



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Enfermeiro / Família: Parceiros no Cuidar – Importância da Família

Sónia Cristina Silva Maiorgas

Leiria

Março 2024



MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Enfermeiro / Família: parceiros no cuidar – Importância da Família

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

Sónia Cristina Silva Maiorgas, n.º 5220216

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem
de Cuidados à Família em contexto de USF, com Relatório

Professor Orientador: Doutor João Frade

Leiria

Março 2024

É a nossa atitude no início de uma tarefa difícil, que, mais do que qualquer outra coisa, vai afetar o seu resultado bem sucedido.

William James

AGRADECIMENTOS

A todos os que me incentivaram e apoiaram para superar mais uma etapa da minha vida, o meu obrigada!

Ao Professor Doutor João Frade, pela competência na orientação científica, pelo apoio e disponibilidade demonstrada.

À Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da USF Lusitânia, e orientadora dos ensinamentos clínicos, Maria João São José pela disponibilidade e colaboração demonstrada durante os estágios.

Aos meus colegas Enfermeiros que se mostraram disponíveis para participar no estudo, permitindo a sua conclusão.

Aos colegas e amigos que sempre me transmitiram força e coragem no decorrer deste percurso, em particular à Dulce, companheira de viagem, pelo otimismo, motivação e camaradagem.

Finalmente, um Muito Obrigada à minha família, especialmente ao meu marido e aos meus filhos, pela compreensão, paciência e apoio incondicional, mesmo sabendo que isso iria significar algumas ausências.

Aos meus pais e irmã por nunca duvidarem que seria capaz de concluir este desafio.

Ao meu sobrinho, menino especial, por existir.

A Todos Obrigada!

RESUMO

Enquadramento: As políticas de saúde evidenciam a prática dos cuidados de enfermagem centrado na família. A saúde dos indivíduos é influenciada pelo seu sistema familiar, logo a prática desenvolvida pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem Familiar no processo de cuidados, deverá ser em parceria colaborativa com a família, sendo esta o seu foco de cuidados, com ganhos significativos em saúde.

Assim, é essencial perceber qual a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidados e quais os fatores que podem influenciar, de modo a promover a saúde familiar.

Objetivos: Compreender qual a importância atribuída à família como parte integrante nos cuidados de enfermagem e perceber se existem variáveis (sociodemográficas e profissionais) que influenciam as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por enfermeiros a exercerem funções em Cuidados de Saúde Primários. Foi aplicado 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 55 enfermeiros com uma média de idades de 45,87 anos, a maioria casados/união de facto (76,4%). O nível de escolaridade predominante é o mestrado (43,6%). O título profissional que impera é o enfermeiro especialista (49,1%), sendo a área de especialização com maior predomínio a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O contexto de trabalho são Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo que a tipologia de unidade é que difere. A maioria dos inquiridos desempenha funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com uma média de exercício profissional de 21,69 anos. 72,7% dos enfermeiros não teve formação na área da Enfermagem Saúde Familiar (ESF), sendo que os que realizaram formação foi em contexto académico (16,4%) maioritariamente. As atitudes dos enfermeiros da amostra são de suporte face à família, identificando a relevância da mesma no processo de cuidados, mostrando um *score* total da escala, para a totalidade da amostra, uma média de respostas de 81,5636.

Conclusão: Os enfermeiros inquiridos apresentam atitudes de apoio à família, com evidência estatisticamente significativa da relação entre a importância atribuída à família no processo de cuidados e o estado civil e o título profissional do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem, Atitudes, Família, Importância e Cuidados

ABSTRACT

Background: Health policies highlight the practice of family-centered nursing care. The health of individuals is influenced by their family system, so the practice developed by nurses specializing in Family Nursing in the care process should be in collaborative partnership with the family, which is the focus of their care, with significant gains in health.

It is therefore essential to understand the importance attributed to the family by nurses in the care process and what factors they can influence in order to promote family health.

