factos concretos sobre os quais se poderá aceitar ou rejeitar;

- uma especificação clara das condições em que pode submeter-se à comprovação;
- a precisão das relações dos conceitos que usualmente se empregam no campo do conhecimento sobre o que versa.

Face à temática selecionada no 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 ao contexto de trabalho;

**H8:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família;

**H9:** Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções.

---

#### 4.1.6 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 de uma variável e o modo como a variação de uma variável pode influenciar uma outra. (Vilelas, 2022, p.171).

Segundo o mesmo autor, por variável entendemos qualquer característica, qualidade ou propriedade de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação e que é suscetível de assumir diferentes valores.

Para Vilelas (2022), também as variáveis possuem determinadas características: **utilidade** (ter uma amplitude de variação adequada à natureza da população em estudo); **homogeneidade** (possuir uma coerência lógica interna variável e, tendo os seus critérios de pertencer ao mesmo domínio); **inclusividade** (todas as variações devem ter possibilidade de

ser estudadas); **mútua exclusividade** ( cada modalidade deve assumir apenas uma determinada categoria); **pertinência** ( só devem ser incluídas no estudo se realmente servirem para medir o fenómeno em estudo); **dimensões** ( podem ser um conceito com várias dimensões. A cada dimensão podem corresponder vários indicadores).

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

Todos os valores de uma variável podem ser entendidos como uma série, como uma sucessão mais ou menos ordenada de possibilidades. Tais séries são de dois tipos básicos: **contínuas**, quando entre 1 e outro valor existem infinitas possibilidades intermédias; e as **discretas**, quando as posições intermédias carecem de sentido, pois a variável modifica-se adquirindo um novo valor de uma forma não-contínua. Existe um caso particular na série discreta, em que a mesma possui somente duas possibilidades, neste caso a variável denomina-se dicotómica (Vilelas, 2022).

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

Neste estudo foram identificadas variáveis independentes e dependentes, cuja operacionalização foi descrita nos quadros 3 e 4.

### **Variável independente**

A variável independente é aquela que dentro da relação estabelecida não depende de nenhuma outra, ainda que se possa tornar dependente se estudarmos um outro problema (Vilelas, 2022).

As variáveis independentes identificam-se com as características que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável (Almeida & Freire, 2008).

Neste estudo surgem como variáveis independentes e que caracterizam o **perfil sociodemográfico** dos enfermeiros: o género; a idade; o estado civil; e as que caracterizam o **perfil profissional** dos enfermeiros: o contexto de trabalho; o grau académico, o título profissional; área de especialização; o tempo de exercício profissional, a unidade funcional de saúde onde exerce funções nos CSP e a formação em enfermagem de família A forma de operacionalização destas variáveis apresenta-se seguidamente no quadro 3.

**Quadro 3 – Variáveis Independentes – perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros**

Perfil	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Sociodemográfico	Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: Feminino; Masculino
	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Solteira(o); União de facto/Casada(o) Separada/Divorciada(o); Viúvo.
Profissional	Grau académico ou Escolaridade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; Outro
	Título profissional	Variável quantitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla Enfermeiro Enfermeiro Especialista
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
	Contexto atual de trabalho	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: Cuidados de Saúde Diferenciados; Cuidados de Saúde Primários; Lares; Outro
	Unidade funcional onde exerce funções (CSP)	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: UCSP; USF; UCC
	Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: Sim; Não
	Formação em enfermagem de família em que contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta Múltipla: Contexto académico; Formação contínua; Outro

### 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). Os valores da variável dependente dependem dos que assume a variável independente (Vilelas, 2022).

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 “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), e encontra-se operacionalizada no quadro 4.

**Quadro 4 - Variável Dependente – escala IFCE – AE**

Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
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 tendo por base a pontuação total da escala, pode variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104 pontos

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

---

#### 4.1.7 Instrumento de Recolha de Dados

Um instrumento de recolha de dados é um recurso que o investigador pode explorar para conhecer os fenómenos, e extrair deles a informação. Sintetiza em si todo o trabalho prévio da investigação, resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, e, portanto, as variáveis ou conceitos utilizados (Vilelas, 2022).

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

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. Devido a uma série de opções matemáticas efetuadas dentro do modelo estatístico, é possível generalizar os resultados da pesquisa a populações muito maiores (Vilelas, 2022, p.199).

Segundo o mesmo autor, os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados dos sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos.

Para a concretização dos objetivos da investigação, utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário estruturado em duas partes distintas (APÊNDICE V). Na primeira parte, é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros onde consta: género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, a unidade funcional de saúde onde exerce funções nos CSP e formação em enfermagem de família. Na segunda parte, é aplicada a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” IFCE-AE, validada para a população portuguesa (Oliveira et al., 2009; 2011).

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 de 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 a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (eu faço no meu trabalho...) para o enfermeiro que presta cuidados (Oliveira et al., 2011). A escala apresenta a finalidade de medir as atitudes dos enfermeiros

sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, nos diversos contextos da prática clínica.

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

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

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

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento com um tempo médio de preenchimento de 15 minutos. As dimensões da escala, os itens correspondentes e os indicadores da escala IFCE-AE apresentam-se no quadro 5.

**Quadro 5 - Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE**

Dimensões	Itens da escala	Indicadores	Score
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</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 contacto com os membros da família, convido-os 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 contacto, 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> <p><b>24</b> – Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p><b>25</b> – Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	<p>Entre</p> <p>12 e 48</p>
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	<p><b>1</b> – É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p><b>3</b> – Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p><b>5</b> – A presença dos membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p><b>7</b> – A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p><b>10</b> – A presença dos membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p><b>11</b> – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p><b>13</b> – A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p><b>20</b> – O meu envolvimento com as famílias faz sentir-me útil.</p> <p><b>21</b> – Com as famílias, ganho muitos conhecimentos valiosos que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p><b>22</b> – É importante dedicar tempo às famílias.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	<p>Entre</p> <p>10 e 40</p>
<b>Família como um fardo</b>	<p><b>2</b> – A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p><b>8</b> – Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p><b>23</b> – A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p><b>26</b> – A presença dos membros da família deixa-me em stress.</p>	<p>Discordo completamente (1)</p> <p>Discordo (2)</p> <p>Concordo (3)</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	<p>Entre</p> <p>4 e 16</p>

Fonte: Oliveira et al., 2009; 2011

Quanto maior o score obtido nas duas primeiras dimensões e menor na terceira dimensão, mais atitudes de suporte são reveladas e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Angelo et al., 2014; Silva et al., 2013).

A atitude do enfermeiro face à família, em cada dimensão da escala, dá indicação sobre a percepção que este possui acerca da importância de envolver a família nos cuidados e indicia o seu comportamento:

Família como  
parceiro  
dialogante

O enfermeiro sublinha a importância do estabelecimento de diálogo, propiciando discussões sobre assuntos relacionados com a estrutura familiar e o planeamento dos cuidados.

(Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011)

Família como  
recurso de  
*coping*

O enfermeiro valoriza a família pelas suas características, potencialidades e pontos fortes.

(Wright & Leahey, 2012)

Família como  
recurso para  
os cuidados  
de  
enfermagem

O enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica.

(Wright & Leahey, 2012)

No seu oposto, visualizar a família como um fardo, implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar das famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis (Alves, 2012).

---

### Consistência interna da escala IFCE-AE

A avaliação da qualidade metodológica de instrumentos é um componente importante do método científico e é essencial para garantir que seja robusto quanto à sua fundamentação científica (Vilelas, 2022).

De acordo com o mesmo autor, para que uma escala possa ser considerada como suscetível de conter informação objetiva, deve ter os atributos de fiabilidade e validade, quando de facto mede o que afirma medir.

A validade de critério avalia a capacidade de um teste para prever um comportamento numa determinada situação, comparando-se o resultado do instrumento que se quer validar com outro considerado válido e confiável, através da correlação entre os resultados de ambos (coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 e o instrumento apresenta validade de critério se apresentar um valor  $\geq 0,70$ ) (Vilelas, 2022).

Para analisar a fiabilidade, também denominada por consistência interna do instrumento e os resultados obtidos em cada item, por um respondente, que devem ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário, poderá ser realizado o teste de alfa ( $\alpha$ ) de *Cronbach* (Vilelas, 2022).

Através do  $\alpha$  de Cronbach pode mostrar-se como um conjunto de itens que avalia a variável latente, de modo fraco, ou estável, resultando, frequentemente, num teste homogéneo, que facilita os resultados da análise fatorial (Vilelas, 2022).

O valor do  $\alpha$  deve ser positivo e variar numa escala entre 0 e 1, sendo  $\alpha > 0,9$ , a consistência é muito boa, entre 0,8 e 0,9 é boa, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,6 e 0,7 fraca e  $< 0,6$  inadmissível (Vilelas, 2022).

A consistência interna no estudo realizado por Oliveira et al., (2009; 2011) para validar a escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de cada uma das dimensões bem como da escala total, tendo obtido: *família como parceiro dialogante e recurso de coping*,  $\alpha$  de Cronbach de 0,90; *família como um recurso nos cuidados de enfermagem*,  $\alpha$  de Cronbach de 0,84 e *família como um fardo* com  $\alpha$  de Cronbach de 0,49, a consistência interna da escala total foi de  $\alpha = 0,87$ , valor muito próximo da versão original, que é de  $\alpha = 0,88$ , revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Tabela 13).

Para a seleção do instrumento IFCE-AE contribuiu essencialmente, a escolha de estratégias que fomentem práticas promotoras de saúde familiar, nomeadamente o desenvolvimento de processos impulsionadores de atitudes de suporte nos cuidados prestados pelos enfermeiros às famílias e o grau de fiabilidade encontrado por Oliveira et al. (2009, 2011), na sua aplicação à população portuguesa.

**Tabela 13 – Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação portuguesa**

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

Fonte: Oliveira et al. (2011)

No sentido de verificar a consistência interna do instrumento de recolha de dados para a presente população, foi calculado o  $\alpha$  de Cronbach, para o resultado total da escala e de cada uma das dimensões da escala do presente estudo. Na tabela 14, pode verificar-se o cálculo de fidelidade das várias dimensões e do score total por Oliveira et al., (2009) na validação da escala IFCE-AE e o presente estudo.

**Tabela 14 – Análise da consistência interna da escala IFCE – AE – adaptação portuguesa e o presente estudo**

Dimensões da escala IFCE-AE	Itens	Estudo de validação Oliveira et al., (2009) $\alpha$ Cronbach	Presente estudo $\alpha$ Cronbach
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,82
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,80
Família como um fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,62
$\alpha$ Cronbach da Escala total		0,87	0,82

Pela análise da tabela 14 o valor do  $\alpha$  de Cronbach para o presente estudo, na dimensão *família como parceiro dialogante e recurso de coping* apresenta o valor de 0,82, na dimensão *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* apresenta o valor de 0,80 e na dimensão *família como um fardo* apresenta o valor de 0,62, com o  $\alpha$  de Cronbach da escala total de 0,82, corresponde a um grau de consistência interna de boa.

#### 4.1.8 Procedimentos de Colheita de Dados

O processo de colheita de dados foi efetuado aos enfermeiros a exercerem funções nos CSP do ACES Pinhal Litoral (UCSP Norte, UCSP Atlântica, USF Stephens, USF Vitrius e UCC da Marinha Grande) e enfermeiros a exercer funções em CSD. O instrumento de colheita de dados (APÊNDICE V) foi entregue em formato de papel, para preenchimento durante o mês de dezembro de 2022, sendo recolhido presencialmente em cada uma das unidades funcionais.

Do total de questionários entregues em formato papel (42) foram preenchidos 30 e não foi necessário eliminar nenhum deles, pelo que constituem a totalidade da amostra dos enfermeiros a exercer em CSP. Para a amostra, foram ainda considerados 20 questionários, preenchidos em plataforma on-line, pela amostra de enfermeiros a exercer em CSD. Estes foram obtidos no âmbito do projeto ‘CuidarFam’ – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem inscrito no Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria e com parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (ANEXO III).

#### 4.1.9 Procedimentos Éticos e Formais

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 os seis princípios éticos que devem conduzir a investigação, são: 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).

Preliminarmente à aplicação do instrumento de recolha de dados e para garantir o cumprimento das questões formais e éticas inerentes ao presente estudo de investigação, efetuaram-se os respetivos procedimentos formais e éticos.

O presente estudo de investigação teve por base o projeto “CuidarFam – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem”, onde consta o parecer favorável com N.º P808-10-202 (ANEXO III) pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Mediante este parecer positivo, foi pedida autorização para a aplicação do questionário ao diretor executivo do ACES PL, que fez depender a decisão do parecer favorável da ARS Centro, IP (ANEXO IV). Posteriormente foi solicitado o parecer desta entidade (ANEXO V), que foi favorável à realização do estudo (ANEXO VI).

O pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados foi autorizado pelos coordenadores das unidades funcionais selecionadas: UCSP Norte, USF Stephens, USF Vitrius; UCSP Atlântica e UCC Marinha Grande (ANEXO VII).

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

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

---

#### 4.1.10 Procedimentos na Análise de Dados

Segundo Vilelas (2022), durante o processo de investigação, é necessário atender simultaneamente a dois planos diferentes, o teórico e o empírico. No plano teórico, objetiva-se a construção do chamado marco teórico, que, convenientemente operacionalizado, indica quais os dados necessários para satisfazer as questões de investigação iniciais. No plano 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.

Terminada a fase de recolha de dados, o investigador terá na sua posse vários elementos, que por si só, não lhe permitirão alcançar nenhuma conclusão, se previamente não forem organizados, ordenados, e processados, de modo a poder retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado (Vilelas, 2022).

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva consiste num conjunto de técnicas e regras que resumem a informação recolhida, sem distorção/perda de informação, permitindo caracterizar os dados da amostra e responder à questão de investigação, enquanto a estatística indutiva (ou inferencial) ajuda a inferir até que ponto os resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2022).

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

De acordo com Vilelas (2022), coexistem 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.

---

#### **Metodologia**

Relativamente às técnicas de estatística descritiva e inferencial, de acordo com as características das variáveis foram aplicadas:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: Média aritmética ( $\bar{x}$ ); Mediana (Md) e Moda (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão ( $\sigma$ ), Valor Mínimo ( $x_{\text{Mín}}$ ) e Valor Máximo ( $x_{\text{Máx}}$ );

- Coeficientes: alfa *Cronbach* ( $\alpha$ ) e correlação de Pearson ( $r$ );
- Testes: *Shapiro-Wilk* (como teste de normalidade); *t-Student*; *Anova*.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância:

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

No que concerne à estatística inferencial, para verificar as hipóteses é necessário escolher os testes estatísticos apropriados, paramétricos e não paramétricos, para verificar se os resultados ocorreram devido a flutuações aleatórias causadas por variáveis desconhecidas (Vilelas, 2022).

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

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, 2014).

Assim, e após aplicação do teste *Shapiro-Wilk*, pode constatar-se na tabela 15 que a distribuição amostral é considerada normal na variável dependente em estudo, escala IFCE-AE já que apresenta um valor de significância superior a 0,05 ( $p=0,274$ ).

**Tabela 15 – Teste da Normalidade da distribuição de resultado da escala – IFCE – AE na amostra em estudo**

<b>Shapiro-Wilk</b>			
	Estatística	n	p
<b>Escala IFCE-AE</b>	0,972	50	0,274

Para testar a homogeneidade das variâncias foi considerado o teste de *Levene* por ser um dos mais potentes (Marôco, 2014). Para este teste obteve-se  $p > 0,05$  ( $p=0,682$ ), como se verificar na tabela 16.

**Tabela 16 – Teste da Homogeneidade de Variância da escala – IFCE – AE na amostra em estudo**

<b>Teste de Levene</b>			
	Estatística	n	p
<b>Escala IFCE-AE</b>	0,173	50	0,682

Constata-se então, que estão reunidas as condições para a aplicação de testes paramétricos, para a estatística inferencial: variáveis com distribuição normal e existe homogeneidade de variância.

Assim a escolha dos testes paramétricos recaiu no Teste *t-Student* para duas amostras independentes, que segundo Vilelas (2022) é utilizado em situações que uma variável quantitativa discreta ou contínua tem uma curva de distribuição normal e em duas amostras relacionadas. Foi ainda aplicada a Análise de Variância ANOVA de um fator, que permite calcular a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “Atitude dos Enfermeiros”, pelos respetivos enfermeiros (Pestana & Gageiro, 2014).

Um dos coeficientes mais utilizados para medir a correlação entre duas variáveis, é o coeficiente de correlação de Pearson (*r*), que avalia o efeito que uma variável produz na outra. O coeficiente pode tomar valores entre +1, quando existe correlação positiva perfeita, em que as variações das variáveis ocorrem no mesmo sentido; e -1, quando há uma correlação negativa perfeita, ou seja, quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra.

Foi considerada a seguinte regra prática para interpretar o tamanho de coeficiente de relação (Hinkle et al., 2003):

Tamanho da Correlação:

- 0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00)
- 0,70 a 0,90 (-0,70 a 0,90)
- 0,50 a 0,70 (-0,50 a 0,70)
- 0,30 a 0,50 (-0,30 a 0,50)
- 0.00 a 0.30 (0.00 a -0.30)

Interpretação:

- Correlação positiva (negativa) muito alta
- Alta correlação positiva (negativa)
- Correlação positiva (negativa) moderada
- Baixa correlação positiva (negativa)
- Correlação insignificante

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses enunciadas anteriormente, uma vez que o objetivo do investigador quando realiza uma investigação sobre um conjunto de dados é verificar a existência e a natureza das relações e as diferenças entre as variáveis do estudo (Vilelas, 2022).

Os dados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos de modo a possibilitar uma melhor análise, tornando-a mais clara, simples e acessível.

## 4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

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

#### 4.2.1 Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros

Neste estudo verifica-se que 92% (n=46) dos enfermeiros são do género feminino e 8% (n=4) dos enfermeiros são do género masculino, como se pode observar na tabela 17.

**Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo o género**

	n	%
Feminino	46	92
Masculino	4	8
<b>Total</b>	50	100

Relativamente à idade (anos) dos enfermeiros da amostra, a mesma variou entre os 25 ( $X_{\min}$ ) e os 61 anos ( $X_{\max}$ ), com uma média de idade de 43,86 anos, apresentando um desvio padrão de 10,10 anos, como se verifica na tabela 18.

**Tabela 18 – Distribuição da amostra por idade**

	n	Valor Mínimo ( $X_{\min}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max}$ )	Média ( $\bar{x}$ )	Desvio Padrão ( $\sigma$ )
<b>Idade em anos</b>	50	25	61	43,86	10,10

No que concerne ao estado civil, verificamos que 70% (n=35) dos enfermeiros, são casados/união de facto, 8% (n=4) são divorciados/separados e 22 % (n=11) são solteiros, de acordo com a tabela 19.

**Tabela 19 – Distribuição da amostra por estado civil**

Estado Civil	n	%
Casados/união de facto	35	70
Divorciados/separados	4	8
Solteiros	11	22
<b>Total</b>	50	100

Em relação ao grau académico, através da análise da tabela 20, constata-se que a maioria dos enfermeiros são licenciados 68% (n=34) e 30% (n=15) dos enfermeiros possuem mestrado. 2% dos enfermeiros (n=1) tem pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária.

**Tabela 20 – Distribuição da amostra por grau académico**

Grau Académico	n	%
Licenciatura	34	68
Mestrado	15	30
Outros	1	2
<b>Total</b>	50	100

De acordo com a tabela 21, relativamente ao título profissional, 54% da amostra (n=27) possuem o título de enfermeiro e 46% (n=23) de enfermeiro especialista.

**Tabela 21 – Distribuição da amostra por título profissional**

Título Profissional	n	%
Enfermeiro	27	54
Enfermeiro Especialista	23	46
<b>Total</b>	50	100

No que diz respeito às áreas de especialização em enfermagem, são de acordo com a tabela 22: 14% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n=7); 10% em Enfermagem de Saúde Comunitária (n=5); 14% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n=7); 4% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=2); 2% em Enfermagem de Reabilitação (n=1) e 6% em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica/ Médico-Cirúrgica (n=3).

**Tabela 22 – Distribuição da amostra por área de especialização em enfermagem**

Área de Especialização	n	%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	7	14
Enfermagem de Saúde Comunitária	5	10
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	7	14
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	4
Enfermagem de Reabilitação	1	2
Enfermagem à Pessoa em situação Crítica/ Médico-Cirúrgica	3	6
<b>Total</b>	25	50

Pode-se verificar comparando as tabelas 21 e 22, uma discrepância entre o número de enfermeiros com título de especialista (n=23) e o número de enfermeiros com especialidade em enfermagem (n=25). Esta diferença de 2 enfermeiros deve-se ao facto de apesar de terem a especialidade em enfermagem, aguardam a atribuição do título profissional de Enfermeiros especialistas pela Ordem dos Enfermeiros. Conclui-se ainda que 50% da amostra detém estudos especializados em enfermagem.

Quando nos debruçamos sobre o tempo de exercício profissional (anos) dos enfermeiros que participaram na investigação, verifica-se um valor mínimo ( $X_{\min}$ ) de 2 anos e um valor máximo ( $X_{\max}$ ) de 36 anos, sendo que a média de tempo de exercido profissional é de 19,70 anos e o desvio padrão de 9,51 anos, como se pode observar na tabela 23.

**Tabela 23 – Distribuição da amostra por tempo de exercício profissional**

	n	Valor Mínimo ( $X_{\min}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max}$ )	Média ( $\bar{x}$ )	Desvio Padrão ( $\sigma$ )
<b>Tempo de exercício profissional</b>	50	2	36	19,70	9,51

De acordo com a tabela 24, no que concerne ao contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem, regista-se 60% (n=30) de enfermeiros a trabalhar em CSP e 40% (n=20) de enfermeiros a trabalhar em CSD.

**Tabela 24 – Distribuição da amostra pelo contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem**

Contexto de prestação de cuidados de enfermagem	n	%
<b>CSP</b>	30	60
<b>CSD</b>	20	40
<b>Total</b>	50	100

Analisando os dados da amostra, dos 30 enfermeiros (60%) que exercem em CSP, relativamente à unidade funcional onde prestam cuidados, conclui-se que 20% exercem em USF (n=10); 28% exercem em UCSP (n=14) e 12% em UCC (n=6) (Tabela 25).

**Tabela 25 – Distribuição da amostra dos enfermeiros por unidade funcional dos CSP e dos enfermeiros de CSD**

Contexto de prestação de cuidados de enfermagem	Unidade funcional	n	%
<b>CSP</b>	<b>USF</b>	10	20
	<b>UCSP</b>	14	28
	<b>UCC</b>	6	12
<b>Subtotal</b>		30	60
<b>CSD</b>		20	40
<b>Total</b>		50	100

No domínio específico da formação em enfermagem de família 50% (n=25) dos enfermeiros, declara não ter qualquer formação nesta área, e o mesmo número 50% dos enfermeiros (n=25) responderam que tinham formação em enfermagem de família, de acordo com a tabela 26.

**Tabela 26 – Distribuição da amostra por formação em enfermagem de família**

Formação em enfermagem de família	n	%
<b>Com formação em enfermagem de família</b>	25	50
<b>Sem formação em enfermagem de família</b>	25	50
<b>Total</b>	50	100

Quanto ao contexto de formação em enfermagem de família, segundo a tabela 27, dos 25 enfermeiros da amostra que referiram ter formação em enfermagem de família, 28% adquiriram essa formação em contexto académico (n=14), 20% responderam ter adquirido em formação contínua (n=10) e 1 enfermeiro não especificou onde adquiriu a formação em enfermagem de família.

**Tabela 27 – Distribuição da amostra com formação em enfermagem de família segundo o contexto de formação**

Contexto de formação em enfermagem de família	n	%
Contexto Académico	14	28
Formação Contínua	10	20
Outro	1	2
Sem formação em enfermagem de família	25	50
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

#### 4.2.2 Atitudes dos Enfermeiros Face à Família

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

No que diz respeito ao valor total da escala IFCE-AE (Tabela 28), a mesma revela uma média de respostas de 78,86, mediana de 77,50 e moda de 74, um valor mínimo de 64, um valor máximo de 94 e um desvio padrão de 6,82.

Salienta-se que a Média total é de 78,86, para um score máximo total da escala de 104, o que indica que os 50 enfermeiros inquiridos apresentam níveis altos das atitudes, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem, com um desvio-padrão de 6,82. Assumem e reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados, apresentando atitudes de suporte face à família.

**Tabela 28 – Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE**

	Nº de itens	n	Média ( $\bar{x}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo (X <sub>mín</sub> )	Valor Máximo (X <sub>máx</sub> )
<b>Escala IFCE - AE</b>	26	50	78,86	77,50	74	6,82	64	94
<b>Score Total</b>								

#### 4.2.3 Testes de Hipóteses

A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação (Vilelas, 2022).

Para cada característica a testar definem-se duas hipóteses: uma designada hipótese nula ( $H_0$ ), consiste em admitir que a ação experimental realizada com a amostra não provocou alterações nas suas características; e a hipótese alternativa ( $H_1$ ), consiste numa afirmação relativa às alterações que se espera que ocorram nas características da amostra em função da ação experimental realizada, e cuja aceitação depende dos resultados da aplicação do teste estatístico e do nível de significado adotado.

De acordo com Vilelas (2022), a rejeição ou não-rejeição de uma hipótese depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância), assim:

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

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

### **Hipótese 1: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o género**

Analisando os resultados da aplicação do teste *T-Student*, na tabela 29, verifica-se que não existe evidência estatística entre a variável género e a escala IFCE-AE, o que significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o seu género. A média de respostas dos profissionais do género feminino foi superior, com média de 79,21, relativamente às dos profissionais do género masculino.

**Tabela 29 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género**

	Género	n	Média ( $\bar{x}$ )	Teste t
Escala IFCE-AE	Masculino	4	74,75	t=1,263
	Feminino	46	79,21	p=0,213*

\* Sig. (2 extremidades)

### **Hipótese 2: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade**

Para correlacionar a idade dos enfermeiros e a escala IFCE-AE, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ) e do respetivo teste de significância. Na tabela 30, torna-se evidente observando  $r = -0,075$  e  $p = 0,607$ , sendo  $p \geq 0,05$ , que entre a idade e a escala IFCE-AE não existe evidência estatística significativa e com correlação insignificante. Apura-se que, as atitudes dos enfermeiros não se relacionam com a sua idade. No entanto, embora com

uma correlação insignificante, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e a idade, ou seja, há medida que os enfermeiros envelhecem, a importância atribuída, à família parece diminuir cerca de 7,5% por cada ano ( $r=-0,075$ ), embora não seja significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0,607$ ).

**Tabela 30 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade**

Escala IFCE-AE	Correlação de Pearson ( <i>r</i> )	
		<i>r</i>
	<i>p</i>	0,607
	<i>n</i>	50

**Hipótese 3: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face a família e o estado civil**

Conforme a tabela 31, foi aplicado o teste paramétrico – *Anova de um fator*, observa-se que entre o estado civil e a escala IFCE-AE,  $p=0,385$  que é superior a 0,05, como tal, não existe evidência estatística significativa, e por isso se conclui que, as atitudes dos enfermeiros face à família não estão relacionadas com o estado civil.

**Tabela 31 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o estado civil**

Estado civil		<i>n</i>	Média ( $\bar{x}$ )	<i>Anova</i>
Escala IFCE-AE	Separado(a)/divorciado(a)	4	75,50	F=0,973 $p=0,385$
	Solteiro(a)	11	77,45	
	União de facto/casado(a)	35	79,68	

Verifica-se que os enfermeiros em união de facto/casado(a) apresentam uma média de respostas superior, seguidos dos enfermeiros solteiros(as) e por fim, os enfermeiros separados(as)/divorciados(as).

**Hipótese 4: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico.**

De acordo com a tabela 32, obteve-se  $p=0,780$  na aplicação do teste paramétrico - *Anova de um fator*, o que reflete a não existência de relação entre o grau académico dos enfermeiros e a importância atribuída à família. Como  $p \geq 0,05$ , não existe evidência estatística significativa entre as variáveis testadas nesta hipótese. Pode-se verificar que os enfermeiros com mestrado, com uma média de 79,60, apresentam melhores expectativas quanto à participação das famílias nos cuidados de enfermagem em relação aos enfermeiros licenciados, que apresentam uma média de 78,44.

**Tabela 32 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académico**

	Grau Académico	n	Média ( $\bar{x}$ )	Anova
Escala IFCE-AE	Licenciatura	34	78,44	F=0,250
	Mestrado	15	79,60	
	Outro	1	82,0	p=0,780

**Hipótese 5: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.**

Na tabela 33, aplica-se o teste paramétrico – Teste t-Student para as amostras independentes, observa-se que entre o título profissional e a escala IFCE-AE ( $p=0,560$ ), não se verifica evidência estatística. Como  $p \geq 0,05$ , não existe relação entre o título profissional e as atitudes dos enfermeiros face às famílias. Os profissionais com o título de enfermeiro apresentam uma média de respostas superior relativamente aos profissionais especialistas.

**Tabela 33 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o título profissional**

	Título Profissional	n	Média ( $\bar{x}$ )	Teste t
Escala IFCE-AE	Enfermeiro	27	78,33	t=-0,587 P=0,560*
	Enfermeiro Especialista	23	79,48	

\* Sig. (2 extremidades)

**Hipótese 6: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.**

Os valores de significância apurados com  $p \geq 0,05$  na escala IFCE-AE, não permitem estabelecer uma relação entre a variável dependente e o **tempo de exercício profissional** (Tabela 34)

Contudo, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e os anos de experiência profissional, ou seja, há medida que os anos de experiência profissional aumentam, a importância atribuída à família parece diminuir cerca de 11% por cada ano ( $r=-0,11$ ). No entanto, esta relação face aos dados, não foi significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0,448$ ).

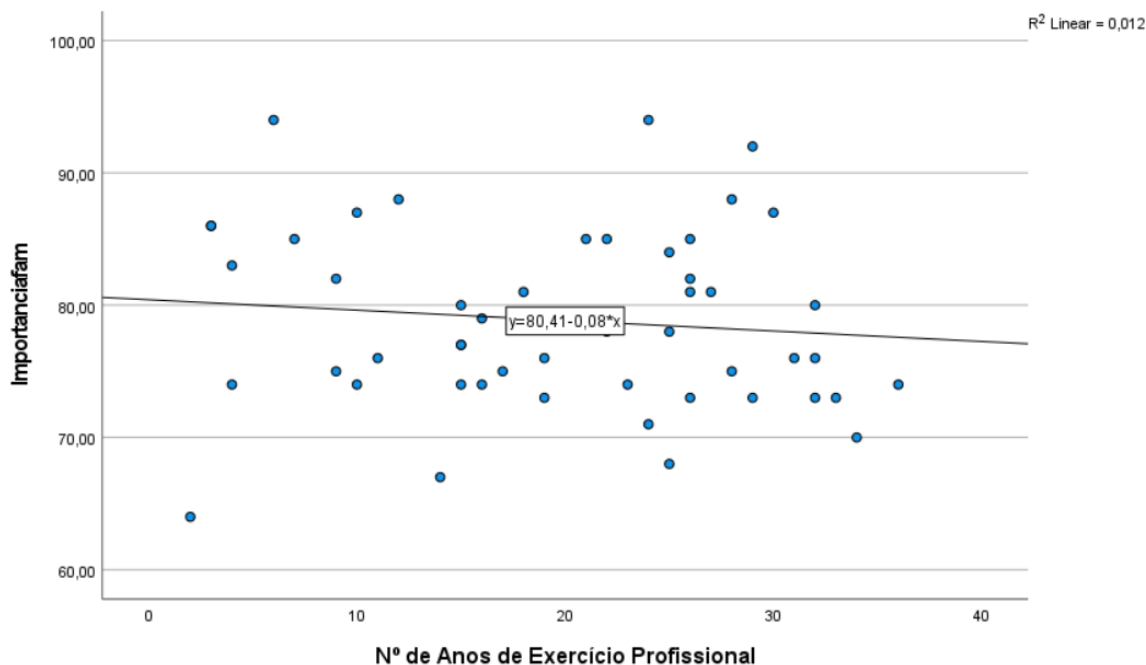
**Tabela 34 – Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional**

	Correlação de Pearson ( <i>r</i> )	Idade (anos)
Escala IFCE-AE	r	-0,11
	p	0,448
	n	50

O diagrama de dispersão facilita a visualização gráfica desta correlação. Assim, quando o valor da variável Tempo de Exercício Profissional aumenta, o valor da variável Importância

Atribuída à Família vai diminuindo, verificando-se, portanto, que as variáveis são negativamente correlacionadas (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional**



**Hipótese 7: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e ao contexto de trabalho.**

No que concerne à variável contexto de trabalho, face à variável dependente IFCE-AE, constata-se com a aplicação do teste paramétrico – Teste t-Student, que não existem diferenças estatisticamente significativas apresentando valores  $p \geq 0,05$  (Tabela 35). Não há, portanto, evidência de relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho. As médias de respostas foram superiores no contexto de trabalho CSP.

**Tabela 35 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de trabalho**

	Contexto de Trabalho	n	Média ( $\bar{x}$ )	Teste t
Escala IFCE-AE	CSP	30	79,56	t=-0,895 P=0,375*
	CSD	20	77,80	

\* Sig. (2 extremidades)

**Hipótese 8: Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.**

Relacionando a variável independente formação em enfermagem de família com a variável IFCE-AE, e operacionalizando o Teste t-Student, observa-se  $p=0,335$  e por isso  $p \geq 0,05$

(Tabela 36), que revela não existir relação entre a formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros face à família. Apesar dos enfermeiros possuírem esta experiência formativa na área da enfermagem de família, esta não está diretamente ligada às suas atitudes para com a família. Desta forma, rejeita-se a hipótese enunciada.

**Tabela 36 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e formação em enfermagem de família**

	Formação Enfermagem Família	n	Média ( $\bar{x}$ )	Teste t
Escala IFCE-AE	Sim	25	79,80	t=-0,973 P=0,335*
	Não	25	77,92	

\* Sig. (2 extremidades)

**Hipótese 9 – Estabelece-se relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções.**

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste paramétrico - *Anova* de um fator, para relacionar os grupos unidade funcional e a escala IFCE-AE (Tabela 37). Conclui-se pela análise da tabela 35, que não existem diferenças, sendo que a média na USF foi de 79,4; na UCSP de 79,92 e na UCC 79. Verifica-se  $p \geq 0,05$  ( $p=0,959$ ), que indica a não existência de evidência científica significativa e, portanto, as atitudes dos enfermeiros CSP face à família não estão relacionadas com a unidade funcional onde exercem funções.

**Tabela 37 - Relação entre a atitude do enfermeiro de CSP face à família e a unidade funcional onde o profissional exerce as suas funções**

	Unidade funcional	n	Média ( $\bar{x}$ )	Anova
Escala IFCE-AE	USF	10	79,40	F=0,042 p=0,959
	UCSP	14	79,92	
	UCC	6	79,0	
	Total	20	79,56	

Resumido, através da tabela 38 é possível verificar que não se estabelecem relações para todas as variáveis sociodemográficas e profissionais. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (valores de  $p \geq 0,05$ ). Como tal, após análise e avaliação do comportamento das variáveis e relações entre elas, mostrou-se que as atitudes dos enfermeiros que auxiliam o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem não são influenciadas pelas suas características pessoais (género, idade, estado civil), nem pelas características profissionais (grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, unidade funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família).

No entanto, apesar de não ser significativa do ponto de vista estatístico, parece haver uma associação entre a importância atribuída à família e os anos de experiência profissional e a idade dos enfermeiros, ou seja, há medida que os anos de experiência profissional aumentam e a idade aumenta, a importância atribuída à família parece diminuir. Diminui cerca de 11% por cada ano ( $r=-0,11$ ) em relação anos de experiência profissional e 7,5% por cada ano de idade ( $r=-0,075$ ).