Objectives: To understand the importance attributed to the family as an integral part of nursing care and whether there are variables (sociodemographic and professional) that influence nurses' attitudes towards the importance of the family as an integral part of care.

Methodology: This is a cross-sectional, descriptive-correlational quantitative study with a non-probabilistic convenience sample of nurses working in Primary Health Care. A questionnaire was used to characterize sociodemographic and professional characteristics and the "Importance of families in nursing care - Nurses' attitudes" scale (IFCE-AE).

Results: The sample consisted of 55 nurses with an average age of 45.87 years, most of whom were married/in a de facto union (76.4%). The predominant level of education was a master's degree (43.6%). The prevailing professional title is specialist nurse (49.1%), with Community and Public Health Nursing being the most prevalent area of specialization. The work context is Primary Health Care (PHC), with the type of unit differing. Most of the respondents work in the Community Care Unit (UCC), with an average of 21.69 years of professional experience. 72.7% of the nurses had not had any training in Family Health Nursing (FHS), and the majority of those who had had training had done so in an academic context (16.4%). The attitudes of the nurses in the sample are supportive towards the family, identifying its importance in the care process, showing a total scale score, for the entire sample, an average of 81.5636 responses.

Conclusion: The nurses surveyed show supportive attitudes towards the family, with statistically significant evidence of a relationship between the importance attributed to the family in the care process and the nurse's marital status and professional title.

Keywords: Nursing, Attitudes, Family, Importance and Care

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

APAGAR – Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

ARS - Administração Regional de Saúde

BI – Bilhete de Identidade

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLASE – Conselho Local de Ação Social de Évora

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CV – Ciclo Vital

DGS – Direção Geral Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP – Equipa Comunitária de Suporte em Paliativos

EF – Enfermeiro(a) de Família

EFS – Enfermagem de Saúde Familiar

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

HTA – Hipertensão Arterial

IDG - Índice Desempenho Global

ICN – International Council of Nurses

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

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF - Monitorização das Unidades Funcionais

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PF – Planeamento Familiar

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCCR – Rastreio do Cancro do Colon e do Reto

RNU - Registo Nacional de Utentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

sp. – Sem página

SUB – Serviço de Urgência Básico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAC - Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
ÍNDICE DE QUADROS	XII
ÍNDICE GRÁFICOS	XIII
INTRODUÇÃO	14
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1– Família.....	19
1.2 – ENFERMAGEM FAMILIAR.....	24
1.3 – ABORDAGEM SISTÉMICA DA ENFERMAGEM FAMILIAR.....	27
1.3.1 – Teorias das Ciências Sociais da Família.....	28
1.3.2 – Teorias da Terapia Familiar.....	30
1.3.3 – Modelos e Teorias de Enfermagem.....	31
1.3.4 – Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar.....	34
1.4 – ATITUDES DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE À FAMÍLIA.....	38
2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	40
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ONDE A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SE INSERE.....	41
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR LUSITANIA.....	47
2.3 – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS.....	52
2.4 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF LUSITÂNIA.....	53
2.4.1 – Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família.....	54
2.5 – INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE.....	56
2.6 -CONSULTAS DE ENFERMAGEM.....	59
3 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA	66
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS.....	67
3.2. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	73
3.2.1 - 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.....	74
3.2.2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	75
4 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	78
4.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	81
4.2- METODOLOGIA.....	85
4.2.1 - Tipo de estudo.....	85
4.2.3 - Questões de investigação.....	87

4.2.4 - Hipóteses.....	88
4.2.5 - Operacionalização das Variáveis.....	89
4.2.6 - População e amostra.....	92
4.2.7 - Instrumento de Colheita de Dados.....	93
4.2.8 - Procedimentos Formais e Éticos.....	97
4.2.9 - Procedimento de Colheita de dados.....	99
4.2.10 - Procedimentos na Análise de Dados.....	99
4.3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	102
4.3.1 – Caracterização da amostra.....	102
4.3.2 - Caracterização da importância atribuída pela amostra face à família, nos cuidados.....	107
4.3.3 – Teste de Hipóteses.....	107
4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	114
4.5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	124
CONCLUSÃO.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
APÊNDICES.....	137
APÊNDICE I – Processo de Enfermagem à Família I, fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.....	138
APÊNDICE II - Instrumento de Colheita de Dados.....	139
ANEXOS.....	140
ANEXO I – Projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.....	141
ANEXO II – Pedido à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).....	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Quadro conceptual que influencia a enfermagem de família.....	28
Figura 2: Representação esquemática do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias.....	34
Figura 3: Concelho de Évora.....	42
Figura 4: Alentejo Central.....	42
Figura 5: – Concelho de Évora – Freguesias.....	43
Figura 6: Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES Alentejo Central.....	46
Figura 7: Logotipo da USF Lusitânia.....	48
Figura 8: Pirâmide Etária dos Utesntes inscritos na USF Lusitânia.....	53
Figura 9: – Índice de Dependência dos utentes da USF Lusitânia.....	53
Figura 10: Indicadora da área da diabetes.....	57

Figura 11: Indicadora da área da HTA	57
Figura 12: – Indicadores da área da Saúde Reprodutiva e PF	57
Figura 13: Indicadores da área da Saúde Infantil e Juvenil	58
Figura 14: Indicadores da área da Saúde Materna	58
Figura 15: – Indicadores da área da visitação domiciliaria.....	58
Figura 16: Indicadores da área método de trabalho por EF.....	59
Figura 17: Indicadores	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: – Indicadores de saúde nacional, regional e concelho de Évora (2021)	46
Tabela 2: Distribuição dos utentes da USF Lusitânia por grupos etários e género.....	54
Tabela 3: Distribuição dos utentes inscritos	56
Tabela 4: Teste de Kolmogorov-Smirnov	101
Tabela 5: Distribuição da amostra por grupo etário	103
Tabela 6: Distribuição da amostra por idade	103
Tabela 7: Distribuição da amostra por estado civil	103
Tabela 8: Caracterização da amostra por grau académico	103
Tabela 9: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional.....	105
Tabela 10: Distribuição da amostra segundo a formação no âmbito da enfermagem de família.....	106
Tabela 11: Distribuição da amostra segundo o contexto da formação em enfermagem de família..	106
Tabela 12: Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE	107
Tabela 13: Relação entre a importância atribuída à família e a idade do enfermeiro.....	108
Tabela 14: Relação entre a importância atribuída à família e o estado civil do enfermeiro	109
Tabela 15: Relação entre a importância atribuída à família e o contexto de trabalho do enfermeiro	109
Tabela 16: Relação entre a importância atribuída à família e o tempo de exercício profissional do enfermeiro.....	110
Tabela 17: Relação entre a importância atribuída à família e o grau académico do enfermeiro.....	110
Tabela 18: Relação entre a importância atribuída à família e a área de especialização do enfermeiro	111
Tabela 19: Relação entre a importância atribuída à família e a formação prévia em enfermagem de família do enfermeiro.....	112
Tabela 20: Relação entre a importância atribuída à família e o título profissional do enfermeiro	113
Tabela 21: Relação entre as variáveis independentes e a dependente.....	113

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis independentes.....	90
Quadro 2: Variável dependente	92
Quadro 3: Dimensões, itens, indicadores e scores da escala IFCE – AE.....	94
Quadro 4- Análise comparativa da consistência interna da escala IFCE-AE – adaptação portuguesa e presente estudo	96

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: População residente por grandes grupos etários (2021)	44
Gráfico 2: Taxa bruta de mortalidade	47
Gráfico 3: Distribuição da amostra por título profissional	104
Gráfico 4: Distribuição da amostra por área de especialização	105
Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo a tipologia de unidade de prestação de cuidados	106