**Tabela 38 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a Escala Total IFCE-AE**

Variáveis		Resultados da Escala IFCE-AE		
		ANOVA	T-Student	Pearson
<b>Sociodemográficas e Profissionais</b>	Género	-----	p=0,213*	-----
	Idade	-----	-----	p=0,607
	Estado Civil	p=0,385	-----	-----
	Grau académico	p=0,780	-----	-----
	Título profissional	-----	p=0,560*	-----
	Tempo exercício profissional	-----	-----	<b>p=0,448</b>
	Contexto de trabalho	-----	p=0,375*	-----
	Formação em Enfermagem de Família	-----	p=0,335*	-----
	Unidade funcional (CSP)	p=0,959	-----	-----

\* Sig. (2 extremidades)

Após a análise dos dados, é necessário interpretar a informação obtida através da discussão dos resultados, estabelecendo associações com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos análogos ao realizado no âmbito da importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

### 4.3 DISCUSSÃO

O Conselho Internacional de Enfermagem evidencia a prática baseada na investigação como marca da enfermagem profissional. A pesquisa em enfermagem, seja de natureza qualitativa ou quantitativa, desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde de qualidade. É um componente essencial para a produção de conhecimento e desenvolvimento da ciência e disciplina em enfermagem. Para além disso, ela permite avaliar as práticas e

serviços existentes, fornecendo evidências que são relevantes para a educação, a prática, a investigação e a gestão em enfermagem (OE, 2012).

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Este capítulo corresponderá a um momento de reflexão crítica, em que se procurará estabelecer conexão entre os resultados obtidos e a questão de pesquisa formulada. Uma parte da análise examina como os enfermeiros se posicionam diante das variáveis do estudo, comparando as diferenças com os resultados globais já apresentados e interpretando-os à luz da evidência científica existente, a fim de conferir-lhes significado.

Durante a discussão dos resultados, foram utilizados estudos aplicados em diferentes contextos de cuidados e países diversos, a fim de enriquecer a pesquisa em termos transculturais e tentar generalizar alguns resultados globais relacionados às atitudes dos enfermeiros, embora a maioria dos estudos incida em cuidados de saúde diferenciados. Foram utilizados os resultados e conclusões dos estudos que incluem enfermeiros de CSP e CSD.

Para identificar as atitudes dos enfermeiros de família, foi utilizada a Escala IFCE-AE, que foi validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009). Esta escala mede as dimensões relacionadas às atitudes dos enfermeiros e à importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, nas seguintes dimensões: Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*; Família como um recurso nos cuidados de enfermagem e Família como um fardo.

A utilização de um instrumento de colheita validado para a população portuguesa é um requisito fundamental para a validação científica dos resultados apresentados. Esta validação garante que os dados colhidos são confiáveis e precisos, aumentando a credibilidade da pesquisa e permitindo que os resultados possam ser generalizados para a população em questão.

No que diz respeito às características **sociodemográficas** e **profissionais** da amostra dos 50 enfermeiros estudados, constatou-se que a maioria é do sexo feminino (92%), em concordância com a literatura consultada, que indica que a enfermagem é predominantemente uma profissão feminina. Benner (2001) também destaca a forte presença das mulheres na enfermagem. Vários autores corroboram que a maioria dos participantes em estudos envolvendo enfermeiros são mulheres, como Oliveira et al. (2011) no seu estudo em Portugal sobre a validação da escala IFCE- AE, com 88,20%, Barbieri-Figueiredo et al. (2012)

com 84%, Silva et al. (2013) com 88,50%, Pires (2016) com 95,70%, Sousa (2011) com 75,6% e Tavares (2017) com 91,50%. Além disso, o anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros referente a 2022 também confirma esta representatividade, demonstrando que dos 81,799 profissionais de enfermagem em Portugal, 82,52% são do género feminino.

Quanto à distribuição das médias de respostas, verifica-se uma média mais elevada no género feminino com 79,21; o género masculino apresenta uma média de 74,75.

Relativamente à **idade**, constatou-se que a amostra em questão apresenta uma média de 43,86 anos, o que difere das médias apresentadas noutros estudos, como o de Oliveira et al. (2011) que obteve uma média de 35,68 anos; Silva et al. (2013), com uma média de 40,59 anos; e Pires (2016), que encontrou uma média de 41,53 anos. Observa-se, portanto, que a média de idade dos participantes da amostra estudada é ligeiramente mais elevada em comparação com as médias encontradas noutros estudos. De acordo com o anuário estatístico da OE (2022), o grupo etário mais representativo é o dos 36 aos 40 anos (18,34%).

No que se refere ao **estado civil**, observa-se que 70% dos enfermeiros são casados/união de facto, 22% são solteiros e 8% separados ou divorciados. Estes resultados são semelhantes aos dos estudos de Tavares (2017), Henriques e Santos (2019) ou Cruz, Nelas e Coutinho (2018), em que a maioria dos enfermeiros incluídos na amostra dos seus estudos também eram casados ou viviam em união de facto.

Neste estudo, apenas foi possível analisar as médias de respostas obtidas, tendo-se verificado que os enfermeiros solteiros, têm menor pontuação, seguidos dos separados/divorciados, e os casados ou união de facto apresentam maior pontuação.

De acordo com os dados apresentados, pode-se concluir que relativamente ao **grau académico**, 68% dos enfermeiros são licenciados, 30% possuem mestrado, e 2% pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária. De acordo com Oliveira et al. (2011), a maioria dos enfermeiros (83,8%) possui licenciatura, enquanto 8,2% têm bacharelato e apenas 2,2% têm mestrado. Por sua vez, Silva et al. (2013), constataram que 90,9% dos enfermeiros são licenciados, enquanto 8,2% tinham curso pós-licenciatura ou especialização. Pires (2016) verificou que 66,7% dos enfermeiros têm licenciatura e 33,3% possuem pós-graduação e especialização. No entanto, Tavares (2017) afirmou que 46,5% dos enfermeiros têm especialização, sendo que apenas 12,7% possuem mestrado ou doutoramento.

Observando os valores da média nacional descrita no anuário estatístico da OE (2022), verifica-se que 77,2% dos enfermeiros são licenciados, 9,23% possuem bacharelato, 6,57% possuem mestrado e 0,24% são doutorados. É interessante notar que, em comparação com a média nacional, os enfermeiros do presente estudo apresentam uma formação académica

elevada, com maior proporção de enfermeiros com especializações e mestrados e não existe nenhum enfermeiro com bacharelato.

Comparando os dados de 2020 a 2022, do anuário estatístico da OE, verifica-se um número crescente de enfermeiros com mestrado e doutoramento e diminuição de enfermeiros com bacharelato em Portugal (Tabela 39).

**Tabela 39 - Distribuição dos enfermeiros por grau académico Doutoramento, Mestrado e Bacharelato, no triénio 2020-2022**

2020			2021			2022		
Dout.	Mest.	Bach.	Dout.	Mest.	Bach.	Dout.	Mest.	Bach.
0,04%	<b>5,30%</b>	9,96%	0,11%	<b>5,77%</b>	9,56%	0,24%	<b>6,57%</b>	<b>9,23%</b>

Os dados indicam uma maior valorização da formação especializada dentro da profissão de enfermagem, bem como uma busca contínua pela atualização e aprimoramento das competências profissionais. A diminuição progressiva dos enfermeiros com grau de bacharelato reflete o funcionamento dos cursos de complemento de formação em Enfermagem que visam a atribuição do grau de licenciado em Enfermagem aos enfermeiros titulares do grau de bacharel, ou de equivalente legal, numa estrutura curricular organizada de forma a assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em enfermagem (ME, 1999).

Não obstante, embora se assista a um aumento da formação especializada e os enfermeiros afirmem que as famílias são importantes na prestação de cuidados de enfermagem, essa crença nem sempre se reflete nas suas ações. Estudos como o de Astedt-Kurki et al. (2001), Hertzberg Ekman e Axelsson (2003), Fulbrook e Albarran (2005), Jansson, Petersson e Uden (2001) e Martins et al. (2010) sugerem que, mesmo entre enfermeiros com maior nível de formação, as ações desenvolvidas nem sempre estão em consonância com a crença na importância das famílias na participação nos cuidados.

No que diz respeito ao **título profissional**, o presente estudo revela que a amostra detém mais enfermeiros generalistas (54%) relativamente aos especialistas (46%). Também outros estudos atestam estes resultados, tal como o de Oliveira et al. (2011), Fernandes et al. (2015) e Pires (2016), que mostram que a maioria dos enfermeiros pesquisados são enfermeiros de cuidados gerais. Estes resultados estão em consonância com os dados do anuário de 2022 da OE, em que 71,15% dos enfermeiros são de cuidados gerais e 29,77% possuem especialização e existem enfermeiros com mais do que uma especialidade.

No local onde decorreram os diferentes estágios, apenas um dos três enfermeiros possui especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária. Ainda no contato com a restante

equipa de enfermagem, nomeadamente na sessão de formação, muitos enfermeiros referem ter conhecimento limitado sobre cuidados de enfermagem de saúde familiar eficazes, apesar de frequentemente trabalharem com as famílias. A formação teórica e prática é essencial para aumentar o nível de preparação e autoconfiança dos enfermeiros ao trabalharem com famílias (Flowers, St. John, & Bell, 2008). A Suécia, foi um dos primeiros países a introduzir a enfermagem familiar. Neste país, a Universidade de Kalmar, atualmente Universidade de Linnaeus, é um exemplo de instituição que enfatiza a importância da enfermagem familiar, incluindo cursos especializados em diferentes níveis de formação, desde a prática generalista até à avançada, em todo o currículo de enfermagem. Também neste país, foi efetuada uma pesquisa comparativa das atitudes das enfermeiras suecas em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados, por Konradsen et al., que decorreu durante uma década, de 2009 e 2019. Como resultados, e apesar das mudanças na enfermagem, no sistema de saúde e sociedade, as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento das famílias não sofreram alterações. No geral, os enfermeiros apresentaram atitudes positivas, tanto em 2009 como em 2019.

Em relação ao **tempo médio de exercício profissional** dos enfermeiros, este foi de 19,70 anos, segundo os dados apresentados. Esse valor é consideravelmente mais elevado do que o encontrado por Oliveira et al. (2011), que foi apenas de 12,9 anos, assim como superior à média obtida por Silva et al. (2013), de 16,37 anos, e por Pires (2016), com 17,52.

De acordo com Benner (2005, p.31) “O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos”. É através da experiência que um enfermeiro adquire habilidades e desenvolve o seu conhecimento clínico ao longo do tempo, ou seja, o desenvolvimento da competência clínica requer tempo, experiência e prática na profissão de enfermagem.

Segundo, McHugh e Lake (2010), há escassez de estudos quantitativos que sejam capazes de capturar tanto a natureza transacional quanto a temporal da experiência, e muitos desses estudos limitam a sua medição aos anos de prática.

Da análise dos valores das respostas relativas ao **contexto de trabalho**, resultou que 60% dos enfermeiros exercem funções em CSP e 40% em CSD.

Relativamente à **unidade funcional** onde os enfermeiros de CSP exercem a sua atividade profissional, os dados mostram que a maioria dos enfermeiros trabalha em UCSP (28%), seguida por USF (20%) e UCC (12%) que pertencem ao ACES PL, localizados na região centro de Portugal. De acordo com a distribuição por setor de atividade do anuário da OE (2022), apenas 11,5% dos enfermeiros trabalham em ACES/CS/UCSP/USF/UCC, sendo que

45,57%, a maioria dos enfermeiros exerce a sua atividade em hospitais ou em setores desconhecidos.

No âmbito dos dados referentes à **formação em enfermagem de família**, constatou-se que 50% dos enfermeiros referem ter essa formação, dos quais 28% mencionam ter adquirido em contexto académico, 20% em formação contínua, e 2% não especificam. Estes resultados contrariam alguns estudos como os de Silva et al. (2013), com 69,6% e Pires (2016) com 81,1% de enfermeiros sem formação em enfermagem de família. Já Oliveira et al. (2011) mencionam dados que corroboram os do presente estudo, em que 59,6 % frequentaram formação em enfermagem de família, dos quais 23,5% em contexto académico e 29,4% em formação contínua e 6,6% noutros contextos.

Para responder às questões de investigação: “Quais são as atitudes que os enfermeiros de CSP (UCSP, USF e UCC) e de CSD assumem, face à importância da família no processo de cuidar?”, e “Qual a relação existente entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?” foi utilizada a Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009; 2011), avaliando as dimensões respeitantes às atitudes dos enfermeiros e a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, nas dimensões: “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” (atitude positiva - identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta e no reconhecimento das suas competências para superar a situação), “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” (atitude positiva - reconhecimento do valor presença familiar nos cuidados de enfermagem) e “Família como um fardo” (atitude negativa – participação da família como obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem).

A escala “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros”, IFCE-AE, validada para a população portuguesa, revela um alfa de *Cronbach* de 0,87 para a escala total, conforme relatado por Oliveira et al. (2011). No presente estudo, de modo a comparar e avaliar a consistência interna da escala, recorreu-se de igual modo, ao coeficiente de alfa tendo a escala obtido um valor de  $\alpha = 0,82$ , indicando que o instrumento é confiável e válido. Os resultados indicam uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que compõem as três dimensões da escala, com valores de  $\alpha$  entre 0,90 e 0,49. Estes resultados obtidos são semelhantes aos encontrados noutros estudos, como Alves (2011), Fernandes et al. (2015), Tavares (2017), Henriques e Santos (2019); Silva et al. (2013) e Frade et al. (2021). Todavia, Barbieri-Figueiredo et al. (2012), relatam uma consistência interna do instrumento com um coeficiente alfa de 0,97, indicando uma confiabilidade muito alta. Da mesma forma, Pires (2016) relatou uma consistência interna com um coeficiente alfa de 0,90, também indicando uma confiabilidade muito boa.

A utilização da escala IFCE-AE em diferentes contextos permitirá o desenvolvimento de estratégias que promovam atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem, aumentando assim a efetividade das práticas colaborativas que visam a promoção da saúde familiar (Oliveira et al., 2011).

Segundo os autores dos instrumentos, do original e da versão portuguesa (Benzein, 2008a; Oliveira et al., 2009), quanto maior for a pontuação total na escala, maior será o suporte oferecido pelos enfermeiros às famílias.

Em relação aos enfermeiros que participaram neste estudo, relativamente às atitudes face às famílias, apresentaram um score médio total de respostas de 78,86 pontos, indicando um alto grau de concordância com as afirmações da escala, o que sugere que os enfermeiros possuem atitudes de suporte em relação às famílias e promovem a sua inclusão nos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem apontam cada vez mais, no sentido de reconhecer a família como um elemento proativo e essencial no processo de cuidados, numa parceria colaborativa, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude dos enfermeiros (Fernandes et al., 2015).

Para que os enfermeiros adotem uma atitude de suporte em relação às famílias é fundamental convidá-las e envolvê-las nos cuidados de enfermagem, estabelecendo uma parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes. Quando os enfermeiros reconhecem a importância dos membros da família, estão capacitados para estabelecer interações significativas com as famílias, valorizando os seus conhecimentos, crenças e tomada de decisão, mesmo em situações de divergência, como apontado por Benzein et al. (2008b).

Estudos realizados por Freitas (2009), Barbieri et al. (2012), Silva et al. (2013) mostram que os enfermeiros que exercem funções em CSP possuem uma atitude positiva em relação à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e valorizam-na centrando o seu foco na família. No entanto, há uma discrepância entre os seus discursos e a sua prática, pois ainda veem a família de maneira fragmentada e os cuidados permanecem centrados nos indivíduos, conforme observado por Freitas (2009) e Figueiredo (2012). Os resultados do estudo de Freitas (2009) na Região Autónoma da Madeira mostraram que os enfermeiros reconhecem a importância da enfermagem com famílias, mas enfrentam várias barreiras para implementá-la, incluindo a falta de formação específica em enfermagem familiar, a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e a falta de apoio institucional. Por outro lado, os facilitadores identificados

incluem trabalho em equipa, a cooperação com outros profissionais de saúde e a utilização de instrumentos específicos de avaliação familiar.

Outros estudos nacionais destacam a importância da integração da família nos cuidados de enfermagem hospitalar, como os de Alves (2011), Rodrigues (2013), Sousa (2011) e Fernandes et al. (2015). Pesquisas realizadas em diversos países, na Suécia por Benzei et al. (2008b) e no Brasil, por Ângelo et al. (2014), também apoiam estes resultados, mostrando que a inclusão da família nos cuidados de enfermagem é essencial ao longo de todo o processo de cuidados.

Em suma, existem vários fatores que dificultam que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, ao invés de se centrarem no indivíduo, desde as representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família, a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, falta de pessoal, bem como a metodologia e conteúdos de formação em enfermagem. Vários autores, como Figueiredo (2012), Freitas (2009) e Wright & Leahey (2011), identificaram estes fatores como desafios para a enfermagem centrada na família.

Em muitas unidades de saúde, apesar do estabelecido pelo Decreto-lei 298/2007 de 22 de agosto, que recomenda que cada enfermeiro seja responsável por 300 e 400 famílias, observa-se um número consideravelmente maior de famílias atribuídas. Durante o ensino clínico e no ficheiro que seguiu, observou um rácio de 702 famílias o que excede quase em dobro o preconizado. Este fator pode prejudicar a resposta atempada, personalizada e integrada às reais necessidades dos cuidados de saúde familiares, bem como à segurança e qualidade dos cuidados. Apesar dos esforços e progressos na compreensão desta dimensão, nomeadamente da OE que sistematicamente alerta e demonstra que o não cumprimento de dotações seguras de enfermeiros tem repercussões na qualidade dos cuidados prestados, com aumento da mortalidade, ainda há um longo caminho a percorrer para adequar as condições necessárias à prática do enfermeiro de família, pelas entidades competentes e responsáveis pela saúde em Portugal.

Os resultados obtidos neste estudo, indicam que os enfermeiros participantes demonstraram atitudes de suporte em relação à inclusão e integração da família nos cuidados de enfermagem. Tal resultado conduzirá a cuidados de enfermagem mais personalizados às famílias e interações mais satisfatórias para todos os envolvidos (Oliveira et al., 2011). A pertinência da inclusão da família nos cuidados de enfermagem está relacionada com a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias (Frade et al., 2021).

No que se refere à análise da **relação entre as atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar e as características sociodemográficas e profissionais**, os resultados apontam para a ausência de evidências estatisticamente significativas, ao cruzar a escala IFCE-AE com as variáveis género, idade, estado civil, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, contexto de trabalho, unidade funcional onde exercem funções e formação em enfermagem de família. Tais resultados sugerem que há homogeneidade nas atitudes dos enfermeiros de CSP e CSD.

Assim, quanto ao **género**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) que pudessem estabelecer relação entre o género masculino e feminino em relação à escala global IFCE- AE, o que está em consonância com as pesquisas de Oliveira et al., (2009) sobre as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias nos CSP; de Sousa (2011) com 480 enfermeiros que trabalham num hospital ou ainda de Alves (2011) no seu estudo com 85 enfermeiros de um serviço de Medicina. No entanto, há estudos que apontam o contrário, como Wright & Leahey (2005), que observam que os enfermeiros do sexo masculino apresentam atitudes menos favoráveis em relação às famílias, ou até mesmo, Benzei et al. (2008), que constataram que as enfermeiras, em média, apresentam atitudes mais favoráveis em relação às famílias do que os enfermeiros. Esta conclusão é semelhante à obtida por Åstedt-Kurki et al. (2001), que afirma que as enfermeiras estão mais predispostas a reconhecer a importância das famílias. Também os resultados da pesquisa realizada por Galinha, Ribeiro & Pinto (2009), com 90 enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar, revelaram que a variável “género” apresentava diferenças estatisticamente significativas relativamente às atitudes dos enfermeiros em relação à família, demonstrando assim, que nos cuidados de enfermagem as mulheres possuem uma atitude mais positiva perante a família do que os homens.

Esta constatação pode estar relacionada com o facto histórico do predomínio do sexo feminino na profissão de enfermagem (Souza, Araújo, Silva & Bêrredo, 2014).

Apesar das profundas transformações na sociedade, família e nos papéis assumidos pelas mulheres, podem ainda existir razões para que as mulheres mantenham uma atitude mais positiva perante a família nos cuidados de enfermagem. Para além da componente histórica da profissão, a socialização das mulheres em muitas culturas, encoraja-as a serem mais expressivas em relação às emoções e sentimentos, e a assumir o papel de cuidadoras nas suas famílias, o que pode influenciar a forma como elas se relacionam com as famílias nos cuidados de enfermagem.

Analisando a relação entre a **idade** e a escala global IFCE-AE, conclui-se que não existe evidência estatística significativa, por isso, constata-se a não relação entre as variáveis.

No entanto, embora com uma correlação insignificante, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e a idade, ou seja, há medida que os enfermeiros envelhecem, a importância atribuída, à família parece diminuir cerca de 7,5% por cada ano ( $r=-0,075$ ), embora não seja significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0,607$ ).

Os resultados das investigações de Alves (2011), Rodrigues (2013), Pires (2016) e Tavares (2017), corroboram os resultados de não relação entre as variáveis. Em contrapartida, os estudos conduzidos por Sousa (2011) e Silva et al. (2013) revelam uma conexão entre a idade e a escala global IFCE-AE, sugerindo que enfermeiros mais velhos demonstram atitudes mais favoráveis à inclusão da família nos cuidados de enfermagem. Da mesma forma, Frade et al. (2021) concluíram que a idade parece estar relacionada com a importância dada à família nos cuidados de enfermagem, sendo que, quanto mais velho o enfermeiro, maior a relevância que atribuem à família nesses cuidados.

Depois de analisar os valores de significância obtidos ( $p \geq 0,05$ ), relacionados com o **estado civil**, podemos concluir que não há evidência estatística para estabelecer uma relação entre a atitude dos enfermeiros em relação à família e o estado civil. Este resultado é consistente com o estudo de Tavares (2017), que também mostrou que o estado civil não afeta a atitude dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados. Na maioria dos estudos semelhantes pesquisados na literatura, não foi investigada a influência desta variável na atitude dos enfermeiros em relação à família.

Relativamente ao **grau académico**, os resultados da pesquisa indicam que não há evidência estatisticamente significativa de que o grau académico tenha influência na escala das atitudes dos enfermeiros face à família. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores de Tavares (2017) e Frade et al. (2021), que também não encontraram uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Tal como no âmbito desta pesquisa, Rodrigues (2013) também não encontrou diferenças estatisticamente significativas que indiquem que as **qualificações académicas** têm influência na atitude dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidado. Por outro lado, Sousa (2011), assinalou que na dimensão Família como recurso nos cuidados de enfermagem da escala IFCE-AE, apresentou significância estatística, indicando que enfermeiros com níveis mais elevados de estudos tendem a ter uma atitude mais positiva em relação à família como recurso nos cuidados de enfermagem. Também Silva et al. (2013) observou que apenas na dimensão da escala, *Família como um fardo*, houve diferença

estatisticamente significativa, revelando que quanto mais habilitações académicas possuem, maior importância é atribuída à família, ou seja, mais atitudes de suporte apresentam nos cuidados de enfermagem.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 pela OE, a certificação das competências clínicas especializadas garante que o enfermeiro especialista dispõe de um conjunto específico de conhecimentos, habilidades e capacidades que são relevantes para as necessidades de saúde do grupo-alvo, e que ele é capaz de aplicar essas habilidades em qualquer contexto de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção. Isso significa que os enfermeiros especialistas possuem um alto nível de especialização e são altamente qualificados para prestar atendimento de qualidade às pessoas, na sua área de especialização.

Relacionando as atitudes do enfermeiro em relação à família com o seu **título profissional**, os dados revelam não existir evidência estatisticamente significativa entre o título profissional e a escala IFCE-AE. Alguns estudos como o de Alves (2011), Fernandes et al., (2015) e Tavares (2017), estão de acordo com o resultado encontrado no âmbito deste estudo. No entanto, esses resultados contrastam com os obtidos por Rodrigues (2013), que encontrou diferenças estatisticamente significativas, indicando que enfermeiros especialistas têm uma atitude mais favorável em relação à importância da família no cuidado. Também Pires (2016) encontrou diferenças estatisticamente significativas na dimensão da família como um fardo, indicando que enfermeiros com maior titularidade profissional apresentam atitudes mais positivas em relação ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, e vice-versa.

O estudo de Lopes, Gomes e Lobo (2018) indica que a especialização dos cuidados de enfermagem pode ter um impacto positivo na valorização dos profissionais, permitindo-lhes construir uma carreira e incentivar a renovação contínua de formação. Para além disso, há benefícios para os utentes, com melhoria dos indicadores de gestão e eficiência, e para os próprios profissionais, com melhores índices de satisfação e retenção, o que reforça a importância da especialização dos cuidados de enfermagem e a sua contribuição para o avanço do setor da saúde.

No ano de 2019, houve uma atualização na categorização de enfermeiros especialistas de acordo com o Decreto-Lei n.º 71/2019. A partir desta atualização, a carreira de enfermagem passou a ser estruturada em três categorias; enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

Dos 25 enfermeiros especialistas desta pesquisa, as áreas de especialização em enfermagem com maior proporção são Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com 14% cada uma. Seguidas da Enfermagem de Saúde

Comunitária com 10%; 6% em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica/ Médico-Cirúrgica; 4% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=4) e 2% em Enfermagem de Reabilitação (n=1).

De acordo com o anuário da OE (2022), a especialidade de Saúde Comunitária representa 14,71% do total dos enfermeiros especialistas em Portugal, e 1,06% possuem formação em Enfermagem de Saúde Familiar. Já a especialidade de Enfermagem de Reabilitação é a que detém a maior proporção de especialistas, correspondendo a 21,6% do total, seguida pela especialidade Médico-Cirúrgica com 21,5%. Ou seja, cerca de 1 em cada 6 enfermeiros especialistas atuam na área de Saúde Comunitária, sendo que a especialidade de Reabilitação possui a maior proporção de especialistas, seguida pela Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É de salientar o aumento do número de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar. De 2019 a 2022 assiste-se a um incremento de 0,86% (anuário OE, 2022), o que indica uma procura de capacitação de competências por parte dos enfermeiros, para dar resposta à demanda de cuidados de saúde às famílias e comunidades, associado ao envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crónicas. Desta forma, à especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar é reconhecido o seu papel fundamental nos cuidados de saúde, valorizando a abordagem sistémica à família.

Os valores de significância apurados com  $p \geq 0,05$  na escala IFCE-AE, não permitem estabelecer uma relação entre a variável dependente e o **tempo de exercício profissional**, o que se ajusta a outros estudos de autores como Rodrigues (2013), Pires (2016) e Tavares (2017), em que mostram que não há correlação estatisticamente significativa entre o tempo profissional e as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados.

Na construção da *FINC-NA*, Benzein et al. (2008a) encontraram evidências de que enfermeiros recém-formados não apresentam atitudes de suporte em relação à família. Já Sousa (2011), Silva et al. (2013) e Frade et al. (2021), mostram que enfermeiros com mais anos de exercício profissional e experiência valorizam cada vez mais a importância da família nos cuidados de enfermagem.

No contexto deste trabalho, embora com uma correlação insignificante, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e o tempo de serviço, ou seja, há medida que os enfermeiros trabalham mais anos, a importância atribuída, à família parece diminuir cerca de 11% por cada ano ( $r = -0,11$ ), embora não seja significativa do ponto de vista estatístico ( $p = 0,448$ ). O estudo de Ângelo et al. (2014) sugere o mesmo, ou seja, que

enfermeiros com mais tempo de prática apresentam menor suporte para com as famílias, como evidenciado pela pontuação baixa na escala IFCE-AE.

Cada enfermeiro é único, com experiências diferentes que influenciam a forma como interage com os utentes e com as suas famílias. Por outro lado, poderá o excesso de trabalho associado ao número elevado de utentes e famílias atribuídos, afetar a capacidade de cada enfermeiro se relacionar e comunicar com aqueles que cuida. Em condições de trabalho intensas, os enfermeiros podem estar mais focados em completar as tarefas necessárias e prestar os cuidados básicos do que em comunicar e incluir a família nos cuidados.

A saturação repetida no tempo, poderá ser, portanto, um fator que influencia a forma como os enfermeiros se relacionam com as famílias. Outro fator, que julga ser relevante, é a cultura organizacional. A cultura da organização em que o enfermeiro trabalha pode influenciar a sua abordagem em relação à família. Assim, se a organização enfatiza a importância do envolvimento da família no processo de cuidado, os enfermeiros podem ser mais propensos a incluir as famílias nos cuidados.

Em suma, do seu ponto de vista, existem vários fatores que podem influenciar a forma como cada enfermeiro se relaciona e inclui as famílias nos cuidados como a saturação, experiência, personalidade e contexto de trabalho.

A diferença do tipo de atitudes adotadas pelos enfermeiros pode estar relacionada com o facto de exercerem funções em diferentes serviços com especificidades e necessidades distintas. No presente estudo, para se verificar essa relação, chegou-se a valores de  $p \geq 0,05$  ( $p=0,375$ ), pelo que se conclui que, o contexto de trabalho (CSP ou CSD) não influencia as atitudes dos enfermeiros perante a família e que apresentam atitude positiva quanto à importância das famílias no cuidado de enfermagem.

Na pesquisa da literatura, encontram-se vários estudos acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros, nos mais diversos **contextos de cuidados de saúde**. Verificou-se uma predominância de estudos nos cuidados de saúde diferenciados. De acordo com Fernandes et al. (2015), os enfermeiros que participaram na pesquisa intitulada “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar” demonstraram uma atitude positiva em relação à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem. Estes resultados são consistentes com outros estudos nacionais (Sousa, 2011; Alves, 2011; Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013; Martins, 2020) e internacionais (Benzein et al., 2008; Ângelo et al., 2014; Ribeiro Chaves et al., 2017; Hoplock et al., 2019), em que os enfermeiros demonstram preocupação com as famílias.

No estudo comparativo conduzido por Hoplock et al. (2019) intitulado “*Comparative Descriptive Study of Canadian Hospital and Home Visiting Nurses’ Attitudes Toward Families in Transition Care*” revelou que as atitudes das enfermeiras que realizam visitas domiciliárias e aquelas que trabalham em hospitais foram positivas em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem. A pontuação média foi de 99 para enfermeiras que trabalham em hospitais e 101 para enfermeiras que realizam cuidados domiciliários. Estes achados são consistentes com pesquisas realizadas noutros países, como por exemplo com pontuações medianas de 79 para enfermeiras de diversos contextos de prática em Portugal (Fernandes et al., 2015); 86 para enfermeiras de cardiologia na Bélgica e 97 para enfermeiras de cardiologia na Escandinávia e 104 para enfermeiras na Suécia (Luttik et al., 2017).

Ao utilizar o teste ANOVA de um fator, constatou-se que, quanto ao grupo **unidade funcional** (UCSP, USF e UCC), não existe relevância estatística, pelo que não há associação com a escala de atitudes. Concluiu-se, portanto, que nesta pesquisa as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família, não estão relacionadas com a unidade funcional onde exercem funções. Também pesquisas de outros autores corroboram este achado (Oliveira et al., 2011; Rodrigues, 2013). No entanto, Santos (2021), apesar de também não encontrar esta associação, revela que os Enfermeiros que exercem funções em CSP são quem apresenta atitude mais favorável nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de *coping*, Família recurso nos cuidados de Enfermagem e na escala global.

No estudo de Fernandes et al. (2015) sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem em meio hospitalar constata-se que existem diferenças em relação aos diversos serviços de cuidados, sendo que os resultados foram mais positivos para o serviço de obstetria, com valores mais elevados do que os serviços de urgência. Outros estudos indicam que os enfermeiros que trabalham em unidades hospitalares que prestam cuidados pediátricos e materno-infantis tendem a ter uma postura mais favorável face à família (Benzein et al. 2008b; Ângelo et al. 2014), ao contrário dos enfermeiros que trabalham em ambientes de cuidados agudos (Benzein et al. 2008b; Fisher et al., 2008). Estes resultados podem ser interpretados como resultado da estruturação funcional variada dentro dos próprios serviços e pelas múltiplas responsabilidades com que os profissionais se deparam. Num contexto de grandes exigências que obrigue ao estabelecimento de prioridades, os Enfermeiros podem direcionar-se para outros focos de atenção em detrimento da família.

Relativamente ao domínio da **formação em Enfermagem de Família**, na pesquisa constatou-se que metade dos enfermeiros que participaram no estudo possuem formação em Enfermagem de Família, em oposição à outra metade sem formação na área. Os enfermeiros que afirmam ter essa formação, revelam que a adquiriram em diversos contextos, incluindo

formação académica e formação contínua. Relatam ter obtido essa formação principalmente em contexto académico (56%), em relação à formação contínua (40%), e 4% não especifica onde obteve a formação.

Estes resultados sugerem que os enfermeiros estão interessados em adquirir habilidades para uma abordagem centrada na família, já que alguns possuem essa formação e adquiriram em diferentes contextos. Os dados dos anuários da OE de 2019, 2020, 2021, 2022, mostram que a especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo progressivamente a ganhar um número crescente de enfermeiros, como se pode verificar na tabela 40.

**Tabela 40 – Distribuição de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde familiar, no quadriénio 2019- 2022**

Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	40	0,005	123	0,16	169	0,21	258	0,32

Na sua ótica, o número crescente de enfermeiros especialistas na área de Saúde Familiar representa a mudança de paradigma, da visão centrada na pessoa para uma abordagem sistémica familiar e demonstra a vontade dos enfermeiros em adquirir competências nesta área e a valorização da mesma.

Desta forma, tem vindo a ser reconhecida a complexidade das relações familiares e a sua interdependência com a saúde e bem-estar individual e coletivo. Ao adotar-se esta abordagem, a enfermagem fica mais rica. A enfermagem de Saúde Familiar, permite fornecer cuidados mais abrangentes e personalizados a um maior número de pessoas; melhora o acesso aos cuidados de saúde; melhora a gestão de doenças e reduz custos de saúde.

Muitos estudos na literatura mostram que os enfermeiros relatam não ter recebido formação adequada no que diz respeito em como lidar com os familiares e atender às suas necessidades (Hallgrimsdottir, 2000). Para além disso, algumas pesquisas têm demonstrado que enfermeiros com formação em enfermagem de Saúde Familiar têm uma visão mais colaborativa da família como parceira no cuidado, em comparação com aqueles sem essa formação (Oliveira et al., 2009).

No escopo desta pesquisa, não foi estabelecida relação entre a formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros. No entanto, cabe destacar que vários autores referem que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem uma maior importância às famílias nos cuidados. Segundo os resultados obtidos por Martins et al. (2010), a formação em enfermagem de família possui um efeito significativo na atitude dos

enfermeiros. Constataram que os enfermeiros com formação na área da saúde familiar apresentam médias superiores na dimensão na família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, e médias inferiores na subescala Família como um fardo nos cuidados de enfermagem. Também de acordo com Oliveira et al. (2009), durante a validação da escala, foi observado que enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família apresentam médias mais elevadas em relação à dimensão Família como parceiro dialogante e recuso de *coping* com significância estatística. Portanto, à semelhança das evidências científicas resultantes de pesquisas de vários autores (Silva, 2013; Oliveira et al. 2009,2011), a importância atribuída à família é maior nos enfermeiros com formação em enfermagem de família.

É possível afirmar que os programas de formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, podem ter um impacto positivo na atitude dos enfermeiros na relação com as famílias. Um exemplo deste tipo de projeto foi o estudo realizado por Svavardottir (2008) num hospital islandês, cujo objetivo era capacitar enfermeiros a envolverem sistematicamente as famílias na prática diária de cuidados. Este projeto de formação em enfermagem dos sistemas familiares teve resultados muito positivos tanto para as famílias como para os profissionais e a própria instituição de saúde.

Treinar e desenvolver competências em Enfermagem de Saúde Familiar incentiva a compreensão empática por parte dos enfermeiros, segundo Eggenberger & Sanders (2016), e por outro lado, ao fortalecer as suas capacidades, os enfermeiros estão mais motivados para superar os desafios inerentes aos cuidados às famílias (Broekema et al., 2018; Duhamel et al., 2015). O desenvolvimento de competências de Enfermagem de Saúde Familiar é fundamental para a garantia de cuidados eficazes e de qualidade aos utentes e famílias, aumentando a satisfação dos mesmos e dos profissionais, conduzindo a ganhos em saúde.

Perceber as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias ajuda nas decisões dos responsáveis a determinar se é necessária formação adicional, suporte ou mudanças na política para promover melhores relações entre enfermeiros e famílias (Fernandes et al., 2015; Fisher et al., 2008; Weman & Fagerberg, 2006). As informações obtidas por meio de estudos e pesquisas que avaliam a atitudes, percepções e comportamentos dos enfermeiros em relação às famílias, podem ser usadas para implementar estratégias para melhorar a comunicação e colaboração efetiva entre enfermeiros e famílias, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde e satisfação dos utentes e famílias.

Assim, a transição do paradigma em que a família passa a ser o foco de cuidados em vez de contexto, é um dos principais desafios enfrentados pela Enfermagem de Família. Para que

esta mudança ocorra, Santos (2019) concluiu no seu estudo “Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – Construção de um programa de desenvolvimento de competências”, que é fundamental que os enfermeiros adquiram conhecimentos sobre modelos de avaliação e intervenção familiar na sua formação.

#### 4.4 CONCLUSÃO

Diversas pesquisas têm sido publicadas que destacam a importância dos enfermeiros e a sua postura em relação às famílias, comprovando a necessidade de uma prática especializada em enfermagem de saúde familiar. Esta evolução constante na área de investigação em enfermagem reflete um reconhecimento da prática profissional e da enfermagem como disciplina de conhecimento, resultando em benefícios para a saúde da população e na excelência dos cuidados oferecidos.

Silva et al. (2013), no seu estudo sobre caracterização dos enfermeiros que trabalham em CSP, verificaram que a formação graduada e específica em enfermagem de família são fatores facilitadores de atitudes de maior suporte para a família e sublinharam a necessidade de implementação de cursos de especialidade em enfermagem de saúde familiar, conforme o Regulamento n.º 126/2011 que define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar e a criação de orientações específicas para o desenvolvimento e produção de práticas clínicas nos CSP.

A prática de Enfermagem de Família tem vindo assim a ganhar importância nos Cuidados de Saúde Primários, que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde mais acessíveis, personalizados e integrados. Os enfermeiros de família têm um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de problemas de saúde em indivíduos, famílias e comunidades. O Decreto-Lei n.º 298/2007 estabelece a exigência da especialidade em enfermagem de saúde familiar para enfermeiros que exerçam funções em USF, reconhecendo assim a importância desta área de atuação. A especialização em enfermagem de saúde familiar visa proporcionar aos enfermeiros os conhecimentos, competências e habilidades necessários para prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Dado o impacto significativo do tema em análise, o qual foi evidenciado no contexto teórico, o presente estudo de investigação procurou ampliar a compreensão da enfermagem de família, bem como explorar como as atitudes dos enfermeiros podem influenciar a valorização da família. Visou ainda atender à demanda profissional na área de enfermagem de saúde familiar, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento profissional. Com isso em

mente, a amostra selecionada para esta pesquisa foi composta por enfermeiros que trabalham em unidades de CSP (UCSP, USF e UCC) e em CSD.

Desta forma, depois de contextualizado teoricamente, o estudo seguiu uma metodologia adequada que permitiu alcançar os objetivos e responder às questões de investigação inicialmente enunciadas e que motivaram a investigação.

Neste estudo foi utilizado o método de investigação quantitativo para determinar as atitudes dos enfermeiros de CSP e CSD em relação à importância da família no processo de cuidar. Sendo também um estudo descritivo, analítico e correlacional procurou descrever, analisar e correlacionar dados para obter *insights* sobre as atitudes dos enfermeiros face à família e como as variáveis sociodemográficas e profissionais têm impacto nessas atitudes.

Para atingir os objetivos da pesquisa, foi utilizada a escala IFCE-AE, que foi validada para uso na população portuguesa. A aplicação desta escala é essencial para garantir a validade científica dos resultados obtidos e permite aos pesquisadores medir e analisar as atitudes dos enfermeiros em relação à família, com base em três dimensões distintas. Esta abordagem pode fornecer informações valiosas para melhorar a qualidade em saúde, promovendo a colaboração e o envolvimento da família nos cuidados.

Neste estudo participaram 30 enfermeiros que exercem funções nos CSP (ACeS PL) em cinco unidades funcionais (UCSP Norte, UCSP Atlântica, USF Stephens, USF Vitrius e UCC Marinha Grande); e 20 enfermeiros a exercer funções numa unidade portuguesa de CSD, pertencente ao SNS português.

Da amostra selecionada, todos os questionários foram validados pelo que a taxa de respostas foi de 100%.

Na generalidade, em relação às características sociodemográficas e profissionais, os enfermeiros da amostra em estudo são maioritariamente do género feminino; com uma média de idade de 43,6 anos; 70% são casados/união de facto; na sua maioria com licenciatura e com o título profissional de enfermeiro; com uma média de cerca de 19,70 anos de tempo de serviço profissional; 60% a exerce funções em CSP e 40% em CSD. A maioria dos enfermeiros de CSP assumem funções em UCSP (28%). Relativamente à aquisição ou não de formação em enfermagem de família, os enfermeiros da amostra distribuem-se de forma igualitária 50%/50%.

Quanto à escala IFCE-AE, a mesma foi avaliada quanto à consistência interna, tendo-se obtido um valor total do coeficiente alfa de *Cronbach*  $\alpha=0,82$ , o que sugere que a escala é confiável e consistente em medir o construto em questão.

Com base nos resultados do estudo utilizando a escala IFCE-AE, pode afirmar-se que a maioria dos enfermeiros apresentou atitudes positivas e de apoio em relação à família com uma pontuação média total de 78,86 na escala. O que indica que os enfermeiros demonstraram comportamentos que favorecem a relação com a família, com uma atitude de apoio, encorajamento e respeito em relação às necessidades e preocupações da família durante o processo de cuidados.

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. Embora com baixa significância estatística, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e o tempo de serviço e a idade, ou seja, há medida que os enfermeiros envelhecem e trabalham mais anos, a importância atribuída, à família parece diminuir cerca de 11% por cada ano ( $r=-0,11$ ), em relação ao tempo de serviço e cerca de 7,5% por cada ano ( $r=-0,075$ ) relativamente à idade.

Este achado sugere que a diminuição da importância atribuída à família pelos enfermeiros pode estar relacionada com fatores precipitantes como a sobrecarga de trabalho, a saturação, presentismo e o burnout. A adoção de estratégias de recursos que valorizem os enfermeiros e promovam a sua motivação e satisfação pode ajudar a combater esses problemas e a incentivar a inclusão da família nos cuidados de saúde.

É fundamental que as organizações de saúde se preocupem com os seus enfermeiros. E perante um cenário de desmotivação, insatisfação, *burnout* e excesso de carga horária e de trabalho no seio da classe profissional, é necessário a adoção de estratégias de recursos humanos que valorizem os enfermeiros e que os modelos organizacionais, inevitavelmente, sejam direcionados para a motivação e satisfação (Poeira et al., 2019).

Ao discutir os resultados, é importante ressaltar que por um lado os resultados refletem a perceção subjetiva dos enfermeiros sobre o seu próprio desempenho e por outro lado, pode haver uma tendência para apresentar resultados socialmente desejáveis. Alguns autores argumentam que os enfermeiros podem sobrevalorizar o seu desempenho e ter dificuldades em se autoavaliar de forma crítica e demonstram uma exigência exacerbada na avaliação dos pares (Davidson, 2009; Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005). Apesar disso, os resultados desta pesquisa destacam atitudes positivas face à família na prestação de cuidados de enfermagem. É imprescindível implementar tais atitudes, respeitando as necessidades individuais dos membros da família e promover a interação, colaboração e

interajuda para construir um relacionamento de cooperação e parceria entre família e enfermeiros de família.

Para além da perceção subjetiva dos enfermeiros sobre o seu desempenho, e à semelhança do que acontece em qualquer pesquisa, este estudo apresentou outras restrições ou limitações identificadas, o facto da amostra ser reduzida e não probabilística pode condicionar a sua avaliação, a normalidade da mesma, assim como a obtenção de resultados científicos o que não permite a generalização dos resultados apresentados. No entanto, pode-se argumentar que o estudo tem validade interna devido ao uso de um método de análise estatística rigoroso e uma escala cientificamente validade com alta consistência interna, o que possibilita a comparação com outros estudos que utilizaram a mesma escala. Também a utilização de questionários online, em vez de papel, poderia ter aumentado a dimensão da amostra proporcionando resultados mais enriquecedores.

O objetivo deste estudo, não se resume apenas a ampliar o conhecimento científico da Enfermagem no campo da saúde familiar, mas também destacar a importância da formação específica nesta área para enfermeiros nos seus contextos de trabalho, bem como reforçar o seu papel na promoção de práticas colaborativas na saúde familiar.

Perceber as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias ajuda nas decisões dos responsáveis a determinar se é necessária formação adicional, suporte ou mudanças na política para promover melhores relações entre enfermeiros e famílias (Fernandes et al., 2015; Fisher et al., 2008; Weman & Fagerberg, 2006). As informações obtidas por meio de estudos e pesquisas que avaliam a atitudes, perceções e comportamentos dos enfermeiros em relação às famílias, podem ser usadas para implementar estratégias para melhorar a comunicação e colaboração efetiva entre enfermeiros e famílias, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde e satisfação dos utentes e famílias.

Proporcionar aos enfermeiros de família a oportunidade de obter conhecimentos e desenvolver competências essenciais para a prática clínica com famílias, através de formação oferecida pelas instituições de saúde, é uma medida crucial. Isso permitirá que os enfermeiros sejam capacitados a cuidar das famílias com eficácia e excelência, atendendo às necessidades de saúde de forma integral.

A difusão dos resultados deste estudo junto dos profissionais envolvidos e as respetivas estruturas hierárquicas, poderá estimular não só a reflexão individual, como incentivar o planeamento e execução de estratégias organizacionais com o objetivo de otimizar os cuidados de enfermagem familiar.

#### 4.5 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Considerando a pesquisa efetuada a partir das questões enunciadas, é o momento de realizar uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos, para que possa ser aplicada na prática clínica, destacando observações importantes e fornecendo orientações para pesquisas futuras. O objetivo é que os resultados do estudo possam inspirar intervenções que reduzam a distância entre a teoria e a prática de saúde familiar, promovendo uma maior proximidade entre os enfermeiros e as suas famílias, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde familiar.

Perante o exposto, aponta-se para a necessidade da reprodução ou expansão do estudo em contextos culturais e geográficos diferentes, em todo o território nacional, a fim de obter uma visão mais ampla sobre a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, das atitudes dos profissionais envolvidos nessa relação terapêutica, e adaptar as intervenções, atendendo às necessidades específicas das diferentes comunidades.

A replicação da investigação da presença familiar em ambientes de cuidados é altamente recomendável. Fisher et al. (2008), consideram valiosos os estudos que examinam o sucesso das estratégias de intervenção na mudança e/ou apoio às atitudes e comportamentos do pessoal de enfermagem.

Um dos grandes desafios enfrentado pela enfermagem de família, é a transição da família como contexto para família como foco. A família ainda é vista como um conjunto de indivíduos separados e distintos, em vez de uma unidade interdependente e integrada. Os cuidados de enfermagem são, portanto, direcionados para o indivíduo, em vez de considerar a dinâmica familiar e como esta pode afetar o cuidado e o bem-estar de todos os membros da família. Esse enfoque fragmentado pode limitar a eficácia dos cuidados de enfermagem, já que não tem em conta a complexidade e as inter-relações dos membros da família.

Para que esta mudança ocorra com sucesso, é essencial que os enfermeiros durante a sua formação detenham conhecimentos sobre modelos de avaliação e intervenção familiar. E no mesmo contexto, é importante desenvolver práticas clínicas que ajudem os estudantes a aplicar na prática modelos teóricos de enfermagem de saúde familiar e refletir sobre as suas intervenções, a fim de entender e reconhecer o impacto das mesmas nas famílias (Freitas, 2009).

Embora nalguns países os enfermeiros que cuidam das famílias, tenham acesso a modelos de avaliação e intervenção familiar na sua formação básica, este não é o caso de muitos outros, incluindo o nosso país. Na maioria dos casos, apenas os enfermeiros especializados em enfermagem de saúde familiar ou aqueles que fizeram cursos recentes, tiveram acesso a

esse tipo de formação. No estudo efetuado e em muitos outros similares, os enfermeiros parecem valorizar a família, manifestando atitudes positivas, mas muitos prestam cuidados de saúde familiar sem estarem preparados e sem formação específica na área.

De acordo com Andrade et al. (2019), a utilização de modelos e instrumentos na avaliação e intervenção familiar permite aos estudantes identificar as necessidades e planejar cuidados de enfermagem com base numa abordagem colaborativa com a família, enquanto unidade alvo de intervenção. O Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), referencial da enfermagem de saúde familiar, integra a matriz operativa, permitindo a identificação das necessidades das famílias nos cuidados de enfermagem, otimizando as ações dos enfermeiros de família. Na perspetiva de família enquanto unidade de cuidados, unidade sistémica, e tendo como objetivos a promoção da saúde familiar, Lebreiro et al. (2019) num estudo caso, procuraram compreender a funcionalidade familiar, através da identificação das necessidades e recursos, com o objetivo de implementar intervenções definidas para as especificidades do seu desenvolvimento. Concluíram que o MDAIF permitiu uma abrangência e um conhecimento aprofundado da família em estudo, orientou e sistematizou as ações do enfermeiro de família, através da abordagem colaborativa, suportada por conceitos, princípios e postulados.

Outros aspetos que condicionam a abordagem sistémica familiar, para além da escassez de formação específica na área da família, é a representação social atribuída pelos utentes à enfermagem, ainda centrado no modelo biomédico, o que afeta a atuação, valorização e reconhecimento da profissão. Mas também o excesso do número de famílias atribuídas a cada enfermeiro, e ainda, sistemas de apoio de registos muito direcionados para o indivíduo e que não conseguem acompanhar a dinâmica do registo da enfermagem da família e traduzir as reais intervenções familiares, para além de não gerarem indicadores que evidenciem ganhos em saúde.

É importante salientar que os enfermeiros são indivíduos com as suas próprias visões do mundo, ideias, crenças e valores pessoais, que podem influenciar a forma como agem e interagem com as famílias, durante o exercício das suas funções profissionais. Esses fatores pessoais podem desempenhar um papel significativo na forma como os enfermeiros abordam e cuidam das necessidades das suas famílias, e devem ser considerados ao avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros enquanto pessoas são detentores de preconceitos, crenças e valores pessoais, que por sua vez influenciam as atitudes e comportamentos para com a família no desempenho das suas atividades profissionais (Rodrigues, 2013). Porém, é importante que os enfermeiros recebam as pessoas da família

de modo a estabelecer vínculos e sem juízos prévios, para que a família os identifique como porto seguro (Mendes, 2015).

As várias pesquisas efetuadas apontam para implicações clínicas que sugerem que os enfermeiros devem desafiar as suas atitudes e crenças restritivas por meio de orientação e reflexão. É necessário construir uma relação de confiança entre familiares/cuidadores e enfermeiros e criar oportunidades e espaço, para que os membros da família possam expressar sentimentos, devendo os enfermeiros criar um ambiente de cuidados que favoreça a participação da família.

Para adotar uma atitude de suporte, é essencial convidar e envolver as famílias nos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização mútua entre todos os envolvidos. Quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes e necessários para uma melhor prestação de cuidados e com mais qualidade, então são profissionais habilitados para estabelecer interações significativas com as famílias, aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisão destas. Para o envolvimento das famílias, para além dos enfermeiros valorizarem o papel dos membros da família, é também necessário que as organizações de saúde repensem em como incluir os membros da família na organização e no processo de cuidado.

Por fim, a valorização e reconhecimento do papel dos enfermeiros de família pela sociedade, pelos restantes profissionais de saúde e pelas instituições de saúde é fundamental para garantir a sustentabilidade e continuidade do trabalho com famílias. Este propósito pode ser alcançado através da definição de políticas de saúde que incentivem a formação e a prática de enfermagem com famílias, da criação de programas de incentivo e reconhecimento profissional e do estabelecimento de normas e padrões de qualidade para o trabalho com famílias.

## 5. CONCLUSÃO GERAL DO RELATÓRIO

As transformações profundas que têm ocorrido na sociedade portuguesa nas últimas décadas, implicam significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, dando origem a novas famílias que se demarcam das famílias tradicionais. Mesmo com estas reconfigurações, a importância do acompanhamento individual e familiar continua a ser crucial pois as pessoas enfrentam constantes mudanças e transições ao longo do seu ciclo vital e é fundamental terem suporte nesses momentos.

O interesse pessoal nesta área de saúde familiar, despertou aquando da passagem de CSD para CSP em 2003. Muito focalizado no modelo biomédico e sem possibilidade de acompanhar continuamente as famílias, sentiu-se desmoralizada com o método de trabalho à tarefa que encontrou nos CSP. Ainda assim, o seu foco ultrapassava a pessoa que cuidava, pois defendia a importância da família na colheita de informação, no apoio e em todo o processo de cuidados. Com a reestruturação gradual dos CSP, com a implementação do enfermeiro de família e das unidades funcionais, toda a dinâmica se alterou servindo de alavancagem para a valorização de várias especialidades, nomeadamente em Saúde Familiar e da abordagem sistémica à família.

Sob esta ótica, a enfermagem e a promoção da saúde familiar são fundamentais para o bem-estar das famílias, ao monitorizar e responder às questões de saúde que afetam ou possam afetar a família, capacitando-a e fortalecendo-a em relação aos processos de mudança.

Para garantir uma intervenção efetiva na área de enfermagem de saúde familiar, é fundamental investir na formação especializada dos profissionais de enfermagem. De igual modo, as instituições devem promover regularmente a formação contínua desses profissionais, já que toda a literatura aponta a formação como essencial para garantir melhorias na saúde da população.

Os cuidados de enfermagem à família baseiam-se em modelos, teorias e ferramentas de avaliação e centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, resultando numa relação terapêutica efetiva. É crucial que a teoria seja aplicada na prática em vários contextos clínicos.

A formação e a investigação são duas áreas complementares que se interligam e são essenciais para o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem. A formação permite que os enfermeiros adquiram novas competências e habilidades, atualizem os seus conhecimentos em relação às novas tendências e práticas na área da saúde. Por outro lado, a investigação em enfermagem é fundamental para a produção de conhecimento científico e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Através da investigação, é possível identificar problemas e questões relevantes para a prática de cuidados, desenvolver novos

protocolos e estratégias de intervenção, avaliar a efetividade das intervenções e gerar evidências que possam ser aplicadas na prática. Além disso, a investigação em enfermagem contribui para a valorização da profissão e para o reconhecimento do papel dos enfermeiros na promoção da saúde e no cuidado de pessoas e famílias. Desta forma, a formação e a investigação são áreas interdependentes e complementares que devem ser incentivadas e valorizadas na prática de cuidados de enfermagem, nomeadamente na enfermagem de saúde familiar.

As políticas em Portugal reconhecem e destacam a relevância dos cuidados de saúde centrados na família em todas as fases da vida, que são regulamentados nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar pela Ordem dos Enfermeiros.

A realização dos diferentes estágios na UCSP Norte, foi essencial na aquisição das competências específicas relacionadas aos diferentes domínios do regulamento e competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar. Destaca as características que permitiram a concretização dos objetivos previamente definidos para o ensino clínico como a disponibilidade, abertura e acolhimento dos profissionais de enfermagem e restante equipa de saúde da UCSP Norte. Foi possível promover uma visão partilhada da Enfermagem de Saúde Familiar.

Uma vez ultrapassadas as questões burocráticas, nomeadamente as autorizações necessárias, o sucesso do processo de investigação contou com a disponibilidade, empatia e motivação dos colegas envolvidos. Estes fatores foram determinantes para garantir que o estudo fosse concluído dentro do prazo previsto.

A análise e tratamento dos dados foram desafiadores devido à falta de experiência na área. No entanto, esses obstáculos foram superados por meio de pesquisas bibliográficas e pela excelente orientação académica que ajudou a resolver as dúvidas que surgiram durante o processo.

Durante todo o processo de investigação, procurou-se atender aos objetivos estabelecidos e responder à questão de pesquisa inicial. O objetivo era entender as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família do processo de cuidados em CSP e CSD. Através de uma revisão teórica abrangente, análise e avaliação, foram obtidas conclusões que destacam a importância da família para os enfermeiros no desempenho das suas funções.

Não obstante, para obter uma compreensão mais detalhada sobre essa temática, procurou-se avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais, tentando estabelecer

possíveis associações entre essas variáveis e as atitudes dos enfermeiros por meio da aplicação da escala IFCE-AE.

Embora haja alguns estudos sobre este assunto, relativamente aos CSP estes são escassos, o que limita a generalização dos dados e conhecimento real sobre as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias. Esta constatação permite abrir caminhos para futuras pesquisas, a fim de adicionar conhecimento científico à enfermagem em saúde familiar.

De forma ampla, ao avaliar o percurso formativo percorrido, pode afirmar que a aquisição das competências específicas necessárias para a prática da enfermagem em saúde familiar foi conseguida, resultando numa prática firmada nos princípios da enfermagem de família. Desta forma, pode-se considerar que o desafio proposto foi superado com sucesso.

Enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde familiar, almeja manter a motivação e comprometimento com a aprendizagem contínua, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias, desempenhando também, um papel ativo ao lado dos seus colegas, compartilhando conhecimentos adquiridos neste mestrado e em equipa incentivar práticas reflexivas no âmbito da enfermagem de família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Pinhal Litoral (2018). Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-aces-PL.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Acedido em <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/EnfermeirodeFam%C3%ADlia/tabid/1198/language/pt-PT/Default.aspx>
- Ajzen, I. (1989). *Attitude structure and behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, LS & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilíbrios. 5ª Edição.
- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Andrade, A., Esteves, I. & Bica, I. (2019). Instrumentos utilizados pelos estudantes da Licenciatura em Enfermagem para a avaliação familiar ao longo do ciclo vital. Suplemento digital Revista ROL Enfermeria, 42(11-12), p.39. Acedido em [https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES\\_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf](https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf)
- Angelo, M., Cruz, A. C., & Mekitarien, F. F. P. (2014). Atitudes de Enfermeiros em Face da Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria. Revista Escola de Enfermagem USP, (48), pp. 75-81. Acedido em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gfJdnHkTZ6zwSZpsPtl3Lqz/?lang=pt&format=pdf>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Araújo, C. (2014). Enfermagem com Famílias: Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). *Interaction between adult patient's family members and nursing staff on a hospital ward*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5(2): 1, pp. 142-50. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x>
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Reis Santos, M., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, 36-43.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benzein, E.; Arestedt, F.; Jonhansson, P. e Saveman, B-I. (2008a) – *Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes – An Instrument Development*. *Journal of Family Nursing*, 14 (1) February , 97- 117.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008b). *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
- Broekema, S., Luttik, M., Steggerda, G. E., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2018). *Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competency Following a 6-Day Educational Intervention*. *Journal of family nursing*, 24(4), 508–537. Acedido em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30453803/>
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). Amamentação: bases científicas. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. In P.L. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder. Aspen Publication. Acedido em <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Christoffel, M., Pacheco, S., Reis, C. (2008). Modelo Calgary de Avaliação da Família de Recém-Nascidos: Estratégia Pedagógica para Alunos de Enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12 (1), pp. 160 – 5. Acedido em <https://www.scielo.br/j/ean/a/YXHBCy3kGk74Kbm8VNkhpyp/?format=pdf&lang=pt>
- Collière, M. F. (2003). Cuidar... A Primeira arte da vida. (2ª ed.). Loures. Lusociência.
- Constituição da República Portuguesa (2005). Sétima revisão constitucional 2005. Diário da República nº155: I Série – A, 12/08/2005. Acedido a 27 maio 2022 em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123425/details/maximized>

- Cowan, P.A. & Hetherington, M. (1991). *Family Transitions*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Davidson, J. E. (2009). *Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-35. Acedido em [https://www.researchgate.net/profile/Judy-Davidson/publication/26258545\\_Family-Centered\\_Care\\_Meeting\\_the\\_Needs\\_of\\_Patients'\\_Families\\_and\\_Helping\\_Families\\_Adapt\\_to\\_Critical\\_Illness/link/s/00b7d53cd4fb71742c000000/Family-Centered-Care-Meeting-the-Needs-of-Patients-Families-and-Helping-Families-Adapt-to-Critical-Illness.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Judy-Davidson/publication/26258545_Family-Centered_Care_Meeting_the_Needs_of_Patients'_Families_and_Helping_Families_Adapt_to_Critical_Illness/link/s/00b7d53cd4fb71742c000000/Family-Centered-Care-Meeting-the-Needs-of-Patients-Families-and-Helping-Families-Adapt-to-Critical-Illness.pdf)
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. Acedido em <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>
- DECRETO LEI NO 28/2008 DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 38 (2008). Acedido a 27 maio 2022 em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- DECRETO LEI NO 56/79 DE 15 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 214 (1979). Acedido a 27 maio 2022 em <https://data.dre.pt/eli/lei/56/1979/p/cons/19931015/pt/html>
- DECRETO LEI NO 70/2000 DE 4 DE MAIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série A, No 103/2000. Acedido em julho 2022 em <https://files.dre.pt/1s/2000/05/103a00/18251831.pdf>
- DECRETO LEI NO 71/2019, DE 7 DE MAIO. Diário da República: Série I, NO 101/2019. Acedido a 30 de março de 2022. Acedido em maio 2022 em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- DECRETO LEI NO 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 118 (2017). Acedido a 27 maio 2022 em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- DECRETO LEI NO 74/2006 DE 24 DE MARÇO DO MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR. Diário da República: I série A, No 60 (2006). Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- DECRETO LEI NO 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 149 (2014). Acedido em julho 2022 em <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>
- DECRETO LEI NO 298/2007 DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 161(2007). Acedido em julho 2022 em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Dias, M. O. (2000). "A família numa sociedade em mudança problemas e influências" *Gestão e desenvolvimento*, nº 9, Viseu: UCP. pp. 81-102.
- Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências. Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Loures. Lusociência.
- Dias, M.O. (2011). Um Olhar Sobre a Família na Perspetiva Sistémica. O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Gestão e desenvolvimento* (19), pp.139-156. Acedido em <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/140>
- Direção Geral da Saúde, (2015). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e extensão a 2020*. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M., & Goudreau, J. (2015). *Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model*. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322–348. <https://doi.org/10.1177/1074840715579404>
- Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). *A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit*. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(4), 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002>
- Enelow, J., Forde, D., & Brummel-Smith, K. (2004). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente* (4ª ed). Lisboa. Climepsi Editores.
- Fernandes, C.S., Gomes, J.A.P., Martins, M.M., Gomes, B.P. P., & Gonçalves, L.H.T. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), pp.21-30. Acedido em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/02\\_Rev\\_Enf\\_Ref\\_RIV15007%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/02_Rev_Enf_Ref_RIV15007%20(2).pdf)
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em julho 2022 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures.
- Filipe, M. (2011). Visita domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Acedido em [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/20122/1/Visita%20domicili%c3%a1ria\\_Contributos%20da%20enfermagem%20na%20manuten%c3%a7%c3%a3o%20da%20amamenta%c3%a7%c3%a3o\\_F%c3%a1tima\\_Filipe.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/20122/1/Visita%20domicili%c3%a1ria_Contributos%20da%20enfermagem%20na%20manuten%c3%a7%c3%a3o%20da%20amamenta%c3%a7%c3%a3o_F%c3%a1tima_Filipe.pdf)
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). *Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting*. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 615- 624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>
- Flowers, K. A., John, W. S., & Bell, J. M. (2008). *The Role of Clinical Laboratory in Teaching and Learning Family Nursing Skills*. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 242-267. <https://doi.org/10.1177/107484078316562>
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva 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: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamíliasAlexandraFreitas.pdf>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing - Research, Theory, and Practice*. (U. S. R. Pearson Education, Inc. (5ª ed.). New Jersey: Copyright.
- Fortin, M. F., (1999) O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). O Processo de Investigação- Da concepção à realização. Loures. Lusociência Edições Técnicas e Científicas (5ª Ed.).
- Fortin, M. F., José, C., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidata. Loures.
- Fox-Wasylyshyn, S. M., El-Masri, M. M., & Williamson, K. M. (2005). *Family perception of nurses' roles toward family members of critically ill patients: a descriptive study*. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 34 (5), 335-344. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.03.001>
- Fulbrook, P., Albarran, J., & Latour, J. (2005). *A European survey of critical care nurses' attitudes and experience of having family members present during cardiopulmonary resuscitation*. *Internacional Journal of Nursing Studies* 42, pp. 557-68.
- Galinha, F., Ribeiro M., & Pinto, J. (2009). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Inicial Galinha, F., Mediar para cuidar (pp 160-177). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20863/1/Cap%C3%ADtulo%209%20E2%80%9320Contributos%20das%20t%C3%A9cnicas%20de%20media%C3%A7%C3%A3o%20familiar.pdf>
- Gomes, L., Bolze, S., Bueno, R. & Crepaldi, M. (2014). As origens do pensamento sistémico: das partes para o todo. *Pensado Famílias*, 18 (2), pp. 3-16. Acedido em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&tlng=pt)
- Gottlieb, L. N. (2016). O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças. Saúde e Cura para a Pessoa e Família. Lusodidata.
- Hallgrimsdottir, E. M. (julho de 2000). *Accident and emergency nurse's perceptions and experiences of caring for families*. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 9, Issue 4, pp .611-619.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2ª ed.). Lusociência.
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2005). *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research*. (F.A. DAVIS, Ed.) (3ª ed.). Philadelphia. Acedido em <http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Shirley-M.-H.-Hanson-Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing-Theory-Practice-and-Research-3rd-Edition-Hanson-Family-Health-Care-Nursing-2005.pdf>
- 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.
- Hertzberg, A., Ekaman, S. L., & Axelsson, K. (2003). 'Relatives are a resource, but...': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 12(3), 431-441. <https://doi.org/101046/j.1365-2702.2003.00761.x>

- Hinkle, DE, Wiersma W, Jurs SG. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências do Comportamento*. 5ª edição. Boston. Houghton Mifflin.
- Hoplock L., Lobchuk M., Dryburgh L., Shead N., Ahmed R. (2019). *Canadian Hospital and Home Visiting Nurses' Attitudes Toward Families in Transitional Care: A Descriptive Comparative Study*. *Journal of family Nursing*, 25(3), 370-394. <https://doi.org/10.1177/1074840719863499>
- Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2021*. Acedido em [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- International Council of Nursing ICN. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Jansson, A., Petersson, K., & Uden, G. (2001). *Nurses' first encounters with parents of new-born children-public health nurses' views of a good meeting*. *Journal of Clinical nursing*, 10(1), 140-151. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00456.x>
- Jordão, T. (2019). *A Sistemática Familiar no Cuidado de Enfermagem centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação*. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4854/1/T%3a2nia%20Mesquita%20Jord%3a3o%202019.pdf>
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health Care nursing, Theory, Practice and Research*. (F.A. Davis Company, Ed.) (4.ª Ed.). Philadelphia. <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>
- Kaakinen, J. & Birenbaum, L. (2011). *Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem da família*. In Stanhope, & Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusociência, pp.570-590.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing Theory, Practice, and Research*. (F. A. D. Company, Ed.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5.ª Ed.). Philadelphia.
- Konradsen, H., Kabir, Z.N. & Boström, A. (2022). *Comparação das atitudes das enfermeiras suecas em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados ao longo de uma década*. *BMC Nurs* 21, 52. Acedido em <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00827-z>
- Lebreiro, M., Figueiredo, M.H. & Guedes, V. (2019). *A integração de novo membro na família alargada: estudo de caso*. Suplemento digital Revista ROL Enfermeria, 42(11-12). Acedido em [https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES\\_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf](https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf)
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como a Resposta a Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde Primários*. Ordem dos Enfermeiros INESCTEC.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.) Loures: Lusociência.
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R. ..., Strömberg, A., & Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) research group (2017). *Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases*. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 16(4), 299–308. <https://doi.org/10.1177/1474515116663143>
- Mandú, N., Gaíva, A., & Silva, M. (2008). *Visita Domiciliária sob o Olhar de Usuários do Programa Saúde e Família*. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), pp.131-140. Acedido em <https://www.scielo.br/j/tce/a/zmnYBHfD75HyMmgGCHHqBN/?format=pdf&lang=pt>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra. Formasau
- Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar Enfermagem*, 12(2). pp. 62-66.
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. M., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I... Carvalho, J. C. (2010). *Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital*. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010\\_Redes%20de%20conhecimento%20em%20enfermagem%20de%20familia20-33.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31985/1/2010_Redes%20de%20conhecimento%20em%20enfermagem%20de%20familia20-33.pdf)
- Martins, C. (2020). *Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitudes dos Enfermeiros na ilha de Santiago em Cabo Verde*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2019\\_10002322116\\_21723001\\_2.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2019_10002322116_21723001_2.pdf)

Mchugh, M.; Lake T. (2010). Compreendendo a Especialização Clínica: Educação, Experiência e Contexto Hospitalar da Enfermeira Vol.33, nº4 p.276-87. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998339/>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company Meleis, A., Sawyer, L., Im, E. & Messias, D., Schumacher, K. Acedido em [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, P. (2020). Dinâmicas Familiares. Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Mendes A. (2015). A informação à família na Unidade de Cuidados Intensivos: desalojar o desassossego que vive em si. Loures: Lusodidacta.