INTRODUÇÃO

A Enfermagem para ser considerada uma profissão autónoma tem que basear a sua prática em evidencia científica. Só assim conseguirá prestar cuidados de qualidade aos indivíduos, família e comunidade. Com o aumento da complexidade, quer do conhecimento, quer da tecnologia na saúde, é necessário que o enfermeiro desenvolva um aprofundar do seu saber e das suas competências. No Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, da OE, no seu artigo 6º, que define o ato do enfermeiro:

Os enfermeiros, no âmbito das suas intervenções, utilizam todas as técnicas e meios que considerem apropriados e em relação às quais reconheçam possuir o conhecimento necessário e adequado, para a prestação das melhores intervenções, tendo como referência a prática baseada na evidência, referenciando para os recursos adequados, em função das necessidades e problemas existentes (Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho da OE, 2022, p. 182).

A formação especializada proporciona uma evolução no saber e no apoderamento das técnicas, os quais são necessários para um exercício reflexivo para os atuais desafios de saúde. Ao desenvolver competências especializadas, o enfermeiro proporciona uma resposta a cuidados numa área específica. O enfermeiro especialista é

aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, [...], o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da OE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4744).

Nas políticas de Saúde, na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde 21, é realçada a família como foco dos cuidados de enfermagem. O envolvimento da família nos cuidados, pressupõe por parte dos enfermeiros uma postura acessível e um comportamento de inclusão da família (Aragão et al., 2019).

O enfermeiro especialista em ESF, tem visto o seu papel adquirir relevância, pois é considerado eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP, focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital, quer nas crises acidentais quer nas crises normativas (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho da OE, 2018).

Com a reforma dos CSP e a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), o Enfermeiro de Família adquire um papel relevante. A sua prática é fundamentada em evidências científicas, a formação especializada possibilita uma atuação autónoma e conseqüentemente uma melhoria nos cuidados de saúde primários relativamente à cobertura, acessibilidade e respostas mais apropriadas.

Os enfermeiros de família têm que deter uma autonomia, um pensamento crítico e reflexivo de modo a participarem nas políticas organizacionais onde estão inseridos, progredindo para uma prática inovadora com recurso à investigação. Assim, o progresso dos cuidados à família tem que ter um avanço na teoria, na prática e na investigação de enfermagem. Ganhos em saúde são obtidos com uma profissão que possa ser reconhecida socialmente, com uma prática baseada em evidências científicas, que seja capaz de realizar as suas avaliações, os seus diagnósticos, de acordo com as necessidades de saúde, dando resposta com cuidados adequados.

O método de trabalho por enfermeiro de família, proporciona a existência de um conhecimento das necessidades familiares, reconhecendo a importância do contexto familiar para avaliar e intervir na saúde das famílias, permitindo desenvolver competências específicas inerentes ao enfermeiro de família.

Assim, importa perceber a importância da família nos cuidados de enfermagem e as atitudes dos enfermeiros relativamente à inclusão da família nos cuidados. Estas atitudes perante a família indicam o modo como o enfermeiro reconhece a importância de envolver a família, constituindo-se como parceira nos cuidados.

Frade, Henriques, & Frade (2021) ressalta os insuficientes estudos nesta área, para o desenvolvimento da enfermagem, mencionando a necessidade de estudos que “reforcem a importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, no sentido da promoção, manutenção e reabilitação da saúde das mesmas” (Frade, 2021, p. 7). De igual modo

Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves (2015) referem que é necessário desenvolver estudos para a compreensão da prática de cuidados familiares, percebendo quais as variáveis que podem influenciar a sua evolução.

Ao considerar a família com um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, com ganhos significativos em saúde e, dado que as atitudes dos enfermeiros influenciam a qualidade dos cuidados com a família, foi desenvolvido o estudo “Enfermeiro / Família: parceiros no cuidar – Importância da Família”, procurando perceber qual a importância atribuída à família pelos enfermeiros, relacionando as atitudes dos enfermeiros com características sociodemográficas e profissionais.