MIM@UF. Acedido em <https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp>

Ministério da Saúde (2020/2021). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020 / 2021. Administração Central Do Sistema de Saúde, IP, 1-88. Acedido em 01 a 12 de junho de 2022 em [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf)

Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G., (2012). Medicina de Família y Comunitaria. Volume II. (2.ª Ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação da Enfermagem*. E-Book. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., & Santos, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. E-Book do *II Simpósio Internacional de Enfermagem de Família: da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., Martins, M. M. (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. Acedido em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MXgKqGNmNjfkSjr4wc4nc5q/?lang=pt&format=pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Acedido em 4 de junho 2022 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgarpadroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>

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

Ordem dos Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Conselho Internacional de Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019. Norma para cálculo dotações seguras de cuidados de enfermagem. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista. Acedido em <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>

- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde para todos no século XXI: uma Introdução*. Lisboa: Lusociência.
- Peixoto, M., Pereira, M. & Martins, A. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016\\_Jornadas26-34.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf)
- Pereira, A., Macedo, A., Mendes, B., Sezões, J., & Machado, T. (2012). Sigilo Profissional. (A. Freitas, Ed.) Revista Percursos (23), pp. 3-9.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. 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.
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires\\_Eliana.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires_Eliana.pdf)
- Poeira, A., Paes Mamede, R. & Martins M. (2019). Carga horária e laboral aumenta o arrependimento com a escolha da profissão de Enfermagem. Suplemento digital Revista ROL Enfermeria, 42 (11-12), p.98. Acedido em [https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES\\_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf](https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo (2022). Acedido em <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORTARIA 1368/2007 DE 18 OUTUBRO 2007 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 201 (2007). Acedido em 28 de maio 2022 em <https://files.dre.pt/1s/2007/10/20100/0765507659.pdf>
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures. Lusociência.
- Rebelo, A. (2005). Competências: que realidade? Revista Informar, Ano XI, janeiro/junho, n.º 34 pp. 15-33.
- Rebelo, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A.M., Antão, C., Rosendo, I., Laginha, T. (2011). *A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas*. Lisboa: Health & Pharma Publishing.
- REGULAMENTO 140/2019 DE 16 DE FEVEREIRO. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: II série, No 26(2019). Acedido em julho 2022 em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- REGULAMENTO 428/2018 DE 16 DE JULHO. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: II série, No 135(2018). Acedido em julho 2022 em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- REGULAMENTO 367/2015 DE 29 DE JUNHO 2015. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: II série, No 124(2015). Acedido em julho 2022 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_367\\_2015\\_Padroes\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_EnfSaudeFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf)
- Relvas, A. P. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. (3.ª Ed.). Porto. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspetiva Sistémica*. (2ª Edição). Porto. Edições Afrontamento
- Ribeiro, José L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ªed. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro Chaves, R. G., Sousa, F., Silva, A., Santos, G., Fernandes, H., Cutrim, C. (2017). Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. Revista enfermagem UFPE on line, 11(12), 4989-98. Acedido em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/22285-75634-1-PB.pdf>
- Rodrigues, L. (2013) *A Família Parceira no Cuidar – Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem de Coimbra). Acedido em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2012\\_10001822012\\_21016011\\_1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2012_10001822012_21016011_1%20(2).pdf)
- Santos, M. (2012). *Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho do Enfermeiro*. Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santos, J.A. (2019). Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinquenária. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 14(41), 1847. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1847](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1847)
- Santos, S. (2021). Relatório Final de Estágio, Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7305/1/Relat%c3%b3rio%20final%20%281%29.pdf>

- Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Administração Central Do Sistema de Saúde, IP. Acedido de 01 a 12 de junho 2022 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Silva, M., Costa, M., & Siva, M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), pp.19-28. Acedido em [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300003?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300003](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300003?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300003)
- Sousa, P. (2009). O Sistema de Saúde em Portugal: Realizações e Desafios. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 22, pp 884-894. Acedido em <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxvZZnqZpzt/?format=pdf&lang=pt>
- Sousa, E. (2011). A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf)
- Souza, L., Araújo, D., Silva, D., & Berrêdo, V. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, XIX (2), p. 218-232. Retirado de [http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf\\_13](http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13)
- Stanhope, M; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.ª Ed.). Lisboa. Lusociência.
- Svavardottir, E. (2008). *Excellence in Nursing: A Model for Implementing Family Systems Nursing in Nursing Practice at an Institutional Level in Iceland*. *Journal of Family Nursing*. 2008;14(4):456-468. <https://doi.org/10.1177/1074840708328123>
- Tavares M. C. (2017). Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar. Relatório Final. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4532/1/MonicaCatarinaMartinsTavares%20DM.pdf>
- Torres, C. P. M. B. (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*. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª Ed.). Lisboa. Edições Sílabo.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1973). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (9ª Edição). São Paulo: Cultrix.
- Weman, K., & Fagerberg, I. (2006). *Registered Nurses working together with family members of older people*. *Journal of Clinical Nursing*, 15, pp. 281-9. Acedido em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16466477/>
- World Health Organization. (2000). *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO. Acedido em <http://www.euro.who.int/>.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *The Three Most Common Errors in Family Nursing: How to Avoid or Sidestep*.
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5.ª ed.). Lisboa. Roca.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), pp. 25-32. Acedido em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qYkvCxvFtmZGv8qJBW5cMvD/?lang=pt&format=pdf>

## ANEXOS

## **ANEXO I**

### DECLARAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS MIMUF

## Declaração

Alexandra Sofia Ferreira Remígio, enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Comunitária, a exercer funções no polo Monte Real/ Carvide da UCSP Norte, declaro para os devidos efeitos, que no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar nos diferentes ensinios clínicos (13/05/2022 a 24/06/2022; de 27/06/2022 a 29/07/2022 e de 06/09/2022 a 31/01/2023, acompanhou e orientou a aluna Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e nos quais forneceu dados relativos ao seu ficheiro de família através da plataforma MIM@UF.

Monte Real, 14 de fevereiro de 2023

Alexandra Remígio

UCSP  
NORTE  
Polo de Monte Real / Carvide  
Rua da Telheira, s/n - Granja  
2425-000 MONTE REAL

## **ANEXO II**

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCSP NORTE, PARA UTILIZAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE DADOS REFERENTES À UNIDADE

**De:** Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

**Enviado:** 22 de março de 2023 16:53

**Para:** Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>

**Cc:** Alexandra Sofia Ferreira Remigio <asremigio@arscentro.min-saude.pt>; cmsantos3@arscentro.min-saude.pt <cmsantos3@arscentro.xn--min-sade-t5a.pt>; Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho <CMCarvalho3@arscentro.min-saude.pt>

**Assunto:** Pedido de autorização para publicação de informações sobre a UCSP NORTE

Boa tarde

Exma. Sra. Coordenadora da UCSP NORTE,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, estudantes do Curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na escola Superior de Saúde de Leiria, e que realizaram estágios clínicos nessa UCSP entre maio de 2022 e janeiro de 2023, vêm por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a utilização e publicação de informações à UCSP NORTE, a partir de diferentes fontes (BI-CSP, Mim@uf e SClínico), nas suas dissertações para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. Mais informam que a privacidade dos utentes e a confidencialidade de informação clínica destes se encontra assegurada.

Com os nossos melhores cumprimentos, despedimo-nos com elevada estima e consideração.

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Helena Maria Ferreira Lobo

Enfª Helena Lobo  
UCSP ATLÂNTICA  
PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA



Marta Sofia Neves Fraga

Para: ○ Helena Maria Ferreira Lobo

Cc: ○ Alexandra Sofia Ferreira Remigio <asremigio@arscentro.min-saude.pt> **Mais 2 pessoas**



qui, 23/03/2023 16:51

Boa tarde Enfª Helena,

Autorizo a utilização das referidas fontes para efeitos da sua aplicabilidade na dissertação em curso.

Bom trabalho.

Os melhores cumprimentos,

Marta Fraga



### **ANEXO III**

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA: E) DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)

## COMISSÃO DE ÉTICA

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

**Parecer Nº P808-10-2021**

**Título do Projeto: "CUIDARFAM"**

### **Identificação das Proponentes**

**Nome(s):** João Frade<sup>1</sup>, Carolina Miguel Henriques<sup>2</sup> outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

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

**Investigador Responsável/Orientador:** João Frade

**Relator:** Sofia Raquel Teixeira Nunes

### **Parecer**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O relator:



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

*Núria Flomena Bo Keller*

## **ANEXO IV**

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À DIREÇÃO EXECUTIVA E AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES PL, E RESPETIVO PARECER



Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Para: Direcção Executiva Pinhal Litoral; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral; ACEs - Directores Executivos  
Cc: Oksana Synenka; Vera Lucia Santos Borges Sousa Dias

seg. 03/10/2022 16:45

Parecer da comissão de ética \_ CU... 451 KB  
Projeto\_CUIDARFAM 2022 ultimo... 1 MB

2 anexos (2 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES Pinhal Litoral

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, Enfermeiras a exercer funções na UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, a frequentar o 2º ano do Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo realizar um estudo de investigação, no âmbito do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de UCSP/USF, subordinado ao tema "Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem, na UCSP Norte, e na totalidade das unidades de saúde do Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, vêm por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a autorização para aplicação do questionário aos enfermeiros das referidas unidades.

O questionário incluído no projeto enviado em anexo, com parecer positivo da Comissão de Ética servirá de suporte ao trabalho de investigação, e tem como objetivo conhecer 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.

Em anexo, encontra-se o Projeto "CuidarFam" – a Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, que inclui o referido questionário e o consentimento, assim como o parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

Agradecem antecipadamente toda a atenção dispensada, estando ao dispor para qualquer informação adicional que achem necessária.

Aguardam deferimento

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Helena Maria Ferreira Lobo



Ana Francisca Santos Costa  
Para: Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral

qua, 05/10/2022 11:06

Cara Enf. Carina Carvalho,

A aplicação do questionário merece parecer favorável do CCS do ACES Pinhal Litoral, desde que exista parecer positivo da Comissão de Ética da ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Francisca Costa

Assistente de Medicina Geral e Familiar na UCSP Lapedo

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACes Pinhal Litoral



**ANEXO V**

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

**De:** Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

**Enviado:** 13 de outubro de 2022 17:40

**Para:** Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira <RMOliveira@arscentro.min-saude.pt>

**Assunto:** Pedido de parecer da Comissão de Ética para trabalho de investigação

Exma. Sra. Presidente da ARS Centro

Dra. Rosa Reis Marques

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, Enfermeiras a exercer funções na UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, a frequentar o 2º ano do Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pretendendo realizar um estudo de investigação, no âmbito do Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de UCSP/USF, subordinado ao tema “Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem, na UCSP Norte, e na totalidade das unidades de saúde do Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, vêm por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a submissão do projeto de investigação “CuidarFam” à Comissão de Ética da ARS Centro para emissão de um parecer.

O questionário incluído no projeto enviado em anexo mereceu parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e servirá de suporte ao trabalho de investigação, que tem como objetivo conhecer 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.

Enviamos em anexo o pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Centro, o Projeto “CuidarFam” – a Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, que inclui o referido questionário e o consentimento, assim como o parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e a autorização dos Exmos. Srs. Coordenadores das Unidades Funcionais onde pretendemos desenvolver o referido estudo.

Agradecemos antecipadamente toda a atenção dispensada, estando ao dispor para qualquer informação adicional que achem necessária.

Aguardam deferimento

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Helena Maria Ferreira Lobo

UCSP ATLÂNTICA

PÓLO DE VIEIRA DE LEIRIA



## 1- Título do Projeto/Trabalho

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

## 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:

**Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho** - Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USCP ATLÂNTICA, Polo de Vieira de Leiria;

**Helena Maria Ferreira Lobo** - Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USCP ATLÂNTICA, Polo de Vieira de Leiria.

## 3 - Protocolo

3.1 - Introdução/Justificação

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 a Professora Carolina Henriques e as mestrandas Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar".

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escova, ~~Livia~~ 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, Lúcio, 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 salientar a importância do 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:

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:

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 Litoral, particularmente na UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Stephens, USF Cuidado, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande.

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:

Data e início de recolha de dados:

	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023	Fevereiro 2023	Março 2023
Aplicação do instrumento de recolha de dados					
Tratamento e análise de dados					
Entrega do relatório final					
Discussão e conclusões					

### 3.5 - Expetativa de resultados:

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 Pinhal Litoral – UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF ~~Stephens~~, USF ~~Cuidate~~, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande.

## 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: 12 de outubro de 2022

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
(Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho)

Helena Maria Ferreira Lobo  
(Helena Maria Ferreira Lobo)

**ANEXO VI**

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO, IP

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:  
Favorável

Despacho: *Trigo do conhecimento e deliberação com base o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.*  
17.11.2022

ASSUNTO:

Título: "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo cuidar". Processo nº 102/2022  
Autores: Professores Doutores João Manuel Frade e Carolina Miguel Graça Henriques, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Enfermeira Carolina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, UCSP Atlântica, polo Vieira de Leiria, Mestrado Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Conselho Diret.  
da A.R.S. do Centr.

Dr. Mário F. Vogel

Dr. Fernando

Os autores pretendem desenvolver um estudo que visa conhecer 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. Este projeto é parte de um projeto mais amplo designado "CuidarFam" – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem", da responsabilidade dos primeiros autores, na inscrito ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde, já com parecer da Comissão de Ética da UISISA:E. Trata-se de um estudo que utiliza uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional. A amostra a estudar será constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados (ACES Pinhal Litoral: UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Stephens, USF Cuidarte, UCSP Atlântica, UCC Marinha Grande), que aceitem voluntariamente preencher os instrumentos de colheita de dados que são anónimos. Como instrumento de colheita de dados, utilizarão um questionário de caracterização sociodemográfica e a escala "A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros" (Barbiéri, MC et al., 2009). Ambos constam do processo. O estudo foi autorizado pelo CCS do Aces Pinhal Litoral, condicionado pelo parecer positivo da CE da ARS Centro. O projeto de consentimento informado está em conformidade com o definido por esta Comissão de Ética. Estando cumpridas as exigências éticas em projetos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Coimbra, 14 de novembro, 2022

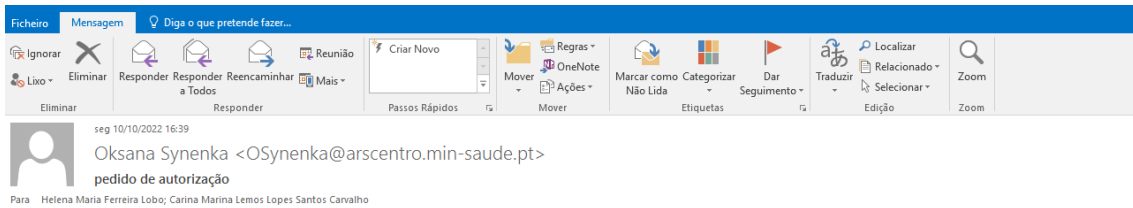
Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC

  
(Carlos Fontes Ribeiro)

## **ANEXO VII**

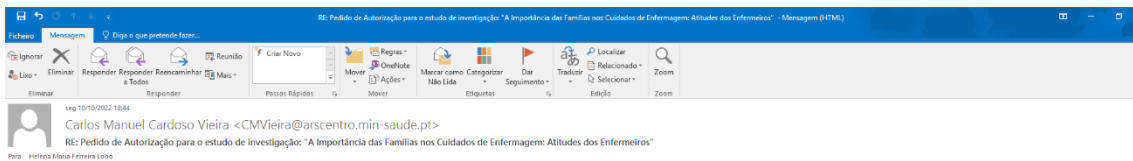
PARECERES DOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS SELECIONADAS:  
UCSP NORTE, USF STEPHENS, USF VITRIUS; UCSP ATLÂNTICA E UCC DA MARINHA  
GRANDE, PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Boa tarde, Enfermeira Helena Lobo e Enfermeira Carina Carvalho.

Na qualidade da coordenadora da UCSP Atlântica, informo, que o pedido de autorização para proceder ao estudo na Unidade no decorrer do mês Dezembro, mereceu o parecer favorável.

Atenciosamente,  
Oksana Synenka  
Obter o [Outlook para Android](#)



Boa tarde Helena

O questionário pode ser aplicado

Bom resto de dia

Carlos Vieira

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 10 de outubro de 2022 16:16

Para: Carlos Manuel Cardoso Vieira <CMVieira@arscentro.min-saude.pt>

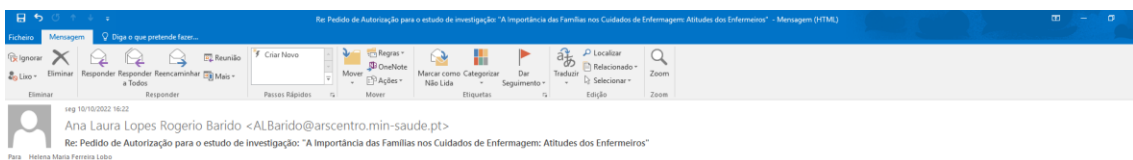
Assunto: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Ex.mo. Sr. Coordenador da USF Stephens

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, 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, pretendendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito do 5º 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, vêm por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade no decorrer do mês de Dezembro de 2022.

Sem outro assunto e agradecendo desde já a atenção dispensada, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Helena Maria Ferreira Lobo



Ex.ma. Sras. Enfermeiras  
Helena Lobo  
Carina Carvalho

Muito boa tarde. Será com muito gosto que a UCC colaborará com o vosso estudo.

Fico desde já disponível para aferirmos as vossas necessidades para o efeito.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Laura Barido

Enviado a partir do [Outlook para iOS](#)

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: Monday, October 10, 2022 4:19:17 PM

Para: Ana Laura Lopes Rogerio Barido <ALBarido@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Ex.ma. Sra. Coordenadora da UCC Marinha Grande

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, 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, pretendendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito do 5º 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, vêm por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade no decorrer do mês de Dezembro de 2022.

Sem outro assunto e agradecendo desde já a atenção dispensada, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Helena Maria Ferreira Lobo

Enfª Helena Lobo  
UCSP ATLANTICA  
POLO DE VIEIRA DE LEIRIA



seg 10/10/2022 17:05  
Leonel Pereira Santos <LPsantos@arscentro.min-saude.pt>  
RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para Helena Maria Ferreira Lobo

Olá Caríssimas!  
Tudo o que se prende com investigação, dentro do que o código ético permita será benvido.  
Oblivemente que autorizo.  
Bom trabalho.  
Cumprimentos  
Leonel Santos  
(coordenador da USF Vitruvius)

De: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>  
Enviado: 10 de outubro de 2022 16:17  
Para: Leonel Pereira Santos <lpantos@arscentro.min-saude.pt>  
Assunto: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Exmo. Sr. Coordenador da USF Cuidarte

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira Lobo, 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, pretendendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito do 5º Curso de Mestrado, sob orientação do Professor João Fraga, 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, vêm por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para proceder ao referido estudo na vossa unidade no decorrer do mês de Dezembro de 2022.

Sem outro assunto e agradecendo desde já a atenção dispensada, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho  
Helena Maria Ferreira Lobo



Responder: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Para Marta Sofia Neves Fraga

De: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>  
Enviado: 13 de outubro de 2022 12:32  
Para: Helena Maria Ferreira Lobo <HMLobo@arscentro.min-saude.pt>  
Assunto: FW: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Enf.ª Helena,

Venho por este meio informar que o estudo foi autorizado pelo CCS do Aces Pinhal Litoral, condicionado pelo parecer positivo da CE da ARS Centro. Assim nada a opor por parte da Coordenação da UCSP Norte.

Bom trabalho e boa sorte!  
Com os melhores cumprimentos,  
Marta Fraga

De: Ana Francisca Santos Costa <AFCosta@arscentro.min-saude.pt>  
Enviado: 13 de outubro de 2022 12:15  
Para: Marta Sofia Neves Fraga <MSFraga@arscentro.min-saude.pt>  
Cc: Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <CCS.pl@arscentro.min-saude.pt>  
Assunto: RE: Pedido de Autorização para o estudo de investigação: "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros"

Bom dia Dra. Marta,

Foi dado parecer positivo pelo CCS, condicionado ao parecer positivo da Comissão de Ética da ARSC.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Francisca Costa  
Assistente de Medicina Geral e Familiar na UCSP Lapedo  
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral



## APÉNDICES

## **APÊNDICE I**

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA BASEADO NO MODELO *CALGARY* DE  
AVALIAÇÃO FAMILIAR

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

1º ano/ 2º semestre

Ano letivo 2021/2022

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE *CALGARY*

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho

Leiria, julho de 2022

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

## PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

Carina Carvalho nº 5210041

Unidade Curricular: Estágio II

Professor Responsável: Professor João Frade

Enfermeira Orientadora: Alexandra Remígio

Leiria, julho de 2022

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

**MCAF** – Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

**MCAIF** – Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

<b>ÍNDICE</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA.....</b>	<b>7</b>
1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	8
1.1.1 Estrutura Interna.....	8
1.1.2 Estrutura Externa.....	11
1.1.3 Contexto.....	13
1.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTAL.....	15
1.2.1 Etapas.....	15
1.2.2 Tarefas.....	16
1.2.3 Vínculos.....	17
1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	18
1.3.1 Instrumental.....	18
1.3.2 Expressiva.....	19
<b>2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE INTERVENÇÃO SISTÉMICA COLABORATIVA.....</b>	<b>24</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNCICE A – GUIA DA PRIMEIRA ENTREVISTA	
APÊNCICE B – GUIA DA SEGUNDA ENTREVISTA	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (FACES II) PREENCHIDA	
ANEXO I A) - FACES II PREENCHIDA PELA SRA. (C)	
ANEXO I B) - FACES II PREENCHIDA PELA SR. (M)	
ANEXO III - QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES PREENCHIDO	
ANEXO IV - ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNOR-DAVIDSON PREENCHIDA	
ANEXO V - ESCALA DE STRESS PERCECIONADO PREENCHIDA	
ANEXO VI - ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE PREENCHIDA	
ANEXO VII - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO PREENCHIDA	
ANEXO VIII - CONSENTIMENTO VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM	
ANEXO IX - QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM	

- ANEXO IX A) QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE  
ENFERMAGEM PREENCHIDO PELA SRA. (C)
- ANEXO IX B) QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE  
ENFERMAGEM PREENCHIDO PELA SR. (M)

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1 – Diagrama ramificado do Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar**

**Figura 2 – Genograma da família A.S. com Representação dos Vínculos**

**Figura 3 - Ecomapa da Família AS**

**Figura 4 - Escala de Graffar (adaptado SClínico®)**

**Figura 5 - Tipo de Habitação (adaptado SClínico®)**

**Figura 6 – Etapas do Ciclo Vital de Duvall (adaptado SClínico®)**

**Figura 7 – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**

**Figura 8 – Registo de Diagnósticos de Enfermagem no SClínico®**

**Figura 9 – Registo das Intervenções de Enfermagem no SClínico®**

## ÍNDICE DE QUADROS

**Quadro 1 - Interpretação linear da FACES II, aplicada à família em avaliação**

**Quadro 2 – Atividades de Vida Diária**

**Quadro 3 - Competências Parentais, Antes e Após o Nascimento, Indicadores**

**Quadro 4 – Plano de Cuidados à Família**

## INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Estágio II – Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de UCSP – está inserida no 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Assim, foi-me proposta a realização do processo de enfermagem a uma família escolhida no estágio I, segundo o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), que integra o relatório de estágio II.

O objetivo deste trabalho é realizar o processo de enfermagem à família, aplicando o MCAIF. Relativamente aos objetivos específicos, são os seguintes: avaliar a família nos diferentes domínios relativos ao Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF) e elaborar o plano de intervenções sistémicas colaborativas à família, através de nomenclatura Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recorrendo ao MCAIF.

Assumiram relevância os conteúdos ministrados no 1º semestre e pesquisa bibliográfica para a estruturação e fundamentação do trabalho, nomeadamente no que diz respeito ao processo de enfermagem e ao MCAIF. Ainda durante o Estágio I, tive a oportunidade de iniciar a relação terapêutica colaborativa com a família escolhida, proporcionando-se momentos de observação, planeamento, execução e avaliação de cuidados, fundamentais para realizar o processo de enfermagem fundamentado no MCAIF. Como ponto de partida para a abordagem familiar, foi necessária a preparação prévia das entrevistas, através de guiões pré-elaborados (Apêndices A e B).

A família em foco, permitiu intervir em processos de transição normativa no ciclo de vida: nascimento do primeiro filho.

O trabalho está estruturado em dois capítulos. O primeiro inclui a avaliação da família de acordo com as dimensões, estrutural, funcional e desenvolvimental do Modelo de *Calgary*. O segundo capítulo corresponde ao plano de cuidados de enfermagem da respetiva família em estudo, elaborado através da linguagem CIPE e MCAIF. Termina com as considerações finais.

## 1 MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

A família é um espaço de cuidados reconhecido naturalmente e confirmado pelas responsabilidades que seus membros atribuem a ela. É na família que se observam os primeiros cuidados, o que possibilita que o indivíduo não só desenvolva seu corpo biológico, mas também sua inserção social, a transmissão da cultura e a socialização (Monteiro et al., 2016, p.490).

Para entender a família, é necessário avaliá-la de forma multidimensional, dada a sua complexidade. É fundamental que a equipa de saúde multidisciplinar se aproxime mais dessa família, com o intuito de ouvi-la, conhecê-la, explorar os seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-la para que, a partir da satisfação de suas necessidades, ela possa desempenhar e legitimar o seu papel de apoio e de cuidado.

Nesse sentido, merece destaque o Modelo de *Calgary*, que é considerado uma ferramenta apropriada para abordar famílias em diferentes situações ao longo do seu ciclo vital. Assim, o MCAF permite uma abordagem multidimensional, que tem sido reconhecida mundialmente na área da Enfermagem de Família, e consiste em três principais dimensões: estrutural; de desenvolvimento e funcional (Figura 1). Cada uma contém várias subcategorias, sendo importante que cada enfermeiro selecione as subcategorias relevantes a explorar e avaliar junto de cada família e a cada momento no tempo (Wright & Leahey, 2009).

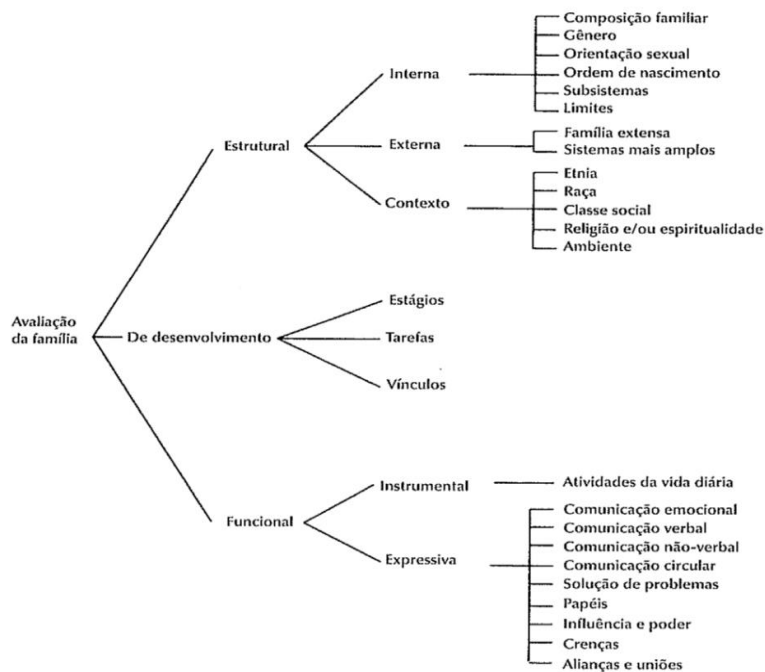


Figura 1 – Diagrama ramificado do Modelo *Calgary* da Avaliação Familiar. Fonte: Wright & Leahey (2009)

De seguida apresentar-se-ão os dados relativos à família SA segundo esta abordagem.

## 1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Na dimensão estrutural da família, podem ser avaliados três aspetos: elementos internos, elementos externos e contexto.

### 1.1.1 ESTRUTURA INTERNA

A estrutura interna engloba os seguintes parâmetros: composição familiar; género; orientação sexual; ordem de nascimento; subsistemas; e limites/fronteiras. A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012). A família em avaliação, é uma família nuclear inicialmente composta por dois elementos, e que com o nascimento da primeira filha passa a três elementos. De seguida é apresentada a composição familiar e género de cada elemento por ordem de nascimento:

(C), género feminino, 37 anos de idade, data de nascimento a 11/07/1984, trabalhadora em superfície comercial, possui o 9º ano de escolaridade, a residir Monte Real, distrito de Leiria. Grávida pela primeira vez, de uma criança do sexo feminino. Em 01-06-2022 a sua gestação era de 37 semanas e 1 dia, com data provável do parto para 21/06/2022. A 20/06/2022, iniciou trabalho de parto, tendo um parto distócico por ventosa às 39 semanas e 6 dias, na Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra.

(M), género masculino, com 34 anos de idade, data de nascimento a 29/01/1988, operador fabril, com 9º ano de escolaridade, sem antecedentes conhecidos. A residir com (C) desde outubro de 2021.

A sra. (C) e o sr. (M), tiveram a sua primeira filha (A).

(A), género feminino, com data de nascimento a 20/06/2022, recém-nascida com 3,120 Kg, estatura de 49,5 e perímetro cefálico de 33,5 cm.

Assinalo a sra. (C) como paciente identificado.

Quanto à orientação sexual, (C) e (M) são heterossexuais. São um casal desde 2006, mas só em outubro 2022, passam a coabitar após a construção da sua casa de sonho. Referem ter estado todos estes anos a “amealhar” para construir a sua residência atual. Mantêm uma relação duradoura, da qual resultou uma filha, fruto de uma gravidez desejada e planeada. A sra. (C) efetuou consultas e exames de rotina pré-concecionais e todas as consultas de vigilância de gravidez preconizadas. Imune à rubéola e não imune à toxoplasmose.

Segundo Alarcão (2000), os diferentes componentes do sistema familiar organizam-se em unidades sistémico-relacionais denominadas subsistemas. Nesta família podemos encontrar quatro subsistemas: o individual, o conjugal, o parental e filial. Sendo a família um sistema, no qual todos os elementos estão interligados entre si a fim de formar um todo organizado, é importante perceber como todos os intervenientes se relacionam.

(C) e (M), separadamente constituem o subsistema individual. Cada elemento tem o seu estatuto e função, mas também funções e papéis noutros sistemas (família alargada, trabalho, amigos). Esta dupla pertença cria-lhe um dinamismo que se repercute, naturalmente, no seu próprio desenvolvimento e na forma como ele está em cada contexto (Alarcão, 2000).

Simultaneamente formam o subsistema conjugal, mantendo uma relação harmoniosa e de grande proximidade. Com um relacionamento de 16 anos, apresentam complementaridade e adaptação recíproca importantes para o seu funcionamento.

Denota-se que, apesar de cada elemento manter a sua zona de individualidade, a sra. (C) refere que (M) “adotou” o seu grupo de amigos. Este alega que apenas tem “conhecidos” e salienta ainda que (C) é a sua a melhor e única amiga.

Com alguma frequência, o processo de construção e desenvolvimento do casal vê-se armadilhado de certos mitos, como por exemplo: “Marido e mulher devem ser os melhores amigos”. Amor e união, podem estar fortemente conotados com perda de individualidade que apela claramente à fusionalidade (Alarcão, 2000).

Esta situação foi identificada durante a visita domiciliária. Com recurso à solicitação da perspetiva de cada um sobre a partilha dos amigos de (C), concluí que o casal parece lidar com esta questão com naturalidade. O sr. (M) foi aceite no grupo de amigos da sra. (C).

Segundo Alarcão (2000), uma das funções deste subsistema é o desenvolvimento de limites ou fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, tal como a família de origem ou filhos, de modo a proporcionar a satisfação das suas necessidades psicológicas. Constatei que nesta família, existem limites claros no que respeita à separação e a autonomia das famílias de origem, tendo criado uma identidade própria e naturalmente uma diferenciação de outros sistemas, permitindo, contudo, a troca de influências entre os mesmos.

O casal (M) e (C), salientam que passam mais tempo juntos desde que vivem na casa nova. Este movimento centrípeto, de fecho ao exterior, é descrito por Alarcão (2000), como sendo necessário para o crescimento do subsistema conjugal, e que permite articular a sua individualidade e a sua totalidade.

O nascimento de (A), marca uma nova fase de transição do ciclo vital familiar. A existência de filhos implica um conjunto de adaptações no quotidiano e na estrutura familiar. Surgem dois novos subsistemas: o parental, que são os pais, ou seja, a Sra. (C) e o Sr. (M); e filial que é constituído por (A). O nascimento do primeiro filho é o primeiro grande marco do movimento de abertura da nova família ao exterior (Alarcão, 2000). Após o nascimento da filha (A), segunda etapa do ciclo vital e como ritual de apresentação da bebé, o casal iniciou progressivamente, um movimento centrífugo, de abertura ao exterior. Nos primeiros dias, receberam visitas dos avós, tios, primos e amigos. Apesar desta abertura, descrevem que tencionam delimitar fronteiras claras com a família alargada, por opção. Foi explanada a questão, no sentido de averiguar a existência de conflitos e de suporte da rede familiar. A Sra. (C) menciona que poderá ter mais apoio de algumas amigas, do que da família, mas ressalva que se precisarem, podem contar com a família de origem, mas preferem desta forma. Foram respeitados os valores e crenças da família.

Entre o subsistema parental e filial, nomeadamente em relação ao casal e à sua filha (A), identifica-se preocupação dos pais por (A), evidenciando-se ternura e carinho na relação entre estes subsistemas, através da interação com o recém-nascido.

Na dimensão funcional deste modelo (abordada mais à frente neste trabalho), foi avaliada a Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II). A escala pode ser aplicada ao longo das diferentes fases do ciclo vital e a vários membros da família, maiores de 12 anos de idade. A referida escalada foi aplicada aos dois elementos do subsistema conjugal.

No Anexo I, é apresentada esta escala preenchida por (C) e (M) a 06/07/2022, que permitiu concluir que esta família pode ser considerada família moderadamente equilibrada. De acordo com o preenchimento de (C), a família é ligada em relação à coesão (6) e flexível relativamente à adaptabilidade (6), evidenciando-se como uma família-tipo moderadamente equilibrada (6). Segundo o preenchimento de (M), a família é separada quanto à coesão (4) e muito flexível quanto à adaptabilidade (7), revelando uma família-tipo moderadamente equilibrada (5,5) (Quadro 1).

Apesar da diferença dos valores, observada nas escalas preenchidas pelos dois elementos do casal, relativamente à coesão e adaptabilidade, mostra claramente uma família-tipo moderadamente equilibrada.

**Quadro 1 - Interpretação linear da FACES II, aplicada à família em avaliação**

Subsistema Conjugal	Coesão	Adaptabilidade	Família-tipo
---------------------	--------	----------------	--------------

Sra. (C)	Ligada	Flexível	Moderadamente equilibrada
Sr. (M)	Separada	Muito flexível	Moderadamente equilibrada

### 1.1.2 ESTRUTURA EXTERNA

É importante obter informação sobre a estrutura externa, para perceber a quantidade e qualidade do apoio que possa existir, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2009).

A estrutura externa integra os seguintes parâmetros: família alargada ou extensa e sistemas mais amplos. A família alargada ou extensa inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e os membros da família alargada.

Figueiredo (2012) define genograma como instrumento de recolha de dados da família, possibilitando a perceção da estrutura da família e dos seus problemas. O genograma é um registo gráfico da composição da família. Para ser eficaz deve ter pelo menos três gerações representadas de forma sequencial (Melo, 2020). Segundo este autor, é o instrumento mais elementar e basilar para a compreensão da estrutura familiar, mas que dá igualmente informações muito ricas sobre o padrão geracional da família, a etapa do ciclo de vida familiar em que se encontra.

O genograma com três gerações foi construído com a família, e é apresentado na Figura 2. Para além de um instrumento de avaliação é também de intervenção, pois permite a visão ampla da família de forma gráfica e objetiva.

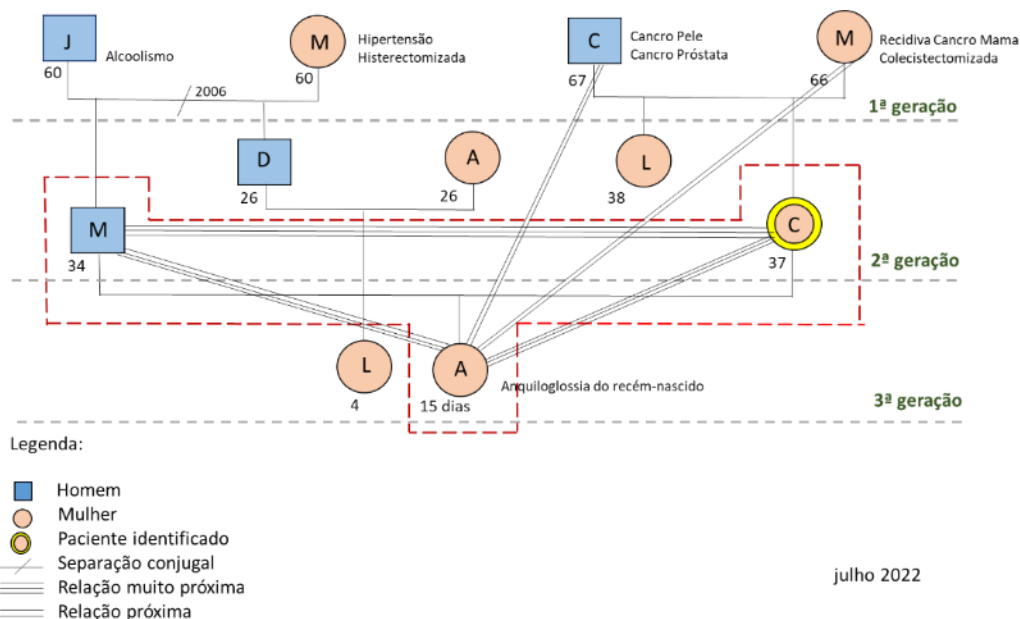
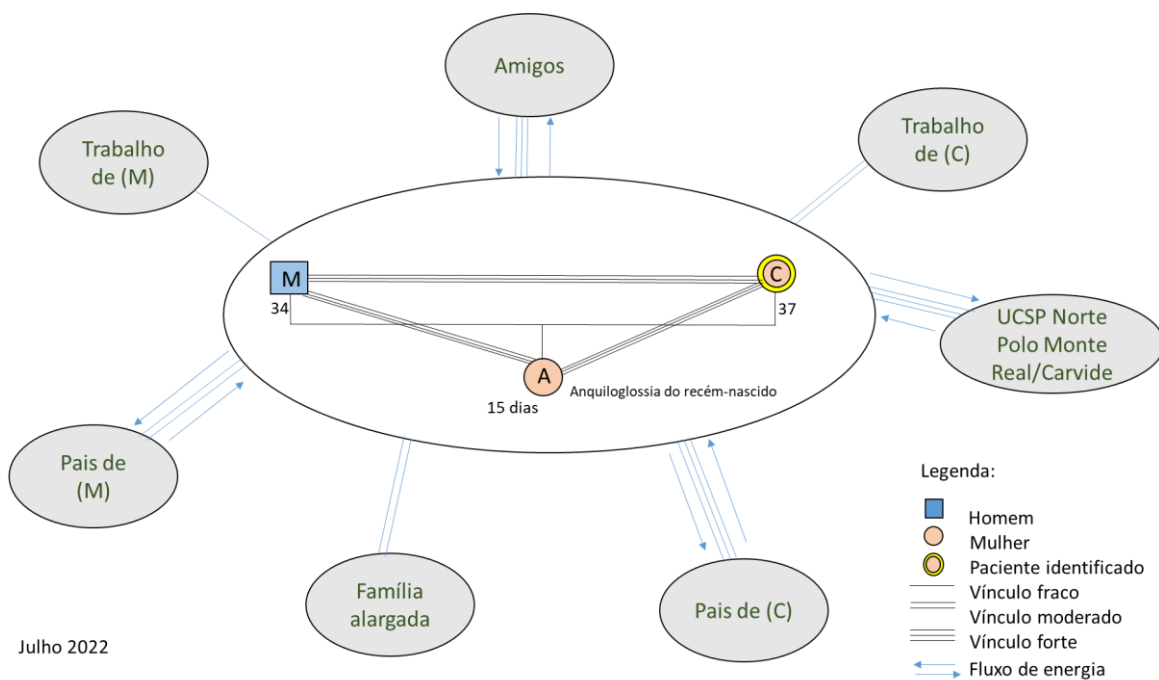


Figura 2 – Genograma da Família A.S. com representação dos vínculos

Relativamente aos subsistemas mais amplos, Wright et al. (2009) referem que esta subcategoria se refere a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família, neste caso, nuclear, tem um contacto mais significativo.

O ecomapa, também ele uma imagem gráfica, explora as relações e ligações da família (habitualmente o agregado familiar) com o contexto externo. Evidencia por isso o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (Melo, 2020).

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. Na Figura 3, está representado o ecomapa.



**Figura 3 - Ecomapa da Família AS**

A sra. (C) refere que durante a gravidez e após o nascimento de (A), sente grande apoio por parte do seu grupo de amigos, em especial, de dois casais que se encontram na mesma fase do ciclo de vida, nascimento do primeiro filho. Partilham vivências e experiências comuns. Salienta ainda, sentir-se muito segura e agradada com o acompanhamento dado na UCSP Norte, durante a gravidez, mas especialmente desde o nascimento de (A), nas visitas domiciliárias com apoio em vários âmbitos, nos cuidados ao recém-nascido e na amamentação.

Os dias e semanas após o parto são uma fase crítica na vida das famílias e dos recém-nascidos, e os cuidados recebidos são determinantes para assegurar a saúde e bem-estar.

As recomendações mais recentes da OMS, sobre os cuidados no pós-parto à mãe e RN, reforçam a necessidade de fortalecer o atendimento pós-natal, através de visitas domiciliárias, como uma boa prática no cuidado pós-natal para todas as mães e recém-nascidos (OMS, 2015).

A sra. (C), verbaliza a sua apreensão e ansiedade em relação ao facto de ter ficado sem médico de família, precisamente após o parto. Com consultas médicas de intersubstituição, proximidade, abertura e relação de confiança com enfermeiro de família e visitas domiciliárias periódicas esta situação tem sido ultrapassada, tendo mantido todas as consultas de vigilância de saúde infantil e consulta de revisão do puerpério. A relação com a equipa de saúde, em especial de enfermagem são harmoniosas e fortes. O elemento (M), por estar inscrito noutra unidade de saúde, informaticamente, não pertence ao agregado familiar de (C), mas no que diz respeito ao seguimento das consultas da sua filha, tanto na UCSP Norte como em domicílio, tem presença assídua, interessada e participativa.

Por parte da família alargada, há mais proximidade no relacionamento com os pais de (C), que segundo esta, se deve ao facto de viverem geograficamente mais próximos. Os pais de (M) encontram-se separados, a viver um pouco mais distantes, apesar disso visitam a neta uma a duas vezes por semana. Com os restantes elementos da família mantêm relações mais afastadas, com telefonemas e visitas esporádicas, mas sem relações conflituosas.

---

### 1.1.3 CONTEXTO

O contexto é avaliado de acordo com os seguintes parâmetros: etnia/raça, classe social, religião e espiritualidade, e ambiente. Quanto à **etnia/raça**, os membros desta família são de nacionalidade portuguesa e raça caucasiana. Relativamente à religião, afirmam ser católicos, mas não praticantes.

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, a Escala de Graffar, avalia as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social: classe alta (I); classe média alta (II), classe média (III) classe média baixa (IV); classe baixa (V), de acordo com os itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Está bastante difundida, sendo relativamente simples e rápida de usar, permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial.

Na Figura 4 é apresentada esta escala preenchida, que permitiu concluir que se trata de uma família com a **classe social média (III)**, por apresentar uma pontuação de 16. O rendimento da família, é mensal e fixo e provém da atividade laboral de (M) e (C).

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

Classe Social  
MÉDIA

Figura 4 - Escala de Graffar (adaptado SClínico®)

Quanto ao **ambiente**, inclui-se a avaliação sobre o tipo de habitação. Esta família reside numa moradia própria, nova, com excelentes condições e num bom local, com sete divisões (três quartos, uma sala estar, uma cozinha e duas de banho). A bebé (A), tem um quarto próprio, com ótimas condições de espaço, luminosidade natural e térmicas. Desde o nascimento que dorme no quarto dos pais para maior vigilância e estabelecimento de vínculo. Possuem água canalizada, saneamento básico, rede elétrica e aquecimento central (Figura 5). Quanto a barreiras, e apesar de ser uma moradia térrea, existem escadas de acesso à cave, que neste momento não tem cancela para impedir passagem. Abordado o tema da prevenção de acidentes, e após partilha de informação, a família decidiu adquirir o mais precocemente a barreira de proteção para o acesso às escadas.

Relativamente a animais de estimação, têm um cão com vacinação atualizada, mas não desparasitado, e que ainda permanece em casa dos pais de (M). Demonstram conhecimento sobre a importância da vigilância da saúde do animal e sobre serviços na comunidade. Tencionam desparasitá-lo antes de o levarem para casa.

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

Figura 5 - Tipo de Habitação (adaptado SClínico®)

A limpeza e a organização da casa ficam a cargo da sra. (C), que nas últimas semanas de gravidez se encontra em casa e por isso com maior disponibilidade. Desde o nascimento de (A), que o sr. (M) partilha tarefas domésticas. Assiste-se a um ajustamento e reorganização do sistema familiar, na adaptação à nova etapa do ciclo vital.

## 1.2 AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTAL

A avaliação de desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte. Possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual (Figueiredo, 2012). E por outro lado, segundo a mesma autora, possibilita ainda, 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.

A avaliação desenvolvimental do modelo de *Calgary*, está dividida em três subcategorias: Etapas; Tarefas e Vínculos.

### 1.2.1 ETAPAS

Segundo Relvas (1996), umas das definições do ciclo vital da família é que o percurso da mesma vai desde que nasce até que morre, sendo composto por cinco fases: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Existem outras classificações, sendo que a primeira foi apresentada pelo sociólogo Duvall, citado por Relvas (1996), nos anos 50, onde focou tarefas de desenvolvimento familiar, considerando a presença de crianças, a idade e evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação, identificando oito estádios, desde a fase dos casais sem filhos, passando pelas fases onde são contempladas as diferentes idades dos filhos até ao envelhecimento (Relvas, 1996).

Foi determinada a etapa do ciclo vida na qual a família em estudo se encontra, de acordo com as 8 etapas do ciclo vital familiar definidas pela classificação de Duvall, representadas na Figura 6.

Habituação Graffar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Figura 6 – Etapas do Ciclo Vital de Duvall (adaptado SClínico®)

Deste modo, segundo Relvas (1996), a primeira etapa com a formação do casal, família sem filhos, implicou o aparecimento de um novo sistema, nomeadamente o conjugal, provido de normas e padrões transacionais próprios. Para a formação da família é transformado o património individual em património comum. A partir do nascimento do primeiro filho, dá-se início a uma nova etapa, Família com Filhos Pequenos. Com o novo elemento, surge um novo subsistema, o subsistema parental. Esta mudança na vida do casal implica uma reorganização familiar, caracterizada por uma definição de papéis e tarefas parentais e filiais e também uma nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade (Relvas, 1996).

No caso da família em avaliação, existe uma transição da etapa da formação do casal para a família com filhos pequenos, assim, a díade existente até então transforma-se em tríade. Como foi referido acima, entre o subsistema parental e filial, nomeadamente em relação ao casal e a sua filha (A), identifica-se algum stress familiar, que decorre da transição da etapa de formação do casal para a etapa família com filhos pequenos. Segundo Alarcão (2000), o stress oriundo da transição de um para outro período do ciclo vital é inegável ainda que esperado e normativo. Neste caso, os acontecimentos, tais como o nascimento de uma criança, obrigam, naturalmente à negociação de novas regras familiares, ocorrendo, assim, uma crise natural ou normativa, sendo esta esperada e previsível, estando associadas às diferentes etapas do seu ciclo vital. Neste momento, nesta família, existe uma alteração na dinâmica familiar relativa ao surgimento do primeiro filho.

---

### 1.2.2. TAREFAS

Relativamente às tarefas e papéis proporcionais à etapa do ciclo vital, segundo Relvas (1996), Família com filhos pequenos, caracteriza-se pelas seguintes tarefas: integrar o novo elemento da família; reconciliar as necessidades opostas dos vários membros da família; desenvolver o papel paternal; adaptar-se às mudanças no casal, mantendo a relação conjugal; aumentar as relações com as outras gerações da família, juntando os papéis dos avós e tia (Alarcão, 2000; Hanson, 2005).

Assim, com base nas etapas do ciclo vital da família e respetivas tarefas foi possível intervir na família através da prestação de cuidados antecipatórios, de modo a facilitar esta transição.

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

A Sra. (C) foi responsável pela maioria das tarefas da família, tanto a nível doméstico como a nível executivo, até ao nascimento de (A), uma vez que estava em casa e se sentia bem. (M)

apesar de continuar a trabalhar ficava responsável muitas vezes pela confecção das refeições. Após o nascimento da filha, (M) assumiu mais tarefas, incluindo a limpeza da casa.

Ainda durante a gravidez e na primeira visita domiciliar, esta temática foi abordada reforçando a importância da partilha das tarefas domésticas. O casal concluiu que dessa forma, teriam mais tempo para passar juntos e com a filha (A).

---

### 1.2.3 VÍNCULOS

Como já foi referido, (C) e (M), que constituem o subsistema conjugal, mantêm um relacionamento de dezasseis anos, com vínculo afetivo muito forte, com uma comunicação aberta, que permite partilha de sentimentos. Grande cumplicidade e apoio.

O nascimento de (A), foi um momento importante na construção do vínculo pais-bebé, na medida que representou a passagem da bebé imaginária para a bebé real. O envolvimento de (M) durante a gravidez e parto foi fundamental para o estabelecimento da vinculação precoce e ativação de respostas emocionais de proteção. Verifica-se uma partilha de grande proximidade e intimidade entre o subsistema parental e filial, com o estabelecimento de um vínculo afetivo muito forte.

Apesar de geralmente vivenciarem insegurança e medo, é comum que os homens guardem para si a tensão anterior ao parto e toda sua preocupação referente à forma como correrá o processo, a fim de não passar sua angústia para a companheira. Geralmente, somente quando o filho nasce e o pai se certifica de que mãe e filho estão bem é que se sente livre para expressar seus sentimentos (Matos, M., Magalhães, A., & Féres- Carneiro, T, 2017). (M) verbalizou na segunda visita domiciliar que vivenciou stress e angústia durante o parto, com receio de que algo corresse mal. Mostra preocupação com o bem-estar de (C) e de (A).

(M) de personalidade mais introvertida, tem maior dificuldade em expressar por palavras os sentimentos experimentados. Com atenção à comunicação não verbal, denota-se nos comportamentos com carícias, olhares e cuidados prestados a (A), que está a viver uma experiência gratificante e significativa na sua vida. Das poucas palavras que proferiu, salientou ser “uma experiência única”. Já (C), verbaliza com grande facilidade todos os sentimentos que vivencia: “estou a viver em pleno esta maternidade!”, “nem tudo são rosas, mas é muito gratificante”.

Em relação à família alargada, o casal mantém vínculo forte com os pais de (C) e moderado com os pais de (M). Os avós maternos de (A), por maior proximidade e contato estabeleceram já um vínculo forte com a neta, e os avós paternos um vínculo moderado. Com os restantes elementos da família mantêm relações mais afastadas, mas sem relações conflituosas.

A rede de amigos que são comuns ao casal, assume um lugar de destaque nas relações. Com eles, o casal partilha sentimentos, vivências, recendo apoio em diversas áreas. Por este motivo, e pelos relatos do casal, mantêm um vínculo muito forte e gratificante com a rede de amizades.

### 1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

De acordo com Figueiredo (2012), a avaliação funcional de uma família possibilita a avaliação dos “padrões de interação familiar”, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema.

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

Para esta avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação familiar: APGAR Familiar de Smilkstein; FACES II; Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe; Questionário das Forças Familiares; Escala de Resiliência de Connor-Davidson; Escala de Stress Percecionado (ESP) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).

#### 1.3.1 INSTRUMENTAL

A categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados dois aspetos (Wright, & Leahey, 2009): o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida quotidiana; e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças. Para esta categoria, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação familiar: APGAR familiar de Smilkstein; FACES II; Questionário das Forças Familiares; Escala de Resiliência de Connor-Davidson; Escala de Stress Percecionado (ESP).

No Quadro 2, estão representadas as atividades de vida diária, da dimensão instrumental.

**Quadro 2 – Atividades de Vida Diária (continua)**

Atividades de Vida Diária	
Manter um ambiente seguro, eliminar, controlar a temperatura do corpo	Preparar o casal para a chegada do recém-nascido, bem como ensinar sobre: a prevenção de acidentes e medidas de segurança (em casa e no automóvel); sobre as características das fezes do recém-nascido; sobre o controlo da sua temperatura corporal e sinais de alarme e quando recorrer ao serviço de urgência.
Comunicar	Incentivar do Sr. (M) a expressar os sentimentos e emoções. A sra. (C) frisou que (M) que é “fechado”.
Respirar	Sem alterações. Não fumadores, sem patologia respiratória. Ambiente trabalho e casa sem poluentes.

**(Conclusão)**

Comer e beber	Sem alterações. Reforçada a importância da alimentação saudável, na gravidez e durante amamentação. Ambos os elementos do casal cozinham as refeições, conforme a necessidade.
Higiene Pessoal e Vestir-se	Preparar o casal para os cuidados ao recém-nascido a nível da higiene, banho, cuidados ao coto umbilical e vestuário.
Movimentar-se	Sem alterações. Padrão de exercício diário mantido. Caminham no final de tarde.
Trabalhar e divertir-se	(C) deixou de trabalhar no final da gravidez e (M) usufrui da licença de paternidade após nascimento de (A). Mantém relacionamento com amigos.
Sono	(C) e (M) alteraram padrão do sono após nascimento de (A). Como estratégia conjunta com o casal, o pai durante a noite alimentava (A) com leite materno por biberão em horários alternados, o que permitiu o descanso de (C). A partir da segunda semana de vida, (A) espaçou o tempo entre mamadas o que permitiu o descanso dos progenitores.
Expressão da sexualidade	Sem alterações. Solicitada informação sobre início de atividade sexual. Abordado tema da contraceção e fornecido contraceptivo oral: pílula da amamentação.
Morte	Sem perdas recentes de familiares ou outras. No entanto, (C) expressou medo e ansiedade pelo facto de à sua mãe ter sido diagnosticado recidiva de cancro da mama, e ter sido sujeita a mastectomia já após o nascimento da neta (A). Apresenta dualidade de sentimentos, felicidade pelo nascimento da sua filha e tristeza pela condição de saúde da sua mãe.

### 1.3.2 EXPRESSIVA

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

No que concerne à **comunicação emocional**, a família demonstra uma comunicação aberta, apesar de como já foi referido, (M) ser pouco expressivo verbalmente. No entanto, e com o estabelecimento da relação terapêutica, foi ganhando confiança e falava com mais frequência e colocava questões pertinentes sobre a saúde da filha e da esposa. Mostrou grande interesse nas questões da conjugalidade e parentalidade. Recorre com frequência à linguagem não verbal. Quando expressa as suas emoções fá-lo de uma forma mais profunda e sentida. (C) é mais desinibida, expressa das emoções mais superficialmente.

Ambos expressam as suas opiniões, emoções, medos, esperanças e expectativas, de forma diferente, mas estabelecem **comunicação verbal/ não verbal**. Foi possível a **circularidade** de informação, estabelecendo-se com o casal comunicação eficaz.

De acordo com Alarcão (2000), é fundamental que o casal possa metacomunicar, isto é, comunicar sobre a sua comunicação ou, se quisermos, comentar a informação que estão a transmitir. O casal descreve a sua comunicação como aberta e clara, “falamos de tudo” (M), (M) é um pouco mais fechado, mas já falámos sobre isso, e ele tem melhorado” (C).

A metacomunicação é um elemento necessário à construção e evolução do processo de casal, pois permite-lhes esclarecerem-se, negociarem e ultrapassarem conflitos e expressão de sentimentos e emoções.

Relativamente à **interação de papéis familiares**, o cuidado doméstico é realizado maioritariamente por (C) (lavar loiça, passar a ferro, arrumar a casa, cuidar da roupa, cozinhar, compras) mas com a chegada de (A), (M) assumiu algumas tarefas e papéis, partilhando-os com a sua companheira.

As **alianças e uniões** concentram-se na orientação, equilíbrio e na intensidade da relação entre os membros. Sabemos que o subsistema conjugal (C) e (M) é unido e cria uma aliança quando tentam resolver problemas. Neste momento predomina a preocupação pela filha. Esta família apresenta satisfação em relação à forma como manifesta a união.

Quanto à **resolução de problemas**, (M) é mais ponderado e assertivo. Resolve as questões mais práticas e que exigem trabalho físico. (C) embora mais extrovertida, tem grande capacidade de análise das questões psicológicas, consegue indicar o que devem alterar nos comportamentos e atitudes, com vista a melhorar as situações quotidianas, familiares ou pessoais. Tomam as decisões juntos, e debatem os pontos de vistas de cada um. (M) parece ter um maior **poder de influência**, por ser mais racional e ponderado, e justificar com lógica os seus pontos de vista. Assisti a cedências de ambos nalgumas questões relativamente à sua forma tão diferente de expressão. Demonstram um autoconhecimento e respeito mútuos e capacidade para resolver as situações que vão surgindo no dia a dia.

Durante o acompanhamento desta família na transição desenvolvimental (entre etapas de ciclo vital da família), no decorrer de uma crise familiar normativa, nascimento de filha e não normativa, doença da mãe de (C), foram aplicadas escalas ainda antes do nascimento de (A) e após o seu nascimento. Nestas escalas, procurei seleccionar algumas que me permitisse concluir sobre a funcionalidade da família, nomeadamente aspetos sobre a coesão, adaptabilidade, forças familiares e a capacidade de resolução de problemas.

Na escala APGAR familiar de Smilkstein (Anexo II), obteve-se um score de 10 pontos, que classifica a **Família** como **altamente funcional**.

Através da escala FACES II (Anexo I), mencionada num subcapítulo anterior, pude avaliar o funcionamento familiar nas dimensões: coesão e adaptabilidade. Apesar da diferença dos valores, observada nas escalas preenchidas pelos dois elementos do casal, relativamente à coesão e adaptabilidade, mostra claramente uma **família-tipo moderadamente equilibrada**.

Relativamente ao Questionário das Forças Familiares (Anexo III), é um instrumento de autorrelato, construído para avaliar a perceção que as famílias têm das suas forças familiares,

esta família obteve uma pontuação de 101. Segundo Lucas (2012), citando Melo & Alarcão, (2011), o Questionário de Forças Familiares divide-se em quatro subescalas: Organização Familiar Positiva; Crenças Familiares Positivas; Gestão Positiva dos Recursos, Suporte Familiar e Resolução de Problemas; e Emoções Positivas. Este questionário, apesar de não medir diretamente a resiliência familiar, mede processos familiares associados à resiliência. A cotação é obtida pela soma das pontuações dos itens, sendo o Índice Global de Forças Familiares obtido pelo somatório das pontuações dos itens da escala total. No questionário das forças familiares o resultado total varia entre 29 e 145, sendo que o valor médio será de 91,5 obtido para a totalidade da escala. Assim, posso concluir que (C) percebe que a sua família tem capacidade de resolver problemas, utilizando as forças familiares.

Por fim, ainda relativo a este tópico, foi avaliada também a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Anexo IV), obtendo uma cotação de 53, podendo ter um máximo de 100. Segundo Lucas (2012), a Escala de Resiliência de Connor-Davidson, divide-se nas seguintes subescalas: Competência pessoal, padrões elevados e tenacidade; Confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress; Aceitação positiva da mudança e relações seguras; Influência espiritual; e Controlo. Ainda no Anexo IV, exponho a pontuação em cada uma das subescalas. Podem-se verificar cotações medianas, o que leva a concluir que, a **família** apresenta uma **capacidade intermédia para a resolução de problemas**. Apresenta valores acima da média para o sentido de poder e adesão a um objetivo, quando defrontados com situações de adversidade e na capacidade de adaptabilidade do sujeito. Demonstra valores abaixo da média para a capacidade de manter a calma e ser rápido na tomada de decisão, perante situações de stress, e valores médios para a fé em Deus e no destino.

Relativamente aos **fatores de stress familiar**, a transição de uma etapa para outra implica stress familiar. (C) evidenciou no final da gravidez preocupação com o desenrolar do trabalho de parto e com o bem-estar da filha (A).

Outro fator acrescido de stress, foi o diagnóstico de recidiva de cancro de mama, da mãe de (C), tendo sido sujeita a mastectomia total (transição não normativa), já depois do nascimento da neta (transição normativa). A simultaneidade de transições aumenta a vulnerabilidade familiar.

Por este facto, considere relevante avaliar a Escala de Stress Percebido de 10 itens, que foi desenvolvida com o objetivo de quantificar o nível de stress que cada indivíduo experiencia subjetivamente, num determinado momento (no último mês) e que apresento no Anexo V. A escala apresenta cotação de 0 a 40 pontos. Quanto maior a cotação, maior o grau de stress percebido.

Assim, após aplicação da escala, preenchida por (C) foi obtida uma pontuação de 16. Conclui-se que esta **perceciona algum stress**, embora inferior ao valor médio da escala (20).

Foi ainda aplicada a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo VI), que possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (Figueiredo, 2009). Esta escala é constituída por um índice de 43 fatores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua capacidade de provocar stress. Para a sua aplicação, devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de um ano. Com uma pontuação entre 150 e 200 pontos, há 37% de probabilidade de incidência de doenças; > 200 ≤ 300 pontos, indica 50% de probabilidade de adoecer e > 300 pontos, 80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica.

Na família o somatório foi de 383 pontos com correspondência a **80% de probabilidade de surgir problemas**, indicando a importância de uma intervenção familiar. A minha abordagem, embora em tempo limitado, foi no âmbito sistémico durante o período de mudança vivenciado, em estreita colaboração com a família, de forma a proporcionar transições saudáveis, ajudando a prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo.

Na segunda visita domiciliária, (C) e (M) referiram “alívio”, por (C) e (A) já estarem em casa e (A) ser uma bebé saudável. Descreveram o parto como momento de stress pois foi um parto com ventosa, em que (M) não pode assistir. Para além disso, a bebé teve de ser aspirada, receber os primeiros cuidados e só foi colocada junto à mãe passados 15 minutos. O casal exteriorizou que esse tempo “foi uma eternidade e que lhes trouxe muita angústia”.

Após o nascimento de (A), os fatores de stress familiar observados foram: mamilos fissurados, com uma má pega da bebé à mama, eritema da fralda de (A) e a cicatrização do coto umbilical. Foram estabelecidas estratégias em conjunto com o casal para a resolução das situações. Durante a observação da mamada, pude constatar que a bebé apresentava anquiloglossia. Esta situação foi transmitida aos pais de forma calma para não aumentar a ansiedade, e explicadas as consequências e procedimentos a tomar.

Articulei com o hospital de referência, uma futura avaliação após referenciação pelos cuidados de saúde primários. Uma vez que não houve perda ponderal significativa (apenas a fisiológica) e a amamentação foi estabelecida com sucesso, a resolução não passa pelo contexto de urgência, mas sim em consulta hospitalar de pediatria. O nível de ansiedade e preocupação do casal baixou consideravelmente após receberem esta informação. Mantêm, no entanto, ansiedade relativamente à questão de saúde da sra. (M), mãe de (C). Demonstrei sempre

disponibilidade para a escuta, que permitiu a (C) expressar a sua ansiedade e receios, dando apoio emocional. Encorajei sempre a expressão de emoções.

Com a chegada da bebé, houve uma reorganização do funcionamento familiar. A relação dual do casal parental transforma-se numa relação triangular, que inclui agora a criança, e os pais tomam consciência de que entram numa nova fase da vida familiar. O parto constitui um acontecimento biopsicossocial, determinando um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebé, mobilizando energia emocional de ambos (Cepêdo, Brito & Heitor, 2005).

De acordo com os mesmos autores, nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40 a 60% das mulheres experimentam uma perturbação emocional, designada *Blues* pós-parto que pode durar alguns dias e que consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente. Habitualmente, desaparece espontaneamente. Sendo um período crítico para a saúde mental da mãe e do bebé, importa ter em mente dados que alertam para algumas situações de risco nesta fase e para a conseqüente necessidade de deteção e intervenção precoce.

Foi aplicada a escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), 4 semanas após o parto, por ser uma ferramenta específica com fiabilidade e sensibilidade na deteção precoce da depressão no período pós-natal. Não substitui a avaliação clínica, mas surge como um complemento. São apresentados 10 itens, cotados de 0,1,2 e 3 de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, havendo itens cotados inversamente. Uma pontuação de 12 ou mais indica probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

Após preenchimento pela sra. (C), a pontuação obtida é de 4, o que revela **baixa probabilidade de depressão** (Anexo VII).

## 2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Segundo Hanson (2005), o processo de enfermagem de família permite ao enfermeiro desenvolver um plano de cuidados, aumentando o bem-estar das famílias, sendo constituído por diversas etapas, nomeadamente: recolha de dados à família; análise dos dados da avaliação; planeamento de cuidados à família; implementação de cuidados de saúde à família; e avaliação de resultados de cuidados de enfermagem à família. A avaliação é um processo em constante evolução, de recolha de informação, em que neste caso o enfermeiro, recorre ao passado e ao presente, sendo capaz de planear e prever o futuro (Berkley & Hanson, 1991, citado por Hanson, 2005).

No meu entendimento, a intervenção de modo a promover ou facilitar a mudança, é o aspeto mais desafiante na abordagem do sistema familiar. O MCAF, como ferramenta de avaliação familiar permitiu compreender de uma forma multidimensional as necessidades da família em foco. Assim no decorrer do estágio I e II, a abordagem sistémica e colaborativa com a família, contribuiu para aumentar o potencial de mudança e reduzir a tradicional distância que tende a emergir quando famílias e profissionais se cruzam no sistema de promoção e proteção.

O primeiro contato com a sra. (C), deu-se em contexto de consulta de saúde materna na UCSP Norte, onde foi feita a minha apresentação e fundamentada a minha presença e objetivos da minha abordagem. A Sra. (C), deu o seu consentimento (Anexo VIII) e a partir desta data, foram realizadas 2 visitas domiciliárias, antes e após o nascimento da sua filha e vários contatos na unidade de saúde.

As visitas domiciliárias, foram acordadas em termos de data e horário para a participação do casal. Decorreram em ambiente calmo, de empatia, confiança, com reconhecimento das emoções, perspetivas, crenças e valores e compreensão das vivências, sentimentos e pensamentos do casal, condições cruciais para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, base para a relação terapêutica.

A relação enfermeiro-família é pautada essencialmente pela comunicação (verbal e não verbal), com reconhecimento explícito dos sentimentos e perspetiva da outra pessoa. É por meio da comunicação vivenciada entre enfermeiro e família, que este profissional pode definir metas e objetivos a serem atingidos.

Durante as entrevistas (Apêndices A e B), em contexto domiciliário, as perguntas de intervenção são em geral de dois tipos: lineares e circulares. As perguntas lineares exploram a perceção ou descrição de um problema por um membro da família, enquanto as perguntas circulares são direcionadas às explicações dos problemas, ideias, crenças, relacionamento

entre os indivíduos. Os tipos de perguntas podem ser empregues para facilitar a mudança na família (Wright & Leahey, 2009).

Nas primeira e segunda entrevistas, em contexto domiciliário, foram colhidos dados, para a avaliação das várias dimensões da família, recorrendo a vários instrumentos de avaliação: genograma, ecomapa, escala de Graffar e APGAR familiar. Para além destes, considerei relevante aprofundar a sua funcionalidade, centrando-me no processo familiar para uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e naturalmente a identificação de necessidades de mudança neste nível de funcionamento familiar. Avaliei a capacidade de resolução de problemas ou o stress, para que a transição desenvolvimental ocorresse de forma saudável. Assim, foram também aplicados a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II*; Questionário das Forças Familiares; Escala de Resiliência de Connor-Davidson; a Escala de Stress Percebido e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.

A avaliação familiar centra-se nas áreas de atenção, que em complementaridade com os dados da avaliação, constituem uma estrutura de organização sistemática (estrutural, desenvolvimento e funcional).

Os indicadores de avaliação adjacentes a cada área de atenção, estabelecem uma orientação, quer para o diagnóstico, quer para as intervenções, permitindo a avaliação de resultados face aos objetivos propostos com as famílias.

“Tornar-se mãe e tornar-se pai constituem processos de mudança que encerram em si transições. A partir da gravidez, e ao longo do tempo, tanto as mães como os pais necessitam de preparar-se para o exercício do papel. Neste contexto, a mestria nas competências parentais é relevante para a saúde da criança e para a satisfação e eficácia no exercício do papel de mãe e de pai” (Cardoso, 2011, p.9).

De acordo com a mesma autora, para responder às necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, os enfermeiros são desafiados a procurar soluções inovadoras e efetivas, tanto no domínio do diagnóstico centrado nos processos de transição para a parentalidade, como no domínio da informação com vista ao desenvolvimento das competências parentais. Neste âmbito, a minha abordagem anterior ao nascimento de (A), centrou-se no processo de transição para a parentalidade, e posteriormente no domínio do desenvolvimento das competências parentais (Quadro 3).