Partindo da pergunta de partida: Qual a importância atribuída à família como parte integrante dos cuidados de enfermagem, foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo correlacional de cariz quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, composta por 55 enfermeiros a exercerem funções nos CSP, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central.

Compreender qual a importância concedida à família como parte integrante nos cuidados de enfermagem, e relacionar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, para o seu envolvimento nos cuidados, enquanto parceira no processo de cuidados, com as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, foram os objetivos do estudo.

Recorreu-se a um instrumento de colheita de dados em inicialmente são avaliados os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e uma segunda parte em que é utilizada a escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011).

De salientar, que este estudo se integra num estudo promovido pelo Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, surgindo no âmbito do Projeto: “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.

Com a elaboração deste relatório pretende-se efetuar uma introspeção e reflexão do percurso teórico-prático dos ensinamentos clínicos, contribuindo para um aumento de saberes e

de aptidões quer no sector pessoal quer no profissional. Surge integrado na Unidade Curricular: Estágio III – Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF, com Relatório do 2º ano, 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, e pretende dar cumprimento aos objetivos estabelecidos no planeamento do ensino clínico.

Este foi desenvolvido na USF Lusitânia, em Évora, no intervalo compreendido entre 7 de setembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024, com uma duração total de 810h, sendo que 297,5 horas de trabalho são em contexto clínico. Este decorreu sob orientação da enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, Maria João São José e supervisão do professor Doutor João Frade. Foi aplicado o conhecimento adquirido ao longo da teoria e dos precedentes ensinamentos clínicos.

Este trabalho pretende descrever as etapas que decorreram ao longo do ensino clínico e está estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo é referente à fundamentação teórica da enfermagem de família, onde é descrito o conceito de Família e de Enfermagem de Saúde Familiar, a abordagem sistémica da Enfermagem Familiar, bem como as atitudes dos enfermeiros relativamente à família.

O segundo capítulo prende-se com o contexto da prática clínica em enfermagem de saúde familiar, particularmente a caracterização do ACES onde a USF Lusitânia está inserida, a caracterização da própria USF, bem como a carteira básica de serviços. Neste capítulo também são caracterizados os utentes da USF e, mais especificamente, os utentes que fazem parte do ficheiro da enfermeira orientadora. Faz-se um relato dos indicadores e respetivos ganhos em saúde, bem como as consultas de Enfermagem que se realizam na USF.

No terceiro capítulo encontra-se a análise crítico-reflexiva das competências especializadas desenvolvidas que possibilitaram a obtenção das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento nº 140/2019 e, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, definidas no Regulamento nº 428/2018.

No quarto capítulo é descrito o exercício da prática fundamentada na evidência, onde se relatam as fases do processo de investigação que foi elaborado, o seu enquadramento,

metodologia, os resultados obtidos, as evidências encontradas, bem como as conclusões, limitações e sugestões.

Na conclusão é apresentada uma breve explicação do percurso desenvolvido, as dificuldades sentidas e perspetivas futuras, tendo em conta os saberes e capacidades obtidos.

A redação do trabalho é feita tendo em conta o novo acordo ortográfico português e a sua elaboração bibliográfica encontra-se orientada pela Norma de Referenciação da American Psychological Association (APA) – 6ª edição. A elaboração do mesmo teve por base o guia de elaboração de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico pretende-se adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica para compreender os conceitos e a sua evolução.

1.1– Família

Na enfermagem familiar é necessário compreender a definição de família. Na literatura existem várias conceções de família, mas dependendo dos autores são salientados determinados aspetos, não existindo assim, uma definição universal de família.

Para a OE a família é vista como um “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal [...]” (OE, 2011, p. 6).

A OMS na *Forty Seventh World Health Assembly, the concept of family health*, define a família, “independentemente das suas diversas formas, é reconhecida como a unidade social sobre a qual as sociedades são construídas e mantidas” (OMS, 1994, p.3). “A família deve ser capaz de satisfazer as necessidades básicas dos seus membros em termos de saúde, nutrição, abrigo, cuidados físicos e emocionais e desenvolvimento pessoal” (OMS, 1994, p.3).

Para Figueiredo a família “enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais” (Figueiredo, 2012, p.68). É “um sistema relacional inserido e articulado em diversos contextos, agrega um sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização” (Figueiredo, 2012, p.68).

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

Relativamente à saúde, a família é considerada a “célula vital para a saúde de seus membros, é onde aprendemos a cuidar da saúde e da doença e enfrentar os desafios da vida” (Nobokuni et al., 2021, sp.)

Seja qual for a definição de família, esta tem que ser vista como um pilar dos indivíduos que a constituem e, do bem-estar quer físico, psicológico e social que proporciona individualmente.

Cada família é uma, composta de valores e crenças próprias e, com as suas experiências individuais, logo os enfermeiros têm que a ver como um todo, “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantem o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (Sampaio & Gameiro citado por Alarcão, 2002, p. 39).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a família também é vista como um sistema que é maior que a soma das partes (OE, 2011).

No entanto, a simples definição de família não é suficiente para perceber a complexidade deste sistema. É fundamental perceber quais as alterações que a família sofre na sua estrutura ao longo do tempo, assim como as suas funções ao longo do ciclo vital (CV) para que os cuidados de enfermagem sejam direcionados de forma individual para serem eficazes.

TIPOS DE FAMÍLIA

Compreender que tipos de família existem, é fundamental para perceber a sua constituição e os laços entre os seus elementos. Fatores como a diminuição da natalidade, os aumentos da esperança de vida vieram influenciar alterações na tipologia familiar. “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).

Minuchin (1974), classificou o tipo de família consoante a estrutura familiar:

- A família nuclear simples é composta pelos cônjuges e menos de três filhos (Pires, 2016);
- A Família nuclear numerosa é formada por três ou mais filhos com os seus pais (Pires, 2016);
- Na família extensa e de origem alargada, vivem avós, irmãos, tios, primos, todos unidos por laços de consanguinidade (Pires, 2016);

- A família extensa composta é aquela em que vivem outras pessoas sem vínculo sanguíneo (Pires, 2016);
- A família monoparental é aquela em que subsistema parental é composto por um progenitor que coabita com os seus descendentes (Pires, 2016);
- A família homoparental é constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos (Pires, 2016);
- Na família reconstituída existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges (Pires, 2016);
- Sem família, onde se contempla não só o adulto solteiro, mas também o divorciado ou o viúvo sem filhos (Pires, 2016);
- O equivalente familiar trata-se de indivíduos que vivem no mesmo lugar sem constituir um núcleo familiar tradicional, como por exemplo, grupos de amigos que vivem juntos, religiosas que vivem fora da sua comunidade e/ou pessoas que vivem em residências ou asilos (Pires, 2016).

ESTRUTURA DA FAMILIA

Minuchin (1979) define a estrutura da família como “a rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem” (Alarcão, 2002, p. 54). Assim, a estrutura da família passa por perceber o funcionamento, tendo em conta “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde” (Alarcão, 2002, p. 54).

Numa família podemos considerar quatro subsistemas, os quais têm funções e papéis próprios. O subsistema individual é constituído pelo próprio indivíduo que além das funções e papéis que desempenha na família, também desempenha noutros sistemas (Alarcão, 2002). O subsistema conjugal, constituído pelos conjugues, tem como função o desenvolvimento de limites que protejam o casal e serve de modelo relacional para o crescimento dos filhos (Alarcão, 2002). O subsistema parental com funções executivas, protege as gerações mais novas e fornece educação. Permite a aprendizagem do sentido de autoridade vertical e o modo como lidar com o conflito por parte das gerações mais novas. (Alarcão, 2002). Por fim, o subsistema fraternal, constituído pelos irmãos, permite

desenvolver capacidades relacionais com o grupo de iguais, experimentando papéis face ao exterior (escola, amigos) (Alarcão, 2002).

Na prática de enfermagem, o conhecimento dos limites familiares é necessário para perceber como a família regula a informação que vem do exterior, assim como dos vários subsistemas. Minuchin (1979), refere três tipos de limites:

claros (que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo, contudo, a troca de influências entre os mesmos), os **difusos** (marcados por uma enorme permeabilidade que faz perigar a diferenciação dos subsistemas) e os **rígidos** (que dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas) (Alarcão, 2002, p. 56).

Com a identificação dos limites, as famílias podem ter uma tipologia estrutural que vai de um núcleo emaranhado, com fronteiras difusas, a um desmembrado, onde os limites são rígidos. Esta tipologia vai permitir aos enfermeiros perceber que tipo de família está presente e adequar a sua prática à mesma. “A flexibilidade dos limites determina, assim, o grau de funcionalidade do sistema” (Figueiredo, 2012, p. 37).

As famílias emaranhadas têm um excessivo intercâmbio entre os elementos, misturando as fronteiras entre gerações, subsistemas e indivíduos (Alarcão, 2002). As fronteiras com o exterior podem tornar-se rígidas, reduzindo as suas habilidades de adaptação perante uma crise, uma vez que a alteração num elemento da família provoca alterações nos restantes elementos.

As famílias desmembradas estabelecem fronteiras rígidas no seu interior e difusas com o exterior (Alarcão, 2002), diminuindo assim a função de proteção familiar. As fronteiras muito rígidas proporcionam a separação dos elementos, logo alterações num elemento dificilmente provoca modificações nos restantes.

Com o passar do tempo, temos visto alterações nas famílias, consequência das alterações económicas, sociais, populacionais e tecnológicas, logo as necessidades familiares também se têm alterado.

A família apresenta duas funções distintas: a interna e a externa. Na função interna são satisfeitas as necessidades básicas, de educação, de saúde e proteção, promovendo um sentimento de pertença. “A família deverá então possibilitar o crescimento e autonomização dos seus membros simultaneamente à criação de um sentimento de pertença” (Relvas, 2000, citado por Figueiredo, 2012, p. 47). Na função externa é transmitida a cultura dominante, “de socialização e transmissão de cultura permitirá a adaptação social dos seus membros” (Relvas, 2003, citado por Figueiredo, 2012, p. 47).

DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

O desenvolvimento familiar refere-se à mudança da família enquanto grupo e dos seus elementos individualmente (Alarcão, 2002). Assim, existem transformações na organização da família, com alterações de tarefas, as quais são bem definidas, dando-se a essa sequência a designação de CV (Relvas, 1996 citado por Alarcão, 2002).

O CV inicia-se com a formação da família e continua até ao final desta. As tarefas determinam as fases do CV conseguindo antecipar a sequência de mudanças na estrutura da família ao longo do seu desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Independente dos autores, a referência do CV é a família nuclear e a idade do filho mais velho.

Duvall & Miller (1985) aumentaram as quatro etapas do CV, inicialmente definidas, para oito: casal sem filhos, família com filhos pequenos, família com filhos em idade escolar, família com adolescentes, família com filhos adultos, família de meia-idade e família idosa (Figueiredo, 2012).

Relvas (2000), definiu cinco etapas do CV: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Figueiredo, 2012).

Perceber em que estadio do CV a família se encontra, permite perceber o contexto familiar, as suas experiências e tarefas, de modo a olhar para a família como única. Ao longo do CV, a família atravessa períodos de mudança onde podem existir maiores períodos de emaranhamento ou desmembramento, consoante a necessidade familiar. Estes períodos são de crise, pois acarretam momentos de stress que influencia o equilíbrio da família. Estas crises podem ser normativas, próprias dos estadios do CV, ou acidentais, como por exemplo,

o aparecimento da doença. A capacidade que a família apresenta para se adaptar e ajustar às crises, sejam elas normativas ou acidentais, vai determinar a manutenção da integridade familiar ou a sua evolução.

A família tem sofrido alterações na sua estrutura ao longo do tempo, assim como as suas funções ao longo do CV. Atenta a estas transformações permanece a enfermagem, que progride no sentido de colmatar estas necessidades.

1.2 – ENFERMAGEM FAMILIAR

Desde Florence Nightingale que existe uma preocupação em focar os cuidados na família. Os cuidados de enfermagem à família, são descritos como uma “perspetiva de capacitação da família, promover a compreensão da reciprocidade entre os enfermeiros e famílias e servir de base à identificação das forças da família no sentido de ajustar as intervenções às suas reais necessidades e recursos” (Figueiredo, 2009, p.358).

Ao longo do tempo, com o desenvolvimento da medicina e o aparecimento de novas políticas de saúde com ênfase nos cuidados hospitalares, houve um decréscimo dos cuidados centrados na família. No entanto, nos últimos anos, com as reformas dos cuidados de saúde que ocorreram a nível mundial, nomeadamente a diminuição do tempo médio de internamento hospitalar, surge a necessidade de os cuidados se centrarem novamente no domicílio e, o interesse em perceber a estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família.

A importância da família nos cuidados de saúde tem sido relevante, quer no aparecimento de novas políticas de saúde, quer com as reformas dos CSP. Em Portugal, a primeira reforma surge em 1971, altura em que foi criada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que refere no seu artigo 3º a “proteção e defesa da família” (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro do Ministério da Saúde e Assistência, 1971, p. 1409), e no seu artigo 4º “a família como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros” (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro do Ministério da Saúde e Assistência, 1971, p. 1409). Nesta altura foi criado o conceito de centro de saúde, em que os cuidados seriam a “porta de entrada” no sistema de saúde. Só passados dois anos é que a

OMS emite a orientação internacional do desenvolvimento dos CSP, consagrando os cuidados de primeira linha.

Em 1978, surge a Declaração de Alma-Ata, após a 1ª Conferência Internacional sobre os CSP, onde são enunciadas várias recomendações e onde é salientado a importância dos CSP

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração Alma-Ata, 1978, sp).

Em 1983, em Portugal surge a criação dos centros de saúde designados de segunda geração, dirigidos ao indivíduo, família e comunidade em que os cuidados prestados viram ampliada a sua essência e alcance ao nível da prevenção e do tratamento, favorecendo a relação entre os utentes/profissionais.

Em 2000, realizou-se em Munique a 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS da Região Europeia, de que resultou a Declaração de Munique, tendo sido reforçado o “contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar” (OE, 2014, sp).

A importância do enfermeiro de família é assumida nas políticas de Saúde Para Todos no Século XXI, como sendo o profissional “responsável por proporcionar a um número limitado de famílias [...] um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários” (OMS, 2003 citado por Silva, Costa, & Silva, 2013, p. 20).

Em 2005 surge nova reforma de saúde, com a reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das USF. Assim, o enfermeiro de família, surge como um profissional com papel fundamental nas equipas de saúde devido à proximidade com as famílias, onde é

fomentado uma relação de confiança, promovendo cuidados personalizados, onde a família é o foco dos cuidados.

As diretrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados (Silva et al., 2013, p. 21).

“Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico” (Figueiredo, 2012, p. 69). Estes cuidados pressupõem uma interação entre o enfermeiro e a família e decorrem ao longo de todo o CV da mesma.

Em Portugal, a OE criou a especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, a qual se encontra em evolução. Cada vez mais o papel desempenhado pelo enfermeiro de família é visto como fundamental constituindo-se um “eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho da OE, p. 19354). Nos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em ESF situam-se “novos desafios aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva e salientando -se o seu papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho da OE, 2015, p. 17385).

Ao desenvolver competências para prestar cuidados