**Quadro 3 – Competências Parentais, Antes e Após o Nascimento, Indicadores.** Fonte. Cardoso (2011)  
(continua)

Competências Parentais	Indicadores
<b>Antes do Nascimento</b>	
Preparação da casa para receber (A), garantindo o conforto e segurança (materiais e equipamentos)	<p>Conhecimento sobre as características do quarto do recém-nascido</p> <p>Conhecimento sobre as características do berço/cama</p> <p>Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho</p> <p>Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte</p> <p>Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio</p>
Preparar o enxoval	<p>Conhecimento sobre os critérios de escolha da roupa para o bebê</p> <p>Conhecimento sobre os cuidados gerais no tratamento da roupa do bebê</p> <p>Conhecimento sobre os critérios de escolha e de uso de chupeta</p> <p>Conhecimento sobre os critérios de escolha das fraldas e toalhetes</p> <p>Conhecimento sobre o necessário preparar para levar para o hospital</p>
Amamentar e lidar com as complicações associadas [fissura e ingurgitamento mamário (IM)]	<p>Conhecimento sobre os benefícios da amamentação</p> <p>Conhecimento sobre as características do colostro e do leite</p> <p>Conhecimento sobre os critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas</p> <p>Conhecimento sobre os critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas</p> <p>Conhecimento sobre os sinais de ingestão nutricional suficiente</p> <p>Conhecimento sobre os sinais de fome</p> <p>Conhecimento sobre os sinais de saciedade</p> <p>Conhecimento sobre a posição da mãe e do filho</p> <p>Conhecimento sobre os sinais de pega adequada</p> <p>Conhecimento sobre as estratégias para manter o bebê acordado durante a mamada</p> <p>Conhecimento sobre os sinais de produção e libertação de leite</p> <p>Conhecimento sobre as medidas que estimulam a lactação</p>

<p>(continua)</p>	<p>Conhecimento sobre a influência da alimentação da mãe no leite (composição) Conhecimento sobre os efeitos da ingestão de cafeína na criança</p> <p>Conhecimento sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança Conhecimento sobre os efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança</p> <p>Lidar com fissura: conhecimento sobre os fatores de risco de fissura do mamilo</p> <p>Lidar com fissura: conhecimento sobre as medidas de prevenção de fissura do mamilo</p> <p>Lidar com IM: conhecimento sobre a diferença entre a subida de leite vs IM</p> <p>Lidar com IM: conhecimento sobre os fatores de risco de IM</p> <p>Lidar com IM: conhecimento sobre as medidas de prevenção de IM</p>
<p>Colocar a eructar</p>	<p>Conhecimento sobre benefícios da eructação</p> <p>Conhecimento sobre posicionar a criança para eructar</p>
<p>Assegurar a higiene e manter pele saudável</p>	<p>Conhecimento sobre material necessário e condições prévias para o banho Conhecimento sobre critérios para escolher os produtos de higiene a usar</p> <p>Conhecimento sobre frequência e horário do banho</p> <p>Conhecimento sobre lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos Conhecimento sobre como dar banho</p> <p>Conhecimento sobre como e quando cortar as unhas</p> <p>Conhecimento sobre material necessário para a troca da fralda</p> <p>Conhecimento sobre critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal</p> <p>Conhecimento sobre lavar o períneo (se menino/se menina)</p> <p>Conhecimento sobre sinais de eritema pela fralda</p> <p>Conhecimento sobre fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda</p>
<p>Tratar do coto umbilical</p>	<p>Conhecimento sobre material necessário para a desinfecção do coto umbilical Conhecimento sobre quando é esperado a queda do coto umbilical</p> <p>Conhecimento sobre como e com que frequência desinfetar o coto umbilical Conhecimento sobre estratégias para promover a mumificação</p>

(continua)	Conhecimento sobre sinais de infeção do coto umbilical
Lidar com o choro	Conhecimento sobre padrão esperado de choro e tipos de choro Conhecimento sobre estratégias de consolo Conhecimento sobre sinais de cólica Conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólica Conhecimento sobre medidas de alívio da dor abdominal
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normais	Conhecimento sobre aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele Conhecimento sobre capacidades dos órgãos dos sentidos Conhecimento sobre reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido Conhecimento sobre regurgitação e medidas de prevenção
Promoção e vigilância da saúde	Conhecimento sobre características iniciais da eliminação intestinal Conhecimento sobre quando deve ser realizado o diagnóstico precoce Conhecimento sobre quando deve ser iniciado o esquema de vacinação
Garantir segurança e prevenir acidentes	Conhecimento sobre medidas de prevenção de queimaduras Conhecimento sobre medidas de prevenção de asfixia/sufocação Conhecimento sobre medidas de prevenção de quedas Conhecimento sobre medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL Conhecimento sobre medidas segurança para transporte no automóvel Conhecimento sobre critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido) Conhecimento sobre cuidados com animais domésticos Conhecimento sobre modo adequado de segurar / manipular a criança
Após o Nascimento	

<p>(continua)</p> <p>Amamentar e lidar com as complicações associadas [fissura e ingurgitamento mamário (IM)]</p> <p>Alimentar a criança</p>	<p>Habilidade para identificar sinais de ejeção de leite</p> <p>Habilidade para adotar posição confortável e posicionar a criança</p> <p>Habilidade para assegurar pega adequada</p> <p>Habilidade para estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada</p> <p>Habilidade para interromper a sucção antes de retirar a criança da mama</p> <p>Habilidade para adotar medidas adequadas de higiene das mamas</p> <p>Habilidade para reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere</p> <p>Lidar com fissura: habilidade para reconhecer sinais de fissura do mamilo</p> <p>Lidar com fissura: habilidade para implementar medidas de tratamento da fissura</p> <p>Lidar com fissura:</p> <p>Habilidade para reconhecer sinais de cicatrização da fissura</p> <p>Lidar com IM: habilidade para reconhecer sinais de ingurgitamento mamário</p> <p>Lidar com IM: habilidade para implementar medidas de alívio do IM</p> <p>Lidar com IM: habilidade para extrair leite manualmente/com bomba</p> <p>Conhecimento sobre estratégias para manter a lactação/amamentação</p> <p>Conhecimento sobre como extrair leite para armazenar</p> <p>Conhecimento sobre condições e material para armazenar leite materno</p> <p>Conhecimento sobre como descongelar o leite materno</p>
<p>Colocar a eructar</p>	<p>Conhecimento sobre frequência das refeições</p> <p>Conhecimento sobre necessidades nutricionais e hídricas</p> <p>Habilidade para identificar sinais de ingestão nutricional suficiente</p> <p>Habilidade para identificar sinais de fome</p> <p>Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação</p>

<p><b>(continua)</b></p> <p>Assegurar a higiene e manter pele saudável</p>	<p>Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura</p> <p>Habilidade para dar banho</p> <p>Habilidade para adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho</p> <p>Habilidade para cortar as unhas</p> <p>Habilidade para reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda</p> <p>Habilidade para lavar e secar zona coberta pela fralda</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção do eritema da fralda</p>
<p>Tratar do coto umbilical</p>	<p>Habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção</p>
<p>Lidar com o choro</p>	<p>Habilidade para distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro</p> <p>Habilidade para confortar o bebé, quando chora</p>
<p>Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normais</p>	<p>1.<sup>a</sup>/2.<sup>a</sup> semana após o nascimento:</p> <p>Conhecimento sobre capacidade de interação e competências do recém-nascido</p> <p>1.<sup>o</sup>/2.<sup>o</sup> mês</p> <p>Conhecimento sobre temperamento da criança</p> <p>Conhecimento sobre capacidade motora</p> <p>Conhecimento sobre capacidade sensorial</p> <p>Conhecimento sobre capacidade para comunicar</p> <p>Conhecimento sobre marcos de desenvolvimento</p>
<p>Promoção e vigilância da saúde</p>	<p>1.<sup>a</sup>/2.<sup>a</sup> semana</p> <p>Conhecimento sobre achados normais na pele da criança</p> <p>Conhecimento sobre medidas de proteção contra infeções</p> <p>Conhecimento sobre explicação para a perda fisiológica de peso</p> <p>Conhecimento sobre padrão de aumento de peso esperado</p> <p>Conhecimento sobre padrão de eliminação intestinal</p> <p>Conhecimento sobre padrão de sono</p> <p>Conhecimento sobre reações às vacinas, VHB – Não elegível para BCG</p> <p>Conhecimento sobre coloração ictérica e icterícia</p> <p>Conhecimento sobre como avaliar a temperatura corporal e valor da T corporal normal</p>

<p>(continua)</p>	<p>Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde</p> <p>1.º/2.º mês</p> <p>Conhecimento sobre reações às vacinas (DTPaHibVIP, Pn13, MenB).</p> <p>Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde</p> <p>Habilidade para avaliar temperatura corporal</p>
<p>Garantir segurança e prevenir acidentes</p>	<p>1ª/2ª semana apos o nascimento</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção de queimaduras</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção de quedas</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção do SMSL</p> <p>Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado</p> <p>Habilidade para afastar a criança de animais domésticos</p> <p>1º/2º mês</p> <p>Conhecimento sobre medidas de proteção contra queimaduras solares</p> <p>Habilidade para transportar a criança com segurança</p>
<p>Lidar com problemas comuns na criança</p>	<p>1ª/2ª semana</p> <p>Habilidade para adotar medidas de prevenção de regurgitação</p> <p>Habilidade para reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito</p> <p>Habilidade para reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólica</p> <p>Habilidade para adotar estratégias para reduzir choro excessivo</p> <p>Habilidade para implementar medidas de alívio da dor abdominal</p> <p>Habilidade para reconhecer sinais de eritema pela fralda</p> <p>Habilidade para manter medidas de prevenção do eritema pela fralda</p> <p>Habilidade para tratar o eritema pela fralda</p> <p>Conhecimento sobre sinais de obstrução nasal</p> <p>Conhecimento sobre medidas de alívio de obstrução nasal</p>

(conclusão)

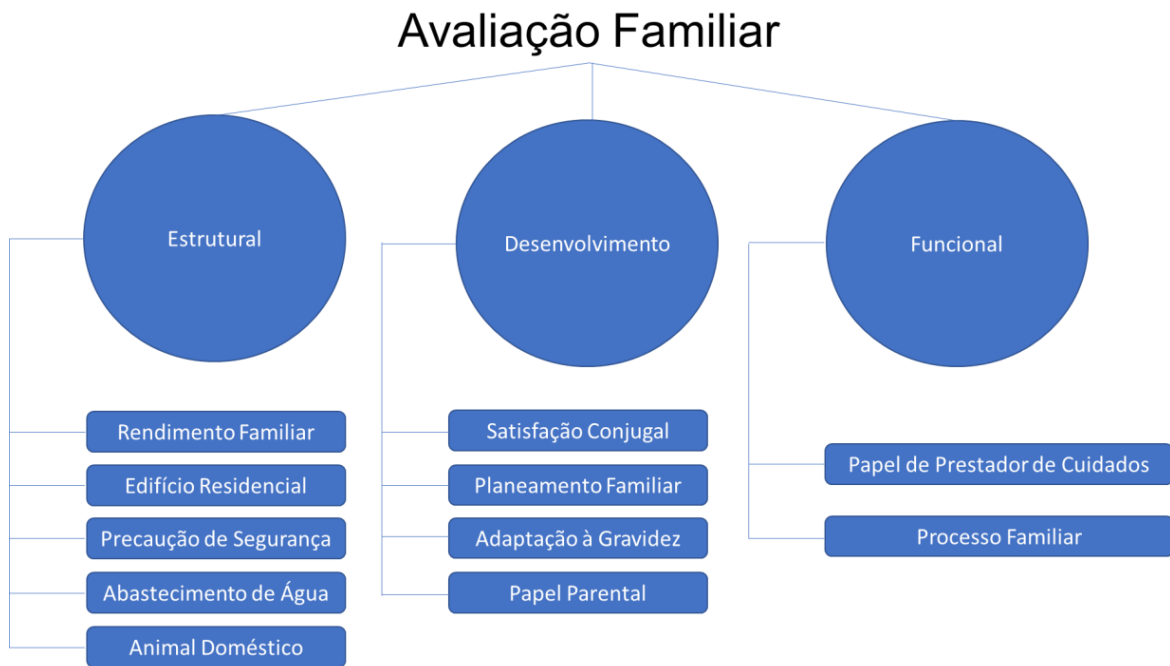
Estimular o desenvolvimento

<p>Conhecimento sobre medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele</p> <p>1º/</p> <p>Conhecimento sobre sinais de obstipação</p> <p>Conhecimento sobre medidas de estimulação da eliminação intestinal</p> <p>Conhecimento sobre sinais de diarreia</p> <p>Conhecimento sobre medidas de prevenção da desidratação</p> <p>Conhecimento sobre medidas de diminuição da temperatura corporal</p> <p>Habilidade para reconhecer presença de obstrução nasal</p> <p>Habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal</p> <p>1º/2º mês</p> <p>Conhecimento sobre quando o bebé está recetivo à estimulação</p> <p>Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 1.º/2.º mês</p> <p>Conhecimento sobre estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança</p> <p>Conhecimento sobre benefícios da massagem</p> <p>Conhecimento sobre escolha de brinquedos adequados à estimulação</p> <p>Conhecimento sobre estratégias de estimulação da linguagem</p>
--

Após ser concluída uma avaliação minuciosa, o enfermeiro em colaboração com a família determinará as intervenções necessárias.

Em dezembro de 2011, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, deliberou a adoção do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar. O MDAIF, sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família e o Modelo *Calgary* de Intervenção na Família (OE, 2011).

O MDAIF fornece meios de conceptualizar um ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pelos enfermeiros. Auxíla na escolha do domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e intervenção mais adequada para efetuar mudança naquele domínio (Figura 7).



**Figura 7 – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**, baseado na Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012)

“A adoção do MCAIF (...) torna-se uma exigência na orientação e concretização da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar [Sousa, 2012, in Figueiredo (2012)].

Seguidamente, apresento o plano de cuidados referente à família, adaptado do SClínico®, que consta no Quadro 4. Os diagnósticos de enfermagem foram levantados de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, atendendo aos focos de atenção e intervenção de diagnóstico, e delineados os resultados esperados, e implementadas as intervenções de enfermagem.

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. A avaliação do processo permite tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

Nas Figuras 8 e 9, são apresentados respetivamente, os registos no sistema informático SClínico® dos diagnósticos e as intervenções de enfermagem.

**Quadro 4 – Plano de Cuidados à Família (continua)**

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Intervenção diagnóstica</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
17/06/2022 Habitação (Domicílio)	Avaliar habitação	Edifício residencial não seguro	Família com residência segura	Avaliar o tipo de habitação (Graffar) Avaliar habitação	Habitação adequada às necessidades da família, porém, apresenta barreiras arquitetónicas, nomeadamente escada de acesso à cave.
17/06/2022 Rendimento (Domicílio)	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos	Rendimento familiar não insuficiente	Família com rendimento suficiente	Avaliar o conhecimento sobre a gestão de rendimentos	O casal demonstra conhecimento sobre gestão de rendimentos O rendimento da família, é mensal e fixo e provém da atividade laboral de (M) e (C). Família de classe média.
17/06/2022 Abastecimento de água (Domicílio)	Avaliar o abastecimento de água	Abastecimento de água adequado	Família com abastecimento de água adequado	Avaliar abastecimento de água	A residência tem abastecimento de água para consumo e tratamento de resíduos da rede pública
17/06/2022 Precaução de segurança (Domicílio)	Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai sobre prevenção de acidentes	Sem precaução de segurança comprometida	Família com conhecimento sobre prevenção de acidentes	Avaliar conhecimento sobre: - Medidas de segurança - Utilização de equipamento de gás - Equipamento para aquecimento - Estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	O casal demonstra conhecimento sobre medidas de segurança O casal tenciona adaptar cancela no acesso às escadas para a cave, antes de (A) adquirir a marcha/gatinhar. Gás acondicionado no exterior da habitação

(continua)					
				<p>Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas</p> <p>Avaliar precaução de segurança</p> <p>Vigiar medidas de segurança</p> <p>Ensinar a família sobre medidas de segurança</p> <p>Ensinar sobre riscos</p>	
17/06/2022 Animal doméstico (Domicílio)	Avaliar conhecimento sobre animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado	Família com conhecimento sobre animal doméstico	<p>Avaliar conhecimento sobre animal doméstico</p> <p>Avaliar conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico</p> <p>Avaliar conhecimento sobre vacinação do animal doméstico</p> <p>Avaliar sobre conhecimento de serviços da comunidade</p> <p>Motivar para a desparasitação do animal doméstico</p>	O casal tem um cão. Regularmente recorrem ao veterinário. O animal tem calendário vacinal atualizado, mas não está desparasitado. Por essa razão ainda se mantém na casa da mãe de (M).
17/06/2022 Satisfação conjugal (Domicílio)	Avaliar satisfação conjugal	Sem satisfação conjugal comprometida	Família com satisfação conjugal mantida	<p>Avaliar a relação dinâmica</p> <p>Avaliar a comunicação</p> <p>Avaliar a interação sexual</p> <p>Avaliar a função sexual</p>	O casal apresenta uma relação funcional, dinâmica, com um padrão comunicacional satisfatório e eficaz, embora (M) seja mais inibido e fechado. Satisfação com o padrão de sexualidade e conhecimento sobre

(continua)					sexualidade. Interação sexual efetiva sem função sexual comprometida. Partilham tarefas, passam tempo juntos e estão satisfeitos coma forma como cada um expressa o que sente.
17/06/2022 Adaptação à gravidez (Domicílio)	Avaliar adaptação à gravidez	Adaptação adequada à gravidez	Família com adaptação adequada à gravidez	Avaliar a disposição para gerir novas situações e desafios relacionados coma a gravidez Avaliar adoção de comportamentos redutores de stress Avaliar conhecimento do casal sobre: - Direitos sociais de maternidade/paternidade - A nova etapa do ciclo vital - O processo psicológico associado ao puerpério - Amamentação - A vigilância de saúde do recém-nascido - Enxoval da mãe e do bebé. Avaliar potencial para amamentar	O casal apresenta um bom relacionamento conjugal, suporte social, nomeadamente de amigos/família e acesso aos cuidados de saúde materna que lhes permite uma adaptação adequada à gravidez. Também o facto de a gravidez ter decorrido normalmente contribuiu para essa adaptação. Observou-se um ajustamento psicológico e afetivo do casal. A sra. (C) pretende amamentar
20/06/2022 Papal parental (Domicílio)	Avaliar papel parental	Com compromisso do papel parental	Família com compromisso	Avaliar condição do papel parental Avaliar a capacidade e conhecimento da mãe e(ou) do pai	Papel parental com caraterísticas desenvolvimentais normais

<b>(continua)</b>			do papel parental	para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) a) Alimentação b) Eliminação c) Higiene d) Segurança e) Desenvolvimento Infantil F) Promoção da saúde Estimular o desenvolvimento infantil Ensinar sobre desenvolvimento infantil	Pais com capacidade e conhecimento na maioria das áreas das necessidades desenvolvimentais. Recetivos, disponíveis, participativos e envolvidos no processo de aprendizagem e treino de competências.
24/06/2022 Amamentar (Domicílio)	Avaliar o amamentar	Amamentar comprometido	Mãe com capacidade e conhecimento para amamentar	Avaliar a conhecimento da mãe para amamentar Avaliar o potencial da mãe para amamentar Avaliar a capacidade da mãe para amamentar Avaliar o amamentar	Mãe com conhecimento sobre lactação e hábitos de saúde durante a lactação. Apresenta fissuras nos mamilos por má pega. Bom posicionamento, mas a recém-nascida por anquiloglossia não estava a pegar bem na mama. Adaptados mamilos de silicone, com progresso na pega e cicatrização mamilar. Amamentação estabelecida com sucesso.
17/06/2022 Processo familiar (Domicílio)	Avaliar o processo familiar	Processo familiar adequado	Família com processo familiar funcional	Avaliar a comunicação Avaliar coping Avaliar interação de papéis Avaliar a relação dinâmica Aplicar a escala FACES II	O casal apresenta uma relação dinâmica, com comunicação aberta e efetiva, com partilha de informações, sentimentos, apesar de (M) ser introvertido.

<b>(continua)</b>				Aplicar a escalar APGAR Aplicar questionário das forças familiares e escala de resiliência Connor-Davidson	Partilham tarefas. Estabeleceram novos papéis apropriados ao novo estágio do ciclo.
17/06/2022 Planeamento familiar (Domicílio)	Avaliar planeamento familiar	Planeamento familiar não comprometido	Planeamento familiar comprometido	Avaliar conhecimento sobre - Planeamento familiar - Fertilidade - Interação sexual - Uso de contraceptivos Ensinar, incentivar o uso de contraceptivos	Casal com informação sobre fertilidade e interação sexual. Quando abordado o tema da contraceção, a sra. (C) refere não saber que método contraceptivo usar no puerpério. Recetiva à informação fornecida sobre contraceção no puerpério.
20/07/2022 Planeamento familiar (UCSP Norte)	Avaliar planeamento familiar	Planeamento familiar não comprometido	Planeamento familiar não comprometido	Avaliar conhecimento sobre - Planeamento familiar - Fertilidade - Interação sexual - Uso de contraceptivos Ensinar, incentivar e instruir sobre o uso de contraceptivos Orientar para consulta revisão puerpério	Casal que na posse da informação (ensino) sobre contraceção, inicia pílula de amamentação. Marcada consulta de revisão de puerpério.
20/07/2022 Ansiedade (UCSP Norte)	Avaliar ansiedade	Ansiedade presente	Família sem ansiedade	Avaliar a ansiedade: Avaliar sinais de preocupação Avaliar a incapacidade em relaxar não relacionada com a doença	A Sra. (C) exprime que sente se ansiosa pelo facto de não saber o desfecho da doença da sua mãe

<p><b>(conclusão)</b></p>			<p>Avaliar a dificuldade em se concentrar</p> <p>Avaliar presença de trémulo ou agitação</p> <p>Avaliar a dificuldade em adormecer não explicada pela doença</p> <p>Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade</p> <p>Disponibilizar suporte emocional</p> <p>Escutar</p> <p>Incentivar a comunicação de emoções</p>	<p>Expectante também pelo facto de o companheiro terminar a licença de paternidade em 24/07/2022 e ter de assumir sozinha os cuidados à sua filha (A).</p> <p>O Sr. (M), por outro lado, aparentemente não revela ansiedade por iniciar o trabalho, nem pela separação da filha e da companheira, mas salienta que já se estava a habituar e não se importava de ficar em casa, desde que, auferisse igualmente o salário.</p>
---------------------------	--	--	---	--



Total intervenções: Por realizar

Resp.: 2707 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Hora Início: 20-07-2022 11:15h Data/Hora Termo: < >

Utentes	✓	✗	Data	Hora	Intervenções da Família	Especificações
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:45	Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:46	Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:56	Avaliar abastecimento de água	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:57	Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvim	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:57	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvi	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:58	Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:59	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:59	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com o sol	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	10:59	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:01	Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:01	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de acidentes	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:33	Avaliar habitação	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:03	Avaliar conhecimento sobre habitação	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:03	Avaliar conhecimento sobre habitação	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:03	Avaliar papel parental	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:04	Avaliar condição do papel parental	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:06	Avaliar planeamento familiar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:10	Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:11	Avaliar planeamento familiar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:15	Avaliar planeamento familiar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:17	Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:34	Ensinar sobre uso de contraceptivos	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:34	Incentivar uso de contraceptivos	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:34	Orientar para consulta	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:32	Avaliar processo familiar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:33	Avaliar satisfação conjugal	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:22	Avaliar ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:29	Assistir na ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:29	Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:29	Escutar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:29	Incentivar a comunicação de emoções	
	✓	✗	Data	Hora	Intervenção: C	Especificações
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:01	Avaliar habitação	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:23	Ensinar sobre uso de contraceptivos	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:23	Incentivar uso de contraceptivos	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	11:23	Orientar para consulta	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:12	Avaliar ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:22	Assistir na ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:22	Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:28	Escutar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-07-2022	12:28	Incentivar a comunicação de emoções	

Figura 9 - Registo das Intervenções de Enfermagem no SCfínico®

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações frequentes e globais, que ocorrem a nível socioeconómico, político, cultural e demográfico, têm impacto no seio das famílias, criando alterações na sua tipologia. Surgem novas configurações familiares, no entanto a função de suporte e apoio permanecem inalteráveis, mas com novas necessidades. A enfermagem evolui a par destas modificações, e para dar resposta a esta exigência, surge assim a Enfermagem de Saúde Familiar.

Para intervir e auxiliar a família a ultrapassar estes novos desafios, os enfermeiros estão dotados de meios e ferramentas para o conhecimento das dinâmicas da Família.

O Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar, é um guia orientador da atuação do enfermeiro de família, que permite a avaliação familiar nas diferentes dimensões, estrutural, desenvolvimental e funcional e é a base para a elaboração do processo clínico.

A utilização deste modelo favoreceu o conhecimento e desenvolvimento das minhas competências na Avaliação e Intervenção Familiar, contribuindo para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem centrados na família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, A. (2011). Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais. Universidade Católica Portuguesa do Porto. Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae\\_tornar-se%20pai\\_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf)
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2a Edição). Lusociência.
- Lucas, C. S. F. da S. (2012). Resiliência Familiar em contexto de Pobreza Urbana: A Perceção das Famílias sobre Forças Familiares, Resiliência Individual e Stress Percebido. *Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa Para Obtenção Do Grau de Mestre Em Ciências Da Família, Especialização Em Contextos Familiares de Risco*. Acedido em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14064/1/Tese\\_final.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14064/1/Tese_final.pdf)
- Matos, M., Magalhães, A., & Féres- Carneiro, T. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico.USF*, volume 22(2), páginas 261-271. Acedido em <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Ltz6Tm5dsZRpn4NtKQ9LPbh/?format=pdf&lang=pt>
- Melo, P. (2020). Dinâmicas Familiares. Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Porto
- Monteiro, G., Moraes, J. & Costa, S. (2016). Aplicação do Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*, volume 16, nº 4, páginas 487-500. Acedido em julho em <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4514/pdf>
- OMS, UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009** Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCEEC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf)
- Wright, L. M.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4a Edição). ROCA.

## APÊNDICES

## APÊNCICE A – GUIÃO DA PRIMEIRA ENTREVISTA

**Guião da Primeira Entrevista (continua)****Nome da Família:** AS, composta pelo Casal (C) e (M)**Local:** Domicílio**Duração:** 90 minutos

	Objetivos	Questões/Conteúdos	Observações
Introdução (5 minutos)	<p>Promover um ambiente facilitador à livre expressão das vivências experienciadas da família.</p> <p>Manter proximidade</p> <p>Reforçar a importância do contributo de cada um</p>	<p>Cumprimentar a Família</p> <p>Agradecer a receção no seu domicílio</p> <p>Apresentação</p> <p>Clarificar e desenvolver objetivos da consulta de enfermagem;</p> <p>Informar acerca da estrutura da entrevista;</p> <p>Disponibilização para eventuais esclarecimentos de dúvidas.</p> <p>Reforçar que o sigilo será mantido em todo o processo</p>	<p>Utilizar postura e linguagem adequada</p> <p>Mostrar interesse, disponibilidade e cuidado</p> <p>Escuta ativa</p> <p>Respeitar e aceitar incondicionalmente a estrutura única de cada membro (compreensão empática)</p> <p>Manter autenticidade</p> <p>Envolver os dois membros do casal respeitando a sua vontade</p>
Desenvolvimento (70 minutos)	<p>Avaliar a estrutura interna e externa da família, o contexto</p> <p>Conhecer a sua experiência através de questões abertas</p> <p>Avaliação familiar através de escalas</p>	<p><b>1ª Parte:</b></p> <p>- Como se sentiram quando souberem que (C) estava grávida?</p> <p>- A quem contaram primeiro? Como é que essa pessoa reagiu?</p> <p>- Qual foi a reação dos outros membros da família?</p> <p>- Como tem corrido a gravidez? E como se sente nesta fase?</p> <p>- Quais os momentos/pontos mais positivos durante a gravidez? Houve momentos menos bons?</p> <p>- Quais as suas dificuldades/receios? Como fez para as ultrapassar?</p> <p>- Em situações anteriores de stress/dificuldades, como conseguiu/conseguiram (casal) lidar com os problemas e solucionar os mesmos?</p> <p>- Que ajudas tem (quais/como)? Na família, outros...</p> <p>- Onde é que se sentiu mais apoiada ao longo da sua gravidez?</p> <p>- Que apoio gostaria de ter depois do bebé nascer? E que apoio espera ter?</p> <p>- Como acha que a chegada do bebé vai afetar:</p> <p>- a cada um de vós?</p> <p>- a vida familiar?</p> <p>- os outros membros da família?</p> <p>- a vossa relação, um com o outro? Como idealizam uma vida a três?</p> <p>- O que acham dessas mudanças?</p> <p>- como acham que vão lidar com essas mudanças?</p>	<p>Encorajar a mãe e o pai a falar livremente, com incentivos como:</p> <p>- Explique-me melhor o que quer dizer</p> <p>- Conte-me um pouco mais sobre esse assunto</p> <p>Sentimentos positivos devem ser valorizados e encorajados</p> <p>Sentimentos negativos, devem também ser explorados e compreendidos mais profundamente e encorajar a partilha com mais tempo:</p> <p>- Pode explicar-me isso um bocadinho melhor?</p> <p>- Já falaram desses sentimentos um com o outro?</p> <p>Incentivar a grávida a identificar os membros da família ou outros que poderão apoiar futuramente, a nível emocional, financeiro, prático...</p>

**(continua)**

<p>(conclusão)</p>		<p>- Algumas mães ficam deprimidas depois do nascimento do bebé. Está preocupada com essa possibilidade?</p> <p>- Que mudanças tem notado em si própria desde que engravidou?</p> <p>- O que é que achou dessas mudanças? Está preocupada com elas? Já falou disso a alguém?</p> <p>- Como se sente de um modo geral?</p> <p>- Como acham que é agora a vossa bebé? Como gostariam que fosse?</p> <p>- Como é que imaginam o seu temperamento?</p> <p>- Há alguma coisa que vos preocupe acerca da bebé?</p> <p>-Quais são as vossas expectativas acerca do parto?</p> <p>- Que apoio gostaria de ter durante o trabalho de parto? E que apoio é que acha que vai ter?</p> <p>- Como é que pensa alimentar a bebé? Já pensou em amamentar? O que pensa disso? Qual é a opinião do pai acerca da amamentação?</p> <p>O nascimento de um filho pode levar a pressões e exigências financeiras. Estão preocupados com esses aspetos?</p> <p>E quanto à organização da casa, está preocupada?</p> <p>Aconteceu alguma coisa que vos possa afetar ou à bebé?</p> <p><b>2ª Parte: Avaliação das seguintes Escalas (Explicar a sua aplicação):</b></p> <p>- Escala de Resiliência de Connor-Davidson</p> <p>- Escala de Stress Percebido</p> <p>- Questionário de Forças Familiares</p> <p>- APGAR Familiar</p> <p>- FACES II</p> <p>- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe</p> <p><b>3ª Parte: Esclarecimento de dúvidas ou questões</b></p> <p>Há mais algum assunto que queiram abordar?</p>	<p>Estas questões encorajam a grávida a envolver-se de forma personalizada com o bebé já durante a gravidez</p> <p>Se perceção positiva encorajar a partilhá-las enquanto casal</p> <p>Se inexistentes ou negativas:</p> <p>- Incentivar a estar atenta aos movimentos do bebé, as suas reações aos sons, à sua relação com o humor da mãe</p> <p>Se a atitude da grávida for positiva, reforça-la, apontando as vantagens do aleitamento</p> <p>Se a atitude for negativa, incentivar a expressão dos sentimentos negativos, sem julgar</p>
--------------------	--	---	--

<b>Conclusão (5 minutos)</b>		<p>Terminar a entrevista de forma calorosa e positiva, reconhecendo as dificuldades e preocupações discutidas, mas também as soluções, apoios e capacidades identificadas</p> <p>Resumir brevemente os pontos mais importantes da conversa, terminando com comentários genuínos de reforço positivo</p> <p>Expressar a disponibilidade para falar de novo</p> <p>Combinar a próxima visita domiciliária, já para depois do nascimento</p>	
----------------------------------	--	---	--

## APÊNCICE B – GUIÃO DA SEGUNDA ENTREVISTA

**Guião da Segunda Entrevista (continua)**

**Nome da Família:** AS, composta pelo Casal (C) e (M) e a filha (A)

**Local:** Domicílio

**Duração:** 90 minutos

	Objetivos	Questões/Conteúdos	Observações
Introdução (5 minutos)	<p>Promover um ambiente facilitador à livre expressão das vivências experienciadas do casal.</p> <p>Manter proximidade</p> <p>Reforçar a importância do contributo de cada um</p>	<p>Cumprimentar a Família</p> <p>Agradecer a receção no seu domicílio</p> <p>Clarificar e desenvolver objetivos da consulta de enfermagem;</p> <p>Informar acerca da estrutura da entrevista;</p> <p>Disponibilização para eventuais esclarecimentos de dúvidas.</p> <p>Reforçar que o sigilo será mantido em todo o processo</p>	<p>Utilizar postura e linguagem adequada</p> <p>Mostrar interesse, disponibilidade e cuidado</p> <p>Escuta ativa</p> <p>Respeitar e aceitar incondicionalmente a estrutura única de cada membro (compreensão empática)</p> <p>Manter autenticidade</p> <p>Envolver os dois membros do casal respeitando a sua vontade</p>
Desenvolvimento (70 minutos)	<p>Conhecer a sua experiência através de questões abertas</p> <p>Avaliação familiar através de escalas</p>	<p><b>1ª Parte:</b></p> <p><b>Nascimento</b></p> <p>- Como foi o nascimento?</p> <p><b>Saúde Psicológica</b></p> <p>- Como se sentem agora com a vossa bebé?</p> <p><b>Resposta e Suporte da Família</b></p> <p>- Como é que a chegada da bebé afetou os outros membros da família? Como foi a reação do pai? E dos avós?</p> <p><b>Preocupação dos Pais com a Bebé</b></p> <p>- O que acham do desenvolvimento da bebé e do seu bem-estar?</p> <p>- O que pensam que poderá ser feito para melhorar o seu bem-estar?</p> <p><b>Perceção dos Pais sobre a sua Criança</b></p> <p>Como é a vossa bebé?</p> <p>- Em que área é que a vossa bebé tem mais dificuldade?</p> <p><b>Interação Pais-Bebé</b></p> <p>- Como alimenta a bebé? Como tem decorrido?</p> <p>- Quantas vezes alimenta a bebé?</p> <p>- Como é o sono da bebé (durante quanto tempo, quando, qual o padrão)?</p> <p>- O que pensam que poderá ajudar a bebé a dormir? Já tentaram encontrar alguma solução?</p>	<p>Encorajar a mãe e o pai a falar livremente</p> <p>Sentimentos positivos devem ser valorizados e encorajados a partilhá-los enquanto casal e família</p> <p>Sentimentos negativos, devem também ser explorados e compreendidos mais profundamente e encorajar a partilha com mais tempo:</p> <p>- Encorajar a partilha de sentimentos entre o casal</p> <p>- Encorajar a pensar no desenvolvimento da criança e nos modos de cuidar dela, fornecendo informações relevantes e se necessário dar suporte à sua função materna e paterna</p> <p>- Se necessário referenciar para apoio psicológico</p>

(continua)

#### **Comunicação Casal-Bebé**

- Conseguem dizer, pelo choro da vossa bebé, se ela está zangada? É diferente do choro que tem quando está simplesmente desconfortável?
- Provavelmente, vão perceber que o choro da vossa bebé tem diferentes significados
- Com a vossa resposta, podem mostrar-lhe que perceberam a mensagem
- Passam algum tempo a falar-lhe? Falem-me acerca disso

#### **Recursos Emocionais dos Pais para com a Criança**

- A vossa bebé chora de tal forma que é difícil confortá-la ou acalmá-la?
- Falem-me acerca da última vez que aconteceu e o que fizeram quando isso aconteceu.
- Há mais alguém por perto que possa ajudar?

#### **Situação Financeira**

A última vez que nos encontrámos, pensaram que não podiam existir problemas financeiros. Como é que está a situação agora?

#### **Acontecimentos de Vida**

- Da última vez a Sra. (C) referiu preocupação com estado de saúde da sua mãe. Como é que se sente agora em relação à situação?
- Aconteceu-lhe alguma coisa ainda mais importante que o nascimento da vossa bebé desde a última vez que falámos?
- Aconteceu alguma coisa que vos possa afetar ou à bebé?

#### **2ª Parte:**

#### **Avaliação do recém-nascido**

- Teste de Guthrie vulgar teste do Pezinho
- Exame físico da bebé (avaliação do peso, coto umbilical, pele...) e ensino e treino de algumas competências
- Avaliar amamentação (posição, pega, reflexo de sucção e deglutição)
- Explicação para a perda fisiológica de peso
- Cólicas
- Vacinação

#### **Avaliação Puérpera**

- Avaliação perineal e mamária (mastite, ingurgitamento, fissuras)
- Amamentação
- Adaptação
- Uso de Contracetivos

**3ª Parte:** Esclarecimento de dúvidas ou questões

Reforço positivo sobre a escolha do aleitamento materno e as suas vantagens para a bebé e mãe

<b>(conclusão)</b>		Há mais algum assunto que queiram abordar?	
<b>Conclusão (5 minutos)</b>		<p>Terminar a entrevista de forma calorosa e positiva, reconhecendo as dificuldades e preocupações discutidas, mas também as soluções, apoios e capacidades identificadas</p> <p>Resumir brevemente os pontos mais importantes da conversa, terminando com comentários genuínos de reforço positivo</p> <p>Expressar a disponibilidade para falar de novo</p> <p>Informar sobre as próximas consultas de enfermagem e médica na unidade</p>	

## ANEXOS

**ANEXO I – FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (FACES II)  
PREENCHIDA**

ANEXO IA) - Preenchida pela Sra. (C)

ANEXO IB) - Preenchida pelo Sr. (M)

ANEXO IA – FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (FACES II)  
PREENCHIDA PELA SRA. (C)

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar  
(Family Adaptability and Cohesion Scale II – FACES II)

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões. Por favor responda a todas as questões!

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às Vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	<del>5</del>
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	<del>4</del>	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	<del>4</del>	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	<del>5</del>
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	<del>5</del>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	<del>3</del>	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	<del>5</del>
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	<del>4</del>	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	<del>1</del>	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	<del>4</del>	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	<del>5</del>
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	<del>1</del>	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	<del>4</del>	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	<del>4</del>	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	<del>1</del>	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	<del>5</del>
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	<del>4</del>	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	<del>4</del>	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	<del>4</del>	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	<del>4</del>	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	<del>3</del>	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	<del>4</del>	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	<del>5</del>
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	<del>3</del>	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	<del>1</del>	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	<del>5</del>
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	<del>5</del>
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<del>1</del>	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	<del>4</del>	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	<del>1</del>	2	3	4	5

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

ANEXO IB) – FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (FACES II)  
PREENCHIDA PELO SR. (M)

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar  
(Family Adaptability and Cohesion Scale II – FACES II)

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões. Por favor responda a todas as questões!

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às Veze 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

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

**ANEXO II – ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN PREENCHIDA**

## ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (Smilkstein, 1978)

Permite avaliar a funcionalidade da família, deve ser aplicado a cada membro individualmente.

O APGAR familiar avalia:

A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber;

P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis;

A– AFECTO (affection) – abarca a satisfação do individuo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interações familiar;

R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem.

**Apgar Familiar De Smilkstein**

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
<b>TOTAL:</b>	10 Pontos - Família altamente funcional		

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção

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

**ANEXO III – QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES PREENCHIDO**

**Questionário de Forças Familiares**  
(Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)

Cód.: \_\_\_\_\_

Segue-se uma listagem de coisas que por vezes acontecem nas famílias.  
Por favor, assinale em que medida considera que as características descritas são parecidas com as da sua família.

Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua opinião.

**Por favor, não coloque o seu nome no questionário.**

Responda a cada um dos itens que se seguem, fazendo-lhe corresponder uma das opções apresentadas:

	Nada parecidas	Pouco parecidas	Mais ou menos parecidas	Bastante parecidas	Totalmente parecidas
1. Na minha família somos optimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas.	1	2	3	4	5
3. Na minha família somos muito unidos.	1	2	3	4	5
4. Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião.	1	2	3	4	5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto.	1	2	3	4	5
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar.	1	2	3	4	5
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si.	1	2	3	4	5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.	1	2	3	4	5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas.	1	2	3	4	5
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros.	1	2	3	4	5
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer.	1	2	3	4	5
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir.	1	2	3	4	5

Lucas, C. S. F. D. S. (2012). Resiliência familiar em contexto de pobreza urbana: A percepção das famílias sobre forças familiares, resiliência individual e stress percebido (Doctoral dissertation).

13. Na minha família fazemos coisas e actividades em conjunto.	1	2	3	4	5
14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir.	1	2	3	4	5
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros.	1	2	3	4	5
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto.	1	2	3	4	5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos.	1	2	3	4	5
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas.	1	2	3	4	5
19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge.	1	2	3	4	5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar.	1	2	3	4	5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão.	1	2	3	4	5
22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda.	1	2	3	4	5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades.	1	2	3	4	5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes.	1	2	3	4	5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz.	1	2	3	4	5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos.	1	2	3	4	5
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece.	1	2	3	4	5
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros.	1	2	3	4	5
29. Na minha família as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto.	1	2	3	4	5

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

Copyright 2011 by Ana Melo & Madalena Alarcão

Lucas, C. S. F. D. S. (2012). Resiliência familiar em contexto de pobreza urbana: A percepção das famílias sobre forças familiares, resiliência individual e stress percebido (Doctoral dissertation).

ANEXO IV – ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNOR-DAVIDSON PREENCHIDA

**Connor-Davidson – Escala de Resiliência  
(CD-RISC)**

Cód. \_\_\_\_\_

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes informações enquanto se aplicam à sua realidade e a si neste **último mês**. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

Não existem respostas certas ou erradas, dê apenas a sua opinião.

**Por favor, não coloque o seu nome no questionário.**

Responda a cada um dos itens que se seguem, fazendo-lhe corresponder uma das opções apresentadas:

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1. Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	0	1	2	3	4
2. Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	0	1	2	3	4
3. Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	0	1	2	3	4
4. Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	0	1	2	3	4
5. Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	0	1	2	3	4
6. Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	0	1	2	3	4
7. Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	0	1	2	3	4
8. Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	0	1	2	3	4
9. Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	0	1	2	3	4
10. Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	0	1	2	3	4

Lucas, C. S. F. D. S. (2012). Resiliência familiar em contexto de pobreza urbana: A percepção das famílias sobre forças familiares, resiliência individual e stress percebido (Doctoral dissertation).

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
11. Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	0	1	2	3	4
12. Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13. Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14. Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	0	1	2	3	4
15. Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem as decisões.	0	1	2	3	4
16. Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	0	1	2	3	4
17. Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18. Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	0	1	2	3	4
19. Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	0	1	2	3	4
20. Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	0	1	2	3	4
21. Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	0	1	2	3	4
22. Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	0	1	2	3	4
23. Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24. Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	0	1	2	3	4
25. Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	0	1	2	3	4

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Copyright © 2001, 2003, 2007 By Kathryn M. Connor, M.D.  
and Jonathan R.T. Davidson, M.D.  
Tradução Anjos, J.F. e Ribeiro, M.T. 2009

Lucas, C. S. F. D. S. (2012). Resiliência familiar em contexto de pobreza urbana: A percepção das famílias sobre forças familiares, resiliência individual e stress percebido (Doctoral dissertation).

#### **Avaliação da Escala de Resiliência por Subescalas:**

**Competência pessoal, Padrões elevados e tenacidade:** Pretende avaliar o sentido de poder e adesão a um objetivo quando defrontados com situações de adversidade (e.g. “Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças”), sendo composta por nove itens (1, 10, 11, 12, 17, 22, 23, 24 e 25);

Item	Pontos
1	2
10	2
11	3
12	2
17	2
22	1
23	2
24	2
25	3

Cotação:19, Máximo:36

**Confiança nos seus instintos, tolerância a afetos negativos e efeitos fortalecedores do stress:** Afere a capacidade de manter a calma e ser rápido na tomada de decisão, perante situações de stress (e.g. “Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida”), sendo composta por nove itens (4, 7, 8, 14, 15, 16, 18, 19 e 20);

Item	Pontos
4	1
7	2
8	2
14	2
15	1
16	2
18	2
19	2
20	2

Cotação:16, Máximo:36

**Aceitação positiva da mudança e relações seguras:** Refere-se à capacidade de adaptabilidade do sujeito (e.g. “Eu tenho pelo menos uma relação forte e segura que me ajuda quando estou sob stress”), sendo composta por quatro itens (2, 5, 6 e 13);

Item	Pontos
2	3
5	2
6	2
13	2

Cotação: 9; Máximo: 16

**Influência espiritual:** Avalia a fé em Deus e no destino (e.g. “Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar”), sendo composta por três itens (3, 9 e 21).

Item	Pontos
3	1
9	2
21	3

Cotação: 6; Máximo: 12

ANEXO V – ESCALA DE STRESS PERCECIONADO PREENCHIDA

ESP

Cód. \_\_\_\_\_

As perguntas da presente escala questionam-no(a) sobre os seus sentimentos e pensamentos **durante o último mês**. Para cada questão, ser-lhe-á pedido que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira. A sua resposta deverá ser uma estimativa e não uma contabilização do acontecido no mês passado. Não existem respostas certas ou erradas, dê apenas a sua opinião.

**Por favor, não coloque o seu nome no questionário.**

Responda a cada um dos itens que se seguem, fazendo-lhe corresponder uma das opções apresentadas:

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. No último mês, com que frequência ficou aborrecido(a) por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	0	1	2	3	4
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e stressado(a)?	0	1	2	3	4
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante em relação à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0	1	2	3	4
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a decorrer conforme pretendia?	0	1	2	3	4
6. No último mês, com que frequência verificou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	0	1	2	3	4
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida?	0	1	2	3	4
8. No último mês, com que frequência sentiu que estava "em cima do acontecimento"?	0	1	2	3	4
9. No último mês, com que frequência se sentiu enraivecido(a) por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	0	1	2	3	4
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades, se estavam a acumular de tal modo que não as iria conseguir resolver?	0	1	2	3	4

(C) Cohen, Kamarek & Mermelstein (1983)  
(T) Rocha & Ribeiro (2008) in Rocha (2009)

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Lucas, C. S. F. D. S. (2012). Resiliência familiar em contexto de pobreza urbana: A percepção das famílias sobre forças familiares, resiliência individual e stress percebido (Doctoral dissertation).

ANEXO VI – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE PREENCHIDA

## Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

Score de 150 a 200 pontos – 37% de probabilidade de ocorrência de doença

Score de 200 a 300 pontos – 50% de probabilidade de ocorrência de doença

Score superior a 300 pontos – 80% de probabilidade de ocorrência de doença

Fonte: Figueiredo (2009) Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

ANEXO VII – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

## Escala Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

### ANEXO 3

#### Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

41

*Edinburgh Postnatal Depression.* Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky.  
British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child-bearing women and matched controls.* Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: Carla Raquel da Silva Alves  
Data: 21/07/22  
Idade do bebé: 1 mês e 1 dia.  
Pontuação: \_\_\_\_\_  
Aplicador da escala: \_\_\_\_\_

**Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.**

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

**Nos últimos 7 dias:**

1. **Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.**

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. **Tenho tido esperança no futuro.**

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. **Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.**

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.**

- Não, nunca  
Quase nunca  
Sim, por vezes  
Sim, muitas vezes

**5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.**

- Sim, muitas vezes  
Sim, por vezes  
Não, raramente  
Não, nunca

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.**

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las  
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes  
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente  
Não, resolvo-as tão bem como antes

**7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.**

- Sim, quase sempre  
Sim, por vezes  
Raramente  
Não, nunca

**8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.**

- Sim, quase sempre  
Sim, muitas vezes  
Raramente  
Não, nunca

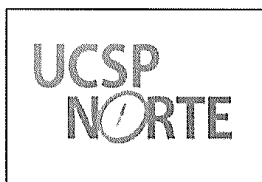
**9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.**

- Sim, quase sempre  
Sim, muitas vezes  
Só às vezes  
Não, nunca

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.**

- Sim, muitas vezes  
Por vezes  
Muito raramente  
Nunca

**ANEXO VIII – CONSENTIMENTO VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM**



**Consentimento Visitação Domiciliária de Enfermagem**

Eu, Cc \_\_\_\_\_, AUTORIZO a  
**Visitação Domiciliária de Enfermagem** ao meu/meus Recém-nascido/s e à minha Família,  
antes e após o nascimento, preferencialmente até ao 15º dia.

Declaro que fui informada dos procedimentos no âmbito desta visita.

Carvide, 14 de Junho 2022

Cc \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE II**

FOLHETO INFORMATIVO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA

## Parabéns a toda a família!



### O vosso bebé já nasceu?

Pode solicitar o apoio da sua Enfermeira de Família, para a visita domiciliária até aos 15 dias de vida do recém-nascido, na sua casa após o parto.

Peça informação durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou contacte a sua Enfermeira de Família para planeamento da Visita Domiciliária!



Sede Monte Redondo – 244 685 692  
Polo Monte Real Carvide – 244 612 841  
Polo Coimbra – 244 606 450  
Polo Bajouca – 244 684 308

## Papás Cheguei! ...

**e agora?**

### Visita Domiciliária Ao recém-nascido e puérpera

### Objetivos principais da visita domiciliária

O nascimento de uma criança gera um conjunto de alterações na estrutura familiar. Este período é de grande felicidade, mas também é acompanhado de preocupações e ansiedade em relação ao novo papel dos membros da família. Caracteriza-se por uma acentuada aprendizagem e necessidade de educação em muitas áreas, até agora, desconhecidas pelos pais.

A ansiedade e preocupação com o novo papel nos primeiros dias de vida do recém-nascido, é normal e faz parte do processo de adaptação a esta nova fase da vida!

A visita domiciliária realizada pela sua Enfermeira de Família é um momento excelente e descontraído, para calmamente serem tiradas todas as suas dúvidas e realizados ensinamentos materno-infantis de acordo com as necessidades encontradas.

Pretendemos que se sintam mais seguros e ganhem maior confiança ao cuidar do vosso bebé!



### Cuidados ao Bebé

Educação Para a Saúde sobre:

- Alimentação
- Banho e Conforto ao Bebé
- Vacinação
- Vigilância de Saúde do Bebé
- Planeamento e Encaminhamento de Consultas
- Precauções de segurança.
- Outros esclarecimentos.



### Cuidados à Mãe/Casal/Família

- Realização do penso e/ou extração de pontos da sutura

Educação para a Saúde sobre:

- Cuidados na Amamentação
- Planeamento Familiar
- Vacinação
- Planeamento de Consultas



... entre outros cuidados

## APÊNDICE III

### SESSÃO FORMAÇÃO:

- PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO: PARAMETRIZAÇÃO DO SCLÍNICO
- VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA
- PANFLETO INFORMATIVO VISITA DOMICILIÁRIA RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA

# ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE FAMILIAR

## Padrões de Documentação: Parametrização do SClinico CSP Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

Elaborado por: Carina Carvalho, Helena Lobo  
Enfermeiras Orientadoras: Alexandra Remígio, Cláudia Santos

janeiro 2023 1



## SUMÁRIO

1. Introdução
2. Objetivos
3. Breve definição de Enfermagem de Saúde familiar
4. Padrões de documentação
5. Visita domiciliária ao recém nascido e à puérpera
  - 5.1. Registos
  - 5.2. Indicadores
  - 5.3. Panfleto informativo
6. Conclusão
- Bibliografia

2

## OBJETIVOS

### GERAL:

- Promover a uniformização dos registos no Sclínico na área de Enfermagem especializada em Saúde Familiar.

### ESPECÍFICOS:

- Refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados em Saúde Familiar;
- Descrever o Processo de Enfermagem de Família;
- Sensibilizar para a importância dos registos de enfermagem nos sistemas de informação;
- Caracterizar a Visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera como exemplo de intervenção e registos na área da Saúde familiar.

3

## Enfermagem Saúde Familiar

### Família

Não existe uma definição universal de família. Esta tem vindo a evoluir ao longo do tempo e com o contexto cultural e sociodemográfico.

Relvas e Alarcão (2002) definem família como um **sistema** vivo e aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é mais que a soma de todas as partes, e onde se estabelece entre os elementos que a constituem um sentimento de pertença.

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

4

## Enfermagem Saúde Familiar



Segundo Hanson (2005), **saúde familiar** é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.

A inclusão da família como foco dos cuidados de enfermagem teve o seu início nas metas de Saúde 21, estabelecidas pela OMS para o século XXI, em 2000, reconhecendo que a família é uma unidade chave na melhoria da saúde na Região Europeia, uma vez que é no seu seio que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes, ou não, a estilos de vida saudáveis. Estas orientações fundamentam o conceito do Enfermeiro de Família, que foi referenciado pela primeira vez na Declaração de Munique em 2000.

Com este paradigma dá-se uma evolução na Enfermagem de Família em todo o mundo. A meta 15 realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP.

5

## Abordagem Sistémica da Família



Na visão sistémica, a família é considerada como algo mais do que a soma dos indivíduos que a compõem: como um sistema de interações que supera e articula dentro dela os vários elementos individuais;

Deste modo, a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida da família como grupo é necessária para a compreensão do comportamento de cada um dos membros que a formam;

O grupo familiar é um sistema entre sistemas, e é essencial o estudo das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros.

Alarcão, 2002

6

## Enfermagem Saúde Familiar



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

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

7

## Enfermagem Saúde Familiar

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

8

## Processo de Enfermagem de Família

É um processo sistemático e dinâmico no sentido de promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado para os resultados.


- sistemático pela sua abordagem de resolução de problemas,
- interativo pela interação com o cliente dos cuidados
- flexível porque permite a adaptação a todos os contextos de cuidados.

Alfaro-LeFevre(2002)

9

## Processo de Enfermagem de Família

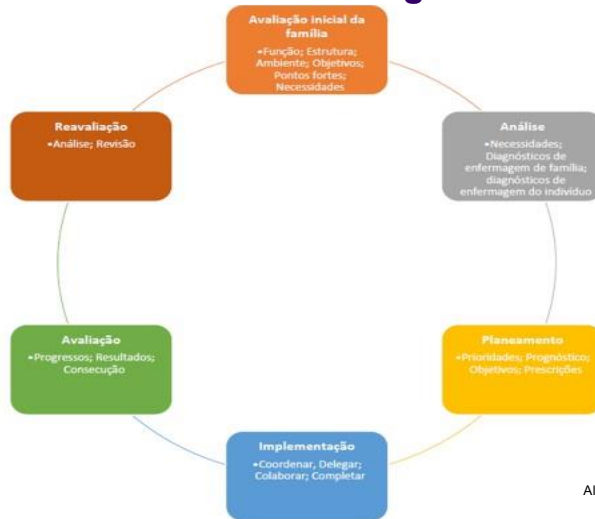
A sua aplicação de modo sistemático, planeado e dinâmico possibilita aos enfermeiros:

- Identificar  
Compreender  como as famílias respondem aos problemas de saúde  
Descrever
- Determinar que aspetos dessas respostas necessitam de cuidados profissionais específicos.
- Permite a organização dos processos de pensamento:
  - Planificação dos cuidados a desenvolver, com base num a abordagem colaborativa com a família,
  - Permite a coevolução processual

**A utilização do processo de enfermagem promove um cuidado humanizado.**

10

## Processo de Enfermagem de Família



Alfaro-LeFevre(2002)

## Processo de Enfermagem de Família

O processo de enfermagem integrará dois níveis:

- um dirigido aos membros individualmente
- outro dirigido aos subsistemas e às dimensões internacionais do sistema .

Esta conceção, inerente aos níveis em que a ênfase é colocada nas interações e reciprocidade do sistema, implica maior complexidade do processo de cuidar.

Friedman&Levaq(1998)

12

## Padrões de documentação Sistemas de Informação em Enfermagem

Os sistemas de informação em enfermagem (SIE)



Tomada de decisão dos enfermeiros



- Continuidade
- Acessibilidade
- Qualidade.



Informação sobre os cuidados prestados

**Ferramenta essencial para a gestão eficiente dos serviços de saúde**

13

# Sistemas de Informação em Enfermagem

Maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde :

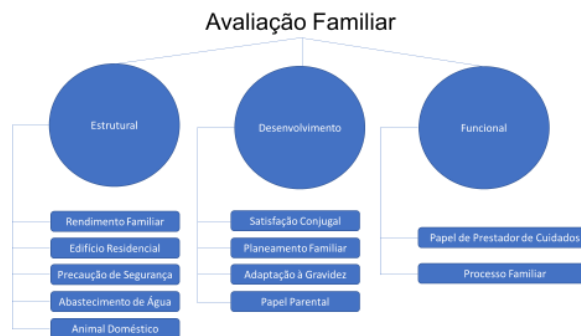
- Produção automática de indicadores
- Desenvolvimento de investigação
- Monitorização da qualidade
- Formação
- Financiamento
- Decisão de políticas de saúde
- Comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional
- Prática baseada na evidência



Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®

14

# Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2011)

15

# Sistemas de Informação em Enfermagem

## MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

Enfermagem de saúde familiar

**A) TAXAS DE AVALIAÇÃO**

**a. Dimensão Estrutural**

Nº de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

**b. Dimensão Desenvolvimento**

Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100  
 Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100  
 Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100  
 Nº de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

**c. Dimensão Funcional**

Nº de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100  
 Nº de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

**B) TAXAS DE PREVALÊNCIA**

Nº de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100  
 Nº de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100

16

# Processo Clínico da Família

The screenshot shows the 'Processo Clínico da Família' software interface. At the top, there are tabs for 'CONTACTOS', 'UTENTES', 'FAMÍLIAS', and 'COMUNIDADES'. The main area features a calendar for January 2023, with a grid of dates. A table below the calendar lists appointments with columns for 'Data', 'Hora', 'Consulta/Contacto', and 'Profissional'. The table shows an appointment on 05-01-2023 at 00:00 for 'Consulta de Enfermagem' by 'Helena Lobo'. At the bottom, there are sections for 'CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS' and 'ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS'.

# Processo Clínico da Família

## Família

The screenshot shows the 'Processo Clínico da Família' software interface with the 'FAMÍLIAS' tab selected. The main area displays family information, including 'Nº Processo', 'Morada', 'Nº Telefone', and 'Cód. Postal'. Below this, there is a section for 'Família' with a list of names. At the bottom, there are sections for 'CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS' and 'ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS'.

## Processo Clínico da Família

Abrir contacto

19

## Processo Clínico da Família

Programa de Saúde da família

20

## Processo Clínico da Família

Avaliação Inicial

21

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**  
Nome: TRV: [redacted] Nº Utilizador: [redacted] Nº Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
  - Situações de urgência
    - Centro de Saúde/BSU
    - Hospital
    - Serviço privado/ambulatório
    - Outros
  - Cuidados solicitados no CS
    - Situação de doença
    - Consulta de vigilância
    - Prescrições/medicamentos
    - Vacinação
    - Apoio domiciliário
    - Tratamentos
    - Observações
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

**POR PROGRAMA**  
Serviço: UCSP ATLÁNTICA Nº Contacto: 1072215 Processo Familiar

Registado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipos: [redacted] Agendado: [redacted]

Vigilância Médica: [redacted]

Societários: [redacted]

ACT O: [redacted]

22

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**  
Nome: TRV: [redacted] Nº Utilizador: [redacted] Nº Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
  - Situações de urgência
    - Centro de Saúde/BSU
    - Hospital
    - Serviço privado/ambulatório
    - Outros
  - Cuidados solicitados no CS
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
  - Tipo de família
  - Ciclo Vida Familiar (Duras)
  - Rendimentos
  - Apoio social
  - Observações
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- PRESTADOR DE CUIDADOS
- OUTRAS SITUAÇÕES

**POR PROGRAMA**  
Serviço: UCSP ATLÁNTICA Nº Contacto: 1072215 Processo Familiar

Registado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipos: [redacted] Agendado: [redacted]

Vigilância Médica: [redacted]

Societários: [redacted]

ACT O: [redacted]

23

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**  
Nome: TRV: [redacted] Nº Utilizador: [redacted] Nº Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
  - Tipo
  - Número de divisões
  - Número de quartos
  - Casa de banho
  - Localização casa de banho
  - Observações
  - Abastecimento de água
  - Estatamento básico
  - Electricidade
  - Conservação da habitação
  - Higiene da habitação
  - Observações gerais
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA

**POR PROGRAMA**  
Serviço: UCSP ATLÁNTICA Nº Contacto: 1072215 Processo Familiar

Registado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipos: [redacted] Agendado: [redacted]

Vigilância Médica: [redacted]

Societários: [redacted]

ACT O: [redacted]

24

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**

Nome: TRV [redacted] A N° Utilizador: N° Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
  - Adesão a imunização (17-18 A)
  - Doenças crónicas/capacidades
  - Observações
  - Dependentes: Auto Cuidado
  - Dependentes: Cuidado Doméstico
  - Exercício: Cuidado Doméstico
  - Adaptação da habitação
  - Observações gerais
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- PRESTADOR DE CUIDADOS
- OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: Data: Hora:

**POR PROGRAMA**

Serviço: UCSP ATLÁNTICA N° Contacto: 1072216 Processo Familiar

25

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**

Nome: TRV [redacted] A N° Utilizador: N° Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
  - Uso de tabaco
  - Uso de álcool
  - Uso de drogas
  - Observações gerais
- PRESTADOR DE CUIDADOS
- OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: Data: Hora:

**POR PROGRAMA**

Serviço: UCSP ATLÁNTICA N° Contacto: 1072216 Processo Familiar

26

## Avaliação Inicial

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**

Nome: TRV [redacted] A N° Utilizador: N° Processo: [redacted]

**ITEMS A AVALIAR**

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- PRESTADOR DE CUIDADOS
  - Papéis (especificar)
  - Homostreigação
  - Parentesco
  - Estrutura
  - Profissão
  - Contacto (telefone)
  - Observações gerais
- OUTRAS SITUAÇÕES
  - Observações

Registado por: Data: Hora:

**POR PROGRAMA**

Serviço: UCSP ATLÁNTICA N° Contacto: 1072216 Processo Familiar

27

# Processo Clínico da Família

# Processo Clínico da Família

## Escala de Graffar

Escala de Graffar

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Class	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gr. Técnicos e profissionais;</li> <li>Gestores de topo do setor público ou privado (&gt;500 empregados);</li> <li>Professores Universitários (com Doutoramento);</li> <li>Engenheiros (Ciências/Matemática);</li> <li>Profissionais liberais de topo;</li> <li>Altos dirigentes públicos;</li> <li>Médicos Industriais e Comerciantes;</li> <li>Dirigentes de médias empresas;</li> <li>Agricultores/Proprietários;</li> <li>Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado;</li> <li>Oficiais das Forças Armadas;</li> <li>Professores Liberais;</li> <li>Professores do Ensino Básico;</li> <li>Professores do Ensino Secundário;</li> <li>Professores Universitários (1º Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Licenciatura;</li> <li>Mestrado;</li> <li>Doutoramento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lucros de empresas, de propriedades, Heranças;</li> <li>Rendimentos profissionais de elevado nível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona de residência elegante.</li> </ul>	5-9	I Classe Alta
2ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos Industriais e Comerciantes;</li> <li>Dirigentes de médias empresas;</li> <li>Agricultores/Proprietários;</li> <li>Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado;</li> <li>Oficiais das Forças Armadas;</li> <li>Professores Liberais;</li> <li>Professores do Ensino Básico;</li> <li>Professores do Ensino Secundário;</li> <li>Professores Universitários (1º Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacharelato ou Curso Superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Altos vencimentos e honorários (&gt;10 vezes o salário mínimo nacional).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar bastante espaços e confortáveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bom local.</li> </ul>	10-13	II Classe Média Alta
3ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pequenas indústrias e Comerciantes;</li> <li>Quadros médios, chefes de secção;</li> <li>Emp. Escritório (grau);</li> <li>Médicos Agrícolas;</li> <li>Sargentos e equiparados;</li> <li>Pequenos Agricultores/Banheiros;</li> <li>Emp. Escritório (grau);</li> <li>Quadros semi-qualificados;</li> <li>Funcionários públicos e membros das Forças Armadas ou militares (grau);</li> <li>22-25</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12ª ano;</li> <li>8 ou mais anos de escolaridade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vencimentos certos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona intermédia.</li> </ul>	14-17	III Classe Média
4ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pequenos agricultores/banheiros;</li> <li>Emp. Escritório (grau);</li> <li>Quadros semi-qualificados;</li> <li>Funcionários públicos e membros das Forças Armadas ou militares (grau);</li> <li>22-25</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escaridade ≈ 4 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remuneração inferior ao salário mínimo nacional;</li> <li>Vencimentos incertos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barro social/operário;</li> <li>Zona antiga.</li> </ul>	18-21	IV Classe Média Baixa
5ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agricultores agrícolas;</li> <li>Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não sabe ler ou escrever;</li> <li>Escaridade &lt; 4 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência (subsídios)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impróprio (barraca, andar ou outro);</li> <li>Casitação de várias famílias em situação de promiscuidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barro de lata ou equivalente.</li> </ul>	22-25	V Classe Baixa

# Processo Clínico da Família

## Escala de Graffar

# Processo Clínico da Família

Rendimento familiar



The screenshot shows a software interface for 'Rendimento familiar'. It features a list of interventions on the left, a central window for 'Registo de Intenções do Tipo VGMAR', and a calendar view on the right. A purple callout bubble with the text 'Rendimento Familiar' is overlaid on the calendar area.

31

# Processo Clínico da Família

Rendimento familiar



The screenshot shows a software interface for 'Rendimento familiar'. It features a list of interventions on the left, a central window for 'Intenções do Tipo', and a calendar view on the right. The calendar view shows a list of dates and times for interventions.

32

# Processo Clínico da Família

Rendimento familiar



The screenshot shows a software interface for 'Rendimento familiar'. It features a list of interventions on the left, a central window for 'Registo da Escala Rendimento', and a calendar view on the right. The calendar view shows a list of dates and times for interventions.



# Processo Clínico da Família



## Habitação - Graffar

Processo Familiar

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Parentesco	Número Família	Endereço Família	Idade	Sexo	Idade
PRIMEIRO TITULAR					CARLIA MARINA	42	F	57
PRIMEIRO FILHO					CARLIA MARINA	5	M	21

Edifício residencial

Habituação: Diferir, C. Oficial, Tipo de Família, Risco Familiar, Risco Familiar Segura Diferir

Regime de ocupação: Alugamento mútuo, Alugamento, Contratação, Desconhecido, Outro, Próprio, Moradia, Outro, Quantidade de casa, Sem alojamento

Regime de ocupação: Arrendada, Cessão, Desconhecido, Outro, Próprio

Estado geral de conservação: Bom, Desconhecido, Mau, Razoável

Condição: Bom, Desconhecido, Mau, Razoável

Tipologia: Desconhecido, Não aplicável, T0, T1, T2, T3 ou mais

Instalação e equipamento básico: Desconhecido, Insuficiente, Suficiente

Casa de banho: Desconhecida, Fora do alojamento, Instalada, No alojamento

Aquecimento: Central, Desconhecido, Local, Nenhum

Higiene: Boa, Desconhecida, Má, Razoável

Elétrica: Desconhecido, Não, Sim

Barreiras arquitetónicas: No interior, No exterior

Água: Desconhecido, Não, Sim

Distribuição: Desconhecido, Fontanário a - de 100m de casa, Fontanário a + de 100m de casa, Fora do alojamento, No alojamento

Organos: Desconhecido, Particular, Rede pública

Score total

37

# Processo Clínico da Família



## Habitação

Projeto de escala - Habitação

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR: Nome: TRV, Idade: , Nº Utilizador: , Nº Processo:

Habituação: , Data: , Hora:

Registo Escola: # História

GRUPOS: Avaliação de risco habitacional (escala de risco adaptada)

ITEMS DO GRUPO:
 

- Barreiras arquitetónicas: Não, Sim
- Aquecimento: Não, Sim
- Acesso ao gás: Não, Sim
- Higiene da habitação: Não, Sim

PARAMETROS DA ESCALA: Item, Valor

GRUPOS DE SCORE: Grupo, Score

Score total

38

# Processo Clínico da Família



## Intervenções de Diagnóstico

Processo de Diagnóstico

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR: Nome: TRV, Idade: , Nº Utilizador: , Nº Processo:

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE: FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO: Início: 04-01-2022, Fim: 04-01-2022, Todos, Ativar, Inativar

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO:
 

- Avaliar atendimento de água
- Avaliar instalação a gás
- Avaliar capacidade da rede local para fornecer água quente
- Avaliar capacidade da rede local para fornecer água quente
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento do nível risco do paciente tomar conta (m)
- Avaliar conhecimento do nível risco do paciente tomar conta (m)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados como agir
- Avaliar conhecimento sobre gestão de resíduos
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar eficácia do cuidador parental em conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar interação conjugal

Intervenção: Diagnóstico, Avaliação de risco habitacional (escala de risco adaptada)

Resp. Início: , Resp. Término: , Ativar, Inativar

Score total

39

# Processo Clínico da Família

## Habitação

Registo da escala: Habitação\_conhecimento

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR  
 Nome: [Redacted] | Morada: | Nº Utilizador: | Nº Processo: |  
 Habitação\_conhecimento | Data: 04-01-2023 | Hora: 15:10

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS  
 Conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO  
 [X] ESCALA DE HABITAÇÃO (CONHECIMENTO)  
 - Não disponível  
 - Disponível  
 [X] (GOVERNO DA CASA)  
 - Não disponível  
 - Disponível  
 [X] (PERÍODOS DE DEFICIENTE NÍVEL HABITACIONAL)  
 - Não disponível  
 - Disponível  
 [X] (BARREIRAS ARQUITETÓNICAS)  
 - Não disponível  
 - Disponível

ESTRUTURAL  
 Precaução de segurança

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Plano de habitação não segura	Demanda
Governo de casa	Demanda
Plano de habitação seguro habitacional	Demanda
Barreiras arquitetónicas	Demanda

GRUPOS DE SCORE  
 Grupo | Score  
 Conhecimento sobre | 40

Score total: 40

# Processo Clínico da Família

## Habitação

Registo da escala: Habitação

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR  
 Nome: [Redacted] | Morada: | Nº Utilizador: | Nº Processo: |  
 Habitação | Data: 04-01-2023 | Hora: 15:19

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS  
 Análise de barreiras arquitetónicas (construção adaptada)  
 Análise de habitação

ITEMS DO GRUPO  
 [X] (BARREIRAS ARQUITETÓNICAS)  
 [X] (ABASTECIMENTO DE GÁS)  
 [X] (ABASTECIMENTO DE GÁS)  
 [X] (ABASTECIMENTO DE GÁS)

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Abastecimento	Sim
Barreiras arquitetónicas	Sim
Tipo de habitação	Grav. IV
Abastecimento de gás	Não
Seguro de habitação	Sim

GRUPOS DE SCORE  
 Grupo | Score  
 Análise de barreiras arquitetónicas (construção adaptada) | 4  
 Análise de habitação | 1

Score total: 41

# Processo Clínico da Família

## Registo da escala: Abastecimento de água

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR  
 Nome: [Redacted] | Morada: | Nº Utilizador: | Nº Processo: |  
 Abastecimento de água | Data: | Hora: |

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS  
 Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO  
 [X] Tipo de abastecimento de água para consumo  
 - Não tem  
 - Poder público  
 - Poder privado  
 - Poder público  
 - Poder privado  
 [X] Controle de qualidade de água fornecido  
 - Não  
 - Sim  
 [X] Serviço de tratamento de resíduos  
 - Não tem  
 - Poder público  
 - Poder privado

Abastecimento de água

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Sistema de abastecimento de água	Sim

GRUPOS DE SCORE  
 Grupo | Score  
 Sistema de abastecimento de água | 42

Score total: 42



# Processo Clínico da Família

The screenshot shows a software interface for a clinical process. On the left, there is a list of 'INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO' (Diagnostic Interventions) with checkboxes. A central panel shows 'FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO' (Focus of Attention and Diagnosis) with a tree view where 'Animal doméstico' is highlighted. On the right, there is a 'Finalizar "Animal Doméstico"' (Finalize 'Animal Domestic') dialog box with options for 'Negligenciado' (Neglected) and 'Não negligenciado' (Not neglected). The 'Negligenciado' option is selected. Below the dialog, there are fields for 'Data' (Date) and 'Hora' (Time), and a 'Nota a anexar à especificação' (Note to be attached to the specification) field.

# Processo Clínico da Família

## Dimensão estrutural

### Diagnósticos



47

# Processo Clínico da Família

## Satisfação Conjugal

The screenshot shows a software interface for a conjugate satisfaction scale. At the top, there is a header 'Registro da escala: satisfaçãoConjugal'. Below this, there is a 'DESENVOLVIMENTO' (Development) section with a table for 'PARÂMETROS DA ESCALA' (Scale Parameters). The table has columns for 'Item' and 'Valor' (Value). A red oval highlights the text 'Satisfação Conjugal' in the 'Valor' column. On the left, there is a tree view of 'ITEMS DO GRUPO' (Group Items) with categories like 'Função dinâmica', 'Comunicação', 'Intimidade sexual', and 'Função social'. At the bottom, there is a 'GRUPOS DE SCORE' (Score Groups) section with a table for 'Item' and 'Nota' (Note). The 'Score total' (Total Score) is displayed at the bottom right.

48

## Planeamento Familiar

Planeamento Familiar

## Adaptação à Gravidez

Adaptação à gravidez

Adaptação à gravidez

# Processo Clínico da Família

## Papel Parental

The screenshot displays the 'Processo de Enfermagem' interface. The 'PROGRAMAS' section is set to 'Registo de Intervenções do Tipo VOSAP'. The 'INTERVENÇÕES DE' list includes 'Analisar o papel parental' and 'Analisar o papel parental (foco no estabelecimento)'. The 'Análise' window shows 'Com o compromisso do papel parental' and 'Sem o compromisso do papel parental'. The 'Notícia a atualizar a vigiância' window shows the date '10-01-2023' and time '11:27'. The 'Tabela' window shows a list of interventions with columns for 'Todos', 'Ativas', and 'Inativas'. A red callout bubble labeled 'Papel Parental' points to the intervention list.

# Processo Clínico da Família

The screenshot displays the 'Processo de Enfermagem' interface. The 'PROGRAMAS' section is set to 'Registo de Intervenções do Tipo VOSAP'. The 'INTERVENÇÕES DE' list includes 'Analisar o papel de prestador de cuidados' and 'Analisar o papel de prestador de cuidados (foco no estabelecimento)'. The 'Análise' window shows 'Com o compromisso do papel de cuidador' and 'Sem o compromisso do papel de cuidador'. The 'Notícia a atualizar a vigiância' window shows the date '04-01-2023' and time '15:23'. The 'Tabela' window shows a list of interventions with columns for 'Todos', 'Ativas', and 'Inativas'. Three green callout bubbles are present: 'FUNCIONAL' pointing to the intervention list, 'Papel de prestador de cuidados' pointing to the 'Análise' window, and 'Processo Familiar' pointing to the 'Tabela' window.

# Processo Clínico da Família

The screenshot displays the 'Processo de Enfermagem' interface. The 'PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE' section is set to 'FÓRUM DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO'. The 'INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO' list includes 'Analisar o papel de prestador de cuidados' and 'Analisar o papel de prestador de cuidados (foco no estabelecimento)'. The 'Análise' window shows 'Com o compromisso do papel de cuidador' and 'Sem o compromisso do papel de cuidador'. The 'Notícia a atualizar a vigiância' window shows the date '04-01-2023' and time '15:23'. The 'Tabela' window shows a list of interventions with columns for 'Todos', 'Ativas', and 'Inativas'. A green callout bubble labeled 'Papel de prestador de cuidados' points to the intervention list.

## Processo Clínico da Família

Registo da escala PPC\_Camhermento\_tomarConta

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR  
 Nome: [Redacted] Mãe: [Redacted] Nº Utente: [Redacted] Nº Processo: [Redacted]  
 PPC\_Camhermento\_tomarConta Data: 04/07/2023 Hora: 19:23

Registrar Escala [Ativo]

GRUPO: **Conhecimento sobre**

TEMAS DO GRUPO

- ROPAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS
- RETCOMAR CONTAS
- REINFORMAÇÃO DE SAÚDE
- REINFORMAÇÃO COMUNITÁRIA
- REINFORMAÇÃO DE SAÚDE**

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Papel de prestador de cuidados	demonstrado
Tomar conta	demonstrado
Hábitos de saúde	demonstrado
Participação da comunidade	demonstrado
Terceira de saúde	demonstrado

GRUPO DE SCORE

Grupo	Score
<b>Conhecimento sobre</b>	5

Score total: 5

## Processo Clínico da Família

Registo da escala PPC\_capacidade\_tomarConta

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR  
 Nome: [Redacted] Mãe: [Redacted] Nº Utente: [Redacted] Nº Processo: [Redacted]  
 PPC\_capacidade\_tomarConta Data: 04/07/2023 Hora: 19:24

Registrar Escala [Ativo]

GRUPO: **Capacidade para tomar conta**

TEMAS DO GRUPO

- REALIMENTAÇÃO
- REINFORMAÇÃO
- REINFORMAÇÃO
- REINFORMAÇÃO
- REINFORMAÇÃO
- REINFORMAÇÃO DE CONDIÇÕES ASSOCIADAS A PROCESSOS COMUNITÁRIOS**

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Alimentação	demonstrado
Higiene	demonstrado
Observação	demonstrado
Verbalizar	demonstrado
Regime terapêutico	demonstrado
Prevenção de condições associadas a processos comunitários	demonstrado

GRUPO DE SCORE

Grupo	Score
<b>Capacidade para tomar conta</b>	5

Score total: 5

## Processo Clínico da Família

Dimensão funcional:

Papel do prestador de Cuidados  
Diagnósticos



# Processo Clínico da Família

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TR-1

IP processo: [ ] Dia: 04-01-2022

Total intervenções: [ ] Por realizar: [ ]

Ponto: 4792 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Fora (h:m): 04-01-2022 15:00 Data/Fora Terceira

Intervenções da Família	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

Intervenções Heloisa Maria Ferreira Lobo	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

# Processo Clínico da Família

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TR-1

IP processo: [ ] Dia: 04-01-2022

Total intervenções: [ ] Por realizar: [ ]

Ponto: 4792 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Fora (h:m): 04-01-2022 15:00 Data/Fora Terceira

Elementos presentes no contacto

Presença

Intervenções da Família	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

Intervenções Heloisa Maria Ferreira Lobo	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

# Processo Clínico da Família

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TR-1

IP processo: [ ] Dia: 04-01-2022

Total intervenções: [ ] Por realizar: [ ]

Ponto: 4792 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Fora (h:m): 04-01-2022 15:00 Data/Fora Terceira

Intervenções da Família	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

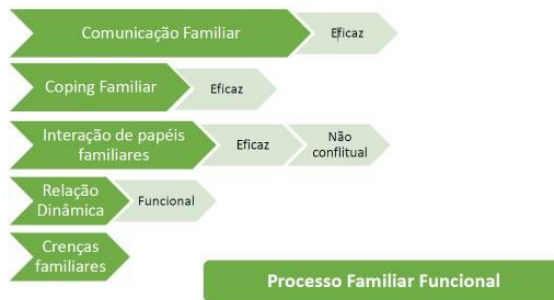
  

Intervenções Heloisa Maria Ferreira Lobo	Especificações
04-01-2022 15:08 Analise habitação	
04-01-2022 15:10 Analise conhecimento sobre prevenção de acidentes	
04-01-2022 15:15 Analise conhecimento sobre habitação	
04-01-2022 15:19 Analise conhecimento de água	
04-01-2022 15:20 Analise conhecimento sobre abastecimento de água	
04-01-2022 15:23 Analise papel do prestador de cuidados	
04-01-2022 15:24 Analise conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise papel do cuidador para tomar conta	
04-01-2022 15:24 Analise capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
04-01-2022 15:26 Encourage a usar os serviços da comunidade	

## Processo Clínico da Família

## Processo Clínico da Família

### Dimensão Funcional: Processo Familiar Diagnósticos



101 62

## Processo Clínico da Família

### Terminar

63

## Visita Domiciliária

Área de intervenção básica das equipas de saúde

Estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital

Primeira linha dos programas prioritários de saúde e bem-estar social



Perspetiva global da família e dos seus recursos que permite atuar de forma holística

Incrementa e potencia o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários no caminho da qualidade assistencial

Trata-se de um instrumento de realização de cuidados no domicílio, sendo constituído por ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde ou para realizar atividades preventivas vinculadas aos programas de saúde.

## Fases Visita Domiciliária

### 1ª Planeamento

- Avaliação dos pedidos de VD e consulta do processo clínico;
- Preparação do material de acordo com a visita a realizar.

### 2ª Execução

- Identificação de problemas/necessidades;
- Definição de objetivos;
- Estabelecimento de prioridades;
- Definição de estratégias e atividades a desenvolver pela enfermeira, sem nunca esquecer o papel do cuidador.

(atender-se de forma prioritária às necessidades sentidas no momento pela família/utente)

## Fases Visita Domiciliária

### 3ª Registo

- Registos no **SClínico** compatíveis com **Consulta de Enfermagem Presencial no Domicílio**.
- O registo administrativo de contacto (RAC) é altamente recomendável nos contatos presenciais.

Embora seja apresentado uma tipologia de registo padrão (caráter orientativo), não significa que tenha que ser registado e avaliado dessa forma. O enfermeiro que realiza a consulta tem autonomia para decidir perante a avaliação do utente quais as áreas que considera prioritárias para avaliação e intervenção.

### 4ª Avaliação

- Permite ao enfermeiro verificar se o método utilizado foi o mais adequado e se foram aplicados os princípios fundamentais da VD (processo de enfermagem), com vista a atingir os objetivos definidos.

## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

- OMS
- Plano Nacional de Saúde (PNS)
- Programa de Saúde Infantil



- ✓ Contribui para a saúde da família
- ✓ Promoção do aleitamento materno

67

## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

A implementação desta boa prática, cuja principal finalidade é **promover a parentalidade** através da prestação de cuidados domiciliários:

- Preenche uma lacuna importante no apoio comunitário;
- Mais-valia para os utilizadores (puérpera/recém-nascido/família);
- Contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se positivamente na qualidade de vida da população abrangida.

68

## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

### □ VD preventiva



Promoção da saúde dos Recém -nascidos, Puérperas/Famílias .

### □ VD para diagnóstico, tratamento e reabilitação



Dar resposta à puérpera ou recém-nascido dependentes, temporariamente ou cronicamente, ou com doença aguda.

69

## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

Fundamental na vigilância e promoção da saúde:

- ✓ Dias seguintes à alta da maternidade;
- ✓ Situações de doença prolongada ou crónica;
- ✓ Casos de crianças, famílias ou situações identificadas como *de risco* (programa saúde Infantil 2013).

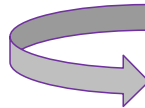


## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera

Deve incluir:

- ✓ Avaliação da dinâmica familiar;
- ✓ Rede de suporte social – familiar, amigos, vizinhos;
- ✓ Primeiro ano de vida, especial atenção ao estado emocional da mãe (pelo risco de depressão pós-parto) ou do principal cuidador.

Encaminhar precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança (programa saúde Infantil 2013)



Equipa multidisciplinar

71



- Prevalência da depressão pós-parto é de 12 a 16% das mães.
- Sobe para 50%, em casos de história anterior de depressão, de depressão anterior no pós-parto, gravidez na adolescência e isolamento social.
- Pode ocorrer no 1º ano de vida, no entanto, a maioria ocorre a partir da 6ª semana do período pós natal.

72

#### EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na deteção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.



## Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

73



## Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera



Os enfermeiros estão aptos para avaliar a mulher, a criança e o ambiente familiar, para responder a perguntas, orientar, e se for necessário, encaminhar para os recursos da comunidade, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

(Lowdermilk & Perry, 2008)

As visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar, garantem uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

Carvalho & Tavares (2010)

74



## Consentimento informado Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Puérpera



#### Consentimento Visitação Domiciliária de Enfermagem

Eu, \_\_\_\_\_, AUTORIZO a  
Visitação Domiciliária de Enfermagem ao meu/meus Recém-nascido/s e à minha Família, após o nascimento, preferencialmente até ao 15º dia.

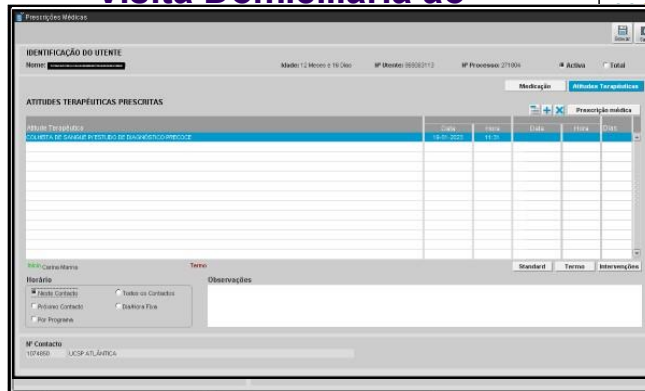
Declaro que fui informada dos procedimentos no âmbito desta visita.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023

Deverá ser entregue em consulta de Saúde Materna (34ª semana) ou no 1º contato após o nascimento.

75

## Visita Domiciliária ao



Nesta visita poder-se-á efetuar o teste do pezinho desde que se cumpra a visita entre o 3º e 6º dia do recém-nascido



Os cuidados básicos na VD, para todos os recém-nascidos e família, de acordo com a OMS e a UNICEF, devem incluir:

- ✓ A promoção e o apoio da amamentação inicial e exclusiva,
- ✓ A promoção da manutenção da temperatura do bebé,
- ✓ Lavagem das mãos;
- ✓ Cuidados ao coto umbilical;
- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Identificação das condições que requerem cuidados adicionais e o aconselhamento sobre quando levar um recém-nascido para um estabelecimento de saúde.

As famílias devem ser informadas por forma a identificarem os sinais de risco e para a necessidade de procura imediata de cuidados se os mesmos estiverem presentes (OMS, UNICEF, 2009),<sup>77</sup>

## Registos VD Recém-nascido - SI

- Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Saúde Infantil
- **1ª Consulta**

Foco	Atividade diagnóstica
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação
Audição	(Foco de atenção) Avaliar audição
Cólica	Avaliar cólica
Desenvolvimento infantil	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil
Ligação mãe-filho	Avaliar ligação mãe-filho (Lactente)
Mamar	Avaliar o mamar
Papel parental	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
Precaução de segurança	Avaliar precaução de segurança
Vinculação	Avaliar comportamentos de vinculação (0-3 meses)
Visão	(Foco de atenção) Avaliar visão

Os focos e atividades diagnósticas sinalizadas na cinza constituem o padrão documental mínimo na mesma área. Embora esteja definido como padrão mínimo não significa que tenha que ser registado e avaliado em todas as consultas.  
O enfermeiro que realiza a consulta tem autonomia para decidir perante a avaliação do utente quais as áreas que considera prioritárias para avaliação e intervenção.

## Registos VD Recém-nascido - SI

### □ VD ao Recém -nascido / Consulta Saúde Infantil

- Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.
- A VD de enfermagem deve ser realizada do 1º ao 14º dia de vida.

79

## Visita Domiciliária à Puérpera

O momento da VD de enfermagem ao recém-nascido coincide com a visita da puérpera, pelo que o agendamento pode ocorrer em simultâneo.

A equipa prestadora de cuidados disponibiliza à puérpera a possibilidade de verbalização de dúvidas quanto à amamentação, às alterações corporais, contração, alterações de estilo vida, de modo a potenciar o seu papel de cuidadora do recém-nascido.



80

## Registos

Programa de Saúde / Prénatal

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [Redacted] Médico: 47 Anos Nº Médico: 275493002 Nº Processo: 79802

Programa de Saúde: Prénatal

Programa	DATA	Terminar	Observar
Saúde da Família	19-07-2022 09:31		
A S R Recém-nascido	19-07-2022 14:38		

Resp. Médico: Carla Maria Resp. Técnico: Observações

e registo do diagnóstico médico de gravidez .

81

## Registos VD Puérpera Revisão Puerpério

- Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (consultas de planeamento familiar, pré-concepcional, saúde materna e revisão de puerpério)

### Consulta de Revisão de Puerpério

Foco	Atividade diagnóstica
Adaptação	Avaliar adaptação
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação
Amamentar	Avaliar o amamentar
Auto Cuidado: Atividade Física	Avaliar auto cuidado: atividade física
Comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde
Edema	Avaliar edema
Excesso de peso	Monitorizar índice de massa corporal
Hipertensão	Monitorizar tensão arterial
Incontinência de stresse	Avaliar incontinência de stresse
Ingurgitamento Mamário	Avaliar ingurgitamento mamário
Mastite da Lactação	Avaliar mastite da lactação
Planeamento Familiar	Avaliar planeamento familiar
Uso de contraceptivos	Avaliar uso de contraceptivos

## Registos VD – Saúde Familiar

- Padrão Registo na Área de Saúde Familiar

Foco	Atividade diagnóstica
Abastecimento de Água	Avaliar abastecimento de água
Adaptação à Gravidez	Avaliar adaptação à gravidez
Animal Doméstico	(Foco de atenção)
Creança Religiosa	Avaliar creança religiosa
Habitação	Avaliar habitação
Papel de Prestador de Cuidados	Avaliar papel de prestador de cuidados
Papel Parental	Avaliar papel parental
Precaução de Segurança	Avaliar precaução de segurança
Processo Familiar	Avaliar processo familiar
Rendimentos	Avaliar rendimentos
Satisfação Conjugal	Avaliar satisfação conjugal
Suporte	Avaliar suporte

83

## Bilhete Identidade De Indicadores

CARINA MARINA LEMOS L  
SANTOS CARVALHO

Unidade Funcional / Polo Hospitalar	Indicador	Mês			
		Métrica	Num.	Den.	Valor
	BI 2013.002.01 FX Taxa de utilização global de consultas médicas		1.039,00	1.563	66,475
	BI 2013.006.01 FX Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos		1.330,00	1.563	85,093
	BI 2013.009.01 FX Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		965,00	1.563	61,740
	BI 2013.100.01 FX Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos		1.396,00	1.563	89,315
	BI 2013.003.01 FX Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos		3,00	1.594	1,882
	BI 2013.001.01 FX Proporção de consultas realizadas pelo MF		2.483,00	2.501	99,280
	BI 2013.005.01 FX Proporção de consultas realizadas pelo EF		1.165,00	1.428	81,697
	BI 2013.294.01 FX Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos		45,00	483	93,168
	BI 2013.015.01 FX Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		5,00	5.100,000	
	BI 2013.004.01 FX Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos		68,00	1.594	42,680

84

# Bilhete Identidade De Indicadores



Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

<b>015</b>	Código 4.42.04	Código SIARS 2013.015.01	Nome abreviado Proporção RN (o domicílio em até 15º dia de vida)
<b>Designação</b> Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliar de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida			
<b>Objetivo</b> Monitorizar os cuidados prestados aos recém-nascidos. Padrões: "domicílios de enfermagem a recém-nascidos"			
<b>Descrição do Indicador</b> Indicador que exprime proporção de recém-nascidos, que tenham pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Numerador: Contagem de recém-nascidos que tenham pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Denominador: Contagem de recém-nascidos.			

## Regras de cálculo

**NUMERADOR (A):**  
Contagem de admissões em que a expressão (A e B) é verdadeira.  
A. Utentes incluídos no denominador.  
B. Com pelo menos um domicílio de enfermagem, nos primeiros 15 dias de vida (ver alíneas A, B e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

**DENOMINADOR (B):**  
Validade: Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2015.  
Contagem de admissões em que a expressão (A e B e C) é verdadeira.  
A. Que cumpriram 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas B, C e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).  
B. Com [inscrição ativa] ou [esperança] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).  
C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

**DENOMINADOR (B):**  
Validade: Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.  
Contagem de admissões em que a expressão (A e B) é verdadeira.  
A. Que cumpriram 30 dias de vida durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).  
B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida (ver alíneas B e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

85

# Bilhete Identidade De Indicadores



## Observações Gerais

A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicílios a recém-nascidos) é necessário que:  
a) O tipo de contacto seja classificado como [domicílio];  
b) Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:  
- D066 [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SCLÍNICO]  
- D011 [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MEDICINEONE]  
B. Para efeitos de contagem das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.  
C. Contabilizam-se consultas que se inscrevem antes do 15º dia de vida na unidade de saúde como [inscrição ativa] (e.g. por o nome ainda não estar registado na conservação do registo civil), desde que o registo de [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa]). Caso o procedimento seja o da atualização do registo "esporádica", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criação será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá um domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida. Assim, o prazo para registo neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 60º dia de vida. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.  
D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 15 dias de vida (e.g. por internamento hospitalar até aos 20 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador). Exceção: se os casos em que a primeira malha de registo se encontra no âmbito do "Nascido Cidadão", incluindo inscrição do recém-nascido no RNU, com posterior migração da informação para o SINUS (com data de inscrição na unidade de saúde igual à data do registo no âmbito do "nascido cidadão"). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.  
E. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".  
F. Contabilizam-se consultas médicas registadas em qualquer unidade funcional do centro de inscrição do recém-nascido (pré-válida para indicadores com data de referência igual ou posterior a janeiro de 2019).

86

# Bilhete Identidade De Indicadores



## Observações Sobre Software

**SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM**  
A. No SCLÍNICO, considere-se domicílio desde que seja selecionado um dos seguintes itens, em [local de consulta], na janela de [definição do contacto]:  
- [Domicílio] (válido desde sempre);  
- [Lar de idosos] (válido a partir de janeiro 2023);  
- [Centro de dia] (válido a partir de janeiro 2023);  
- [Lugar comunitário] (válido a partir de janeiro 2023);  
- [Estabelecimento prisional] (válido a partir de janeiro 2023).  
É irrelevante assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem].  
A consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada].  
**MEDICINEONE**  
A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].  
B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio].

## Período em Análise

**INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"**  
- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.  
- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inclui-se com o nascimento (D1) e termina ao 15º dia de vida (D15).  
**INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"**  
- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.  
- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inclui-se com o nascimento (D1) e termina ao 15º dia de vida (D15).

Formata	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA   00 x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012
Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável	
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2022 [0, 100] Ano de 2023 [0, 100]	Ano de 2022 [0, 100] Ano de 2023 [0, 100]	87

# Bilhete Identidade De Indicadores



PAGINAR POR:	Ano Contratual: 2019	Tipo FVFL: FVDO	Grupo de Indicadores: Áreas Clínicas e Programas   Saúde Infantil e Juvenil	Com ou Sem Edf: TOTAL	Com ou Sem Mdf: TOTAL
Enfermeiro (Nome+Cédula): 37538CARINA MARINA LENCOS L SANTOS CARVALHO					
Unidade Funcional / Polo Hospitalar/Indicador					
	Mês	2022-09			
	Méssua	Num.Ord.	Valor		
02013.057.01 PXP	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	4.00	5.29.000		
02013.057.01 PXP	Proporção crianças com peso e altura em 6º dia	7.00	1705.000		
02013.051.01 PXP	Proporção crianças TA, cf peso e altura (5, 7JA)	15.00	15100.000		

88

# Bilhete Identidade De Indicadores



Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

<b>057</b>	Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.13.01		2013.057.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia
<b>Designação</b>			
Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.			
<b>Objetivo</b>			
Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "realização de diagnóstico precoce".			
<b>Descrição do Indicador</b>			
Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida. Numerador: Contagem de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida. Denominador: Contagem de recém-nascidos.			
<b>Regras de cálculo</b>			
NUMERADOR (A): Contagem de uterinos em que a expressão [A e E] é verdadeira A. Utérinos incluídos no denominador B. Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (B): Validade: Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016. Contagem de uterinos em que a expressão [B e D e C] é verdadeira: A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Com [inscrição ativa] ou [perguntada] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 90 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (E): Validade: Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017. Contagem de uterinos em que a expressão [A e E] é verdadeira: A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).			

89

# Bilhete Identidade De Indicadores



## Observações Gerais

- A. Para efeitos de datação do tempo de vida em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.
- B. Contabilizam-se registos de TSHPKU (ou teste de Guthrie) desde que a respetiva data de realização ocorra até ao 7º dia de vida da criança, e desde que o registo ocorra até 30 dias após a data de referência do indicado. Os registos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou externo da unidade de saúde. Assinalar no registo até ao 17º porque os sistemas locais não registam a hora de nascimento da criança, nem a hora de realização do teste. Desta forma garante-se que os uterinos incluídos no numerador, realizam o exame até, em média, 144 horas (6 dias completos) após a hora de nascimento.
- C. Contabilizam-se crianças que se inscrevem antes do 30º dia de vida na unidade de saúde como residentes (e a por si nome ainda não estar registado na consunferência do registo civil), desde que o registo de [inscrição ativa] seja feito até ao 6º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa]). Caso o procedimento seja o da anulação do registo "hospitalar", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criança será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá o TSHPKU registado. Assim, o prazo para registo neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 6º dia de vida. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.
- D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 30 dias de vida (i.e. por internamento hospitalar até aos 35 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.
- E. O teste do pezinho pode também ser designado por teste de Guthrie.
- F. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de uterinos" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

## Observações Sobre Software

- SCLINICO - PERFIL DE ENFERMAGEM  
A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce], ou através da [janela terapêutica] "COLHEITA DE SANGUE PI ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ" (000004).
- B. São considerados os dados documentados na [avaliação inicial] ou na [janela terapêutica].
- C. O Código ICD na [avaliação inicial] é o "TREMOP".  
SCLINICO - PERFIL MÉDICO  
A. Não existe campo de registo de TSHPKU.  
MEDICINE/ONE  
A. O registo de TSHPKU deve ser feito no módulo de saúde infantil, tabulador [gráfico-natal].

90

# Bilhete Identidade De Indicadores



**Período em Análise**

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"  
 - Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.  
 - Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de TSHPKU inicia-se com o nascimento e termina 30 dias após a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"  
 - Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. São incluídas crianças que completam 30 dias durante o respetivo período em análise.  
 - Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de TSHPKU inicia-se com o nascimento e termina 30 dias após a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceptável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2022 [R4, 100] Ano de 2023 [R4, 100]	Ano de 2022 [R3, 100] Ano de 2023 [R3, 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	30 dias

**Legenda**

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho; RN - Recém-nascidos

91

# Bilhete Identidade De Indicadores



PAGINAR POR: Ano Contratual: 2019 Tipo FX/FL: FLUTUANTE Grupo de Indicadores: Todos os Indicadores Com ou Sem EdF: TOTAL Com ou Sem

1 2 3 4 de 4 páginas

Unidade Funcional / Polo Hospitalar	Indicador	Mês	Métrica	Num.	Den.	Valor
UCSP Albitânia	BIMORB 250 01 FL	Incidência de "osteartrose da anca"		3 001 563	1 919	
	BIMORB 253 01 FL	Incidência de "infecção VIH/SIDA"		0 001 563	0 000	
	BI2013 002 01 FL	Taxa de utilização global de consultas médicas		1 128 001 563	72 169	
	BI2013 006 01 FL	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos		1 330 001 563	85 669	
	BI2013 009 01 FL	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		992 001 563	63 468	
	BI2013 100 01 FL	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm - 3 anos		1 404 001 563	99 827	
	BI2017 330 01 FL	Índice de utilização anual de consultas médicas		2 219 752 601	0 853	
	BI2017 331 01 FL	Índice de utilização anual de consultas enferm.		815 001 590	0 513	
	BI2013 003 01 FL	Taxa de domicílios médicos por 1 000 inscritos		4 400 1 610	2 484	
	BI2013 001 01 FL	Proporção de consultas realizadas pelo MF		3 373 003 391	98 469	
	BI2013 005 01 FL	Proporção de consultas realizadas pelo EF		1 484 001 845	80 976	
	BI2017 335 01 FL	Prop. cons. ind. recet. c/ resposta 3 dias úteis		1 648 001 649	99 939	
	BI2017 342 01 FL	Proporção consul. médic. inic. até <= 15 dias úteis		978 001 088	91 366	
	BI2017 344 01 FL	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.		2 172 003 394	63 995	
	BI2017 345 01 FL	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.		415 001 830	22 678	
	BI2017 346 01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [0; 10h] (Q1)		2 938 005 239	86 076	
	BI2017 349 01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20h] (Q4)		0 005 239	0 000	
	BI2017 348 01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)		892 005 239	17 026	
	BI2017 347 01 FL	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14h] (Q2)		1 409 005 239	26 684	
	BI2013 294 01 FL	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos		76 00	487 156 057	
	BI2013 015 01 FL	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		8 00	8100 000	
	BI2013 014 01 FL	Proporção RN c/ domicílio enf. até 30º dia de vida		10 000 610	47 733	
	BI2013 013 01 FL	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem		7 00	12 58 433	
	BI2013 094 01 FL	Proporção crianças com PNV cumprido ou executado		15 00	15 100 000	
	BI2013 094 01 FL	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução		15 00	15 100 000	
BI2013 095 01 FL	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução		15 00	15 100 000		
BI2013 098 01 FL	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano		1 163 001 205	95 515		
BI2013 030 01 FL	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe		388 00	543 71 455		

92

# Bilhete Identidade De Indicadores



REPÚBLICA PORTUGUESA Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização SAUDE

<b>013</b>	Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.42.01	2013.013.01		Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem

**Designação**  
Proporção de puérperas com consulta domiciliar de enfermagem

**Objetivo**  
Monitorização do programa de vigilância em saúde materna, áreas das unidades domiciliária de enfermagem a puérperas.

**Descrição do Indicador**  
Indicador que exprime a proporção de puérperas que monitoram visita domiciliar de enfermagem.  
Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliar de enfermagem.  
Denominador: Contagem de puérperas.

**Regras de cálculo**  
NUMERADOR (AA)  
Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:  
A: Utentes incluídos no denominador.  
B: Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta domiciliar de enfermagem realizada durante o período do parto, ou seja, entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de parto (ver condições de registo de um domicílio de enfermagem para este indicador nas alíneas A a B de OBSERVAÇÕES GERAIS e regras para deteção do parto nas alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).  
DENOMINADOR (BB)  
Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:  
A: Sem parto;  
B: Gravidez registada no âmbito do programa de saúde materna;  
C: Gravidez não classificada como abortiva (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);  
D: Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos de ICD-2 W07, W09 ou W50) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [data início] e a [42º dia de parto] (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS);  
E: Presença ativa no unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e 42º dia a contar da data de fim da gravidez (ver alínea D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS);  
F: O 42º dia de parto, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alínea D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

93

# Bilhete Identidade De Indicadores



**Observações Gerais**

A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicílio de enfermagem em puérperas) é necessário que:

- O [tipo de contacto] seja classificado como [domicílio];
- Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:
  - C005 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SCLÍNICO
  - C011 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicinaOne

B. Algumas aplicações permitem que os enfermeiros assinem que consultas por si realizadas são consultas de "REVISÃO DO PUERPÉRIO". Não é obrigatório o registo de [consulta de revisão do puerpério] para que um [domicílio efetuado por enfermeiros] seja considerado nos registos de inclusão deste indicador.

C. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICP-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

- A [data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS);
- A [data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

D. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

- se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto];
- se a [data de parto] não estiver registada e a [data prevista de parto completa] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data prevista de parto completa] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data prevista de parto completa];
- se a [data de parto] não estiver registada e a [data prevista de parto completa] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [23 semanas e 6 dias] (201 dias).

E. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

F. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICP-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

94

# Bilhete Identidade De Indicadores



**Observações Sobre Software**

**SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM**

A. No SCLÍNICO, considera-se domicílio desde que seja selecionado um dos seguintes itens, em [local da consulta], na janela de [definição do contacto]:

- [Domicílio] (válido desde sempre);
- [Lar de idosos] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Centro de dia] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Lugares comunitários] (válido a partir de janeiro 2023);
- [Estabelecimento prisional] (válido a partir de janeiro 2023).

E. Irrelevante assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem].

A consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada].

**SCLÍNICO - PERFIL MÉDICO**

A. É possível registar [aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

B. No SCLÍNICO existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICP-2 de gravidez no sistema de episódios (não se transpõem para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: C. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICP-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verificadas a condição [AA] ou [BB e CC].

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICP-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

BB. A [data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

CC. A [data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

**MEDICINAONE**

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] for definido como [domicílio].

B. O SIARS não irá informar que tenha sido registado no módulo de domicílio, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio].

C. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

95

# Bilhete Identidade De Indicadores



**Período em Análise**

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.
- O principal variável de "anagem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.
- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na [data de fim da gravidez] e termina no 42º dia do puerpério.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA1/BB x 100	%	Proporção de puérperas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

**Legenda**

RP - Revisão do Puerpério

96

Questionário Avaliação da Visita Domiciliária Enfermagem

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Nº Filhos: \_\_\_\_\_  
 É a primeira vez que recebe uma Visita Domiciliária? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

	Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
A informação recebida foi adequada às minhas necessidades				
A visita constituiu um ótimo meio para esclarecimento das minhas dúvidas				
A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos				
A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé				
Aconselharia a visita a outras mães/famílias?				
O tempo da visita foi adequado?				
Avaliação Geral da Visita				

## Questionário Avaliação da Visita Domiciliária Enfermagem

97

## Panfleto informativo VD

### Parabéns a toda a família!



#### O vosso bebé já nasceu?

Pode solicitar o apoio da sua Enfermeira de Família, para a visita domiciliária até aos 15 dias de vida do recém-nascido, na sua casa após o parto.

Peça informação durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou contacte a sua Enfermeira de Família para planeamento da Visita Domiciliária!



Sede Monte Redondo – 244 685 692  
 Polo Monte Real Carvide – 244 612 841  
 Polo Coimbra – 244 606 450  
 Polo Bajouca – 244 684 308



98

# Panfleto informativo VD

## Objetivos principais da visita domiciliária

O nascimento de uma criança gera um conjunto de alterações na estrutura familiar. Este período é de grande felicidade, mas também é acompanhado de preocupações e ansiedade em relação ao novo papel dos membros da família. Caracteriza-se por uma acentuada aprendizagem e necessidade de educação em muitas áreas, até agora, desconhecidas pelos pais.

A ansiedade e preocupação com o novo papel nos primeiros dias de vida do recém-nascido, é normal e faz parte do processo de adaptação a esta nova fase da vida!

A visita domiciliária realizada pela sua Enfermeira de Família é um momento excelente e descontraído, para calmamente serem tiradas todas as suas dúvidas e realizados ensinamentos materno-infantis de acordo com as necessidades encontradas.

Pretendemos que se sintam mais seguros e ganhem maior confiança ao cuidar do vosso bebé!



## Cuidados ao Bebê

### Educação Para a Saúde sobre:

- Alimentação
- Banho e Conforto ao Bebê
- Vacinação
- Vigilância de Saúde do Bebê
- Planeamento e Encaminhamento de Consultas
- Precauções de segurança.
- Outros esclarecimentos.



## Cuidados à Mãe/Casal/Família

- Realização do penso e/ou extração de pontos da sutura

### Educação para a Saúde sobre:

- Cuidados na Amamentação
- Planeamento Familiar
- Vacinação
- Planeamento de Consultas



... entre outros cuidados

## Conclusão

Os registos de enfermagem são fundamentais, fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período de tempo e constituem-se como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados.

Constituindo os enfermeiros o maior grupo profissional da área da saúde estes são, por conseguinte, os que mais decisões tomam e atos praticam. Pela natureza e especificidade das suas funções de proximidade, intimidade, tempo de contacto com os utentes, entre outros, os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos cidadãos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2005)

100



Os registos são parte integrante do processo de enfermagem, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes. De igual forma são uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática de enfermagem.

A implementação e uniformização de boas práticas nos diversos contextos dos cuidados de enfermagem, devem ser prioritárias para os enfermeiros, pois conduzem indiscutivelmente à melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias/comunidades e contribuirão para o alcance das metas de saúde nacionais e internacionais difundidas e para a excelência do CUIDAR.

101

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alfaro-Lefèvre, R. (2002). *Aplicação do Processo de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). *Amamentação: bases científicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Friedman, M., Levac, A. (1998). The Family Nursing Process. In M. Friedman, *Family nursing: Research, theory and practice* (pp. 49-66). Stamford: Appleton & Lange
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusociência
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 21 - Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para Todos na Região Europeia*. OMS. Loures: Lusociência
- Pereira, Alexandra. (2019). *Registo Clínico no SCLINIC: Manual de Apoio para equipas de Saúde Familiar*. Grupo SAPE ARS Norte.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Revista da Ordem dos Enfermeiros* nº 17/julho
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Resumo de tertúlia sobre consultas de enfermagem* <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Saude-Infantil-Juvenil-2013.pdf>
- Relvas, A., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto

102

 Obrigada!

103

## **APÊNDICE IV**

### QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO VISITA DOMICILIÁRIA



**Questionário Avaliação da Visitação Domiciliária Enfermagem**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nº Filhos: \_\_\_\_\_

É a primeira vez que recebe uma visita domiciliária? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

	Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
A informação recebida foi adequada às minhas necessidades				
A Visita constituiu um ótimo meio para esclarecimento das minhas dúvidas				
A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos				
A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebê				
Aconselharia a visita a outras mães/famílias?				
O tempo da Visita foi adequado?				
Avaliação Geral da Visita				

## **APÊNDICE IV**

### **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

## CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

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

Carina Marina Lemos Lopes Santos Carvalho e Helena Maria Ferreira lobo, a frequentar o 2º ano, do 5º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria, a realizar um estudo com o título “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem”, vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

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

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

Este instrumento de colheita de dados é constituído por 2 partes distintas: a primeira parte é constituída por 9 questões, onde se pretende colher dados, para a caracterização da amostra, variáveis independentes, relevantes para o estudo; a segunda parte é constituída pela escala IFCE-AE (“A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”).

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas exclusivamente para fins académicos. as questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Desta forma, a sua resposta pessoal e sincera é muito importante.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si.

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos antecipadamente, toda a atenção dispensada.

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

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre este e os métodos a utilizar;
- Tem conhecimento de que os dados obtidos, e por si respondidos, serão usados somente para fins científicos;
- Reconhece que não terá qualquer encargo económico, não receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;

- Foi-lhe assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a sua privacidade e identidade;
- Compreende que é livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

### **INFORMAÇÃO SOBRE A INVESTIGAÇÃO**

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

### **QUESTIONÁRIO**

Ex.mo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

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

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

Obrigada pela sua colaboração.

### **Parte I – Dados Sociodemográficos**

#### **1. Género:**

- Masculino
- Feminino

**2. Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_(anos)

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

- Solteira(o)
- União de fato/ Casada(o)
- Separada/Divorciada(o)
- Viúva/o

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

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

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

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

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

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

**7. Qual o seu número de anos de exercício profissional?**

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

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

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares

( ) Outro: \_\_\_\_\_

**8.1. Se assinalou CSP, em que unidade funcional exerce funções ?** Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- ( ) UCSP
- ( ) USF
- ( ) UCC

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

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

( ) **Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

( ) Contexto Académico ( ) Formação Continua ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) **Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

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

**1-** Discordo completamente

**2-** Discordo

**3-** Concordo

**4-** Concordo completamente

**Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				

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

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

**Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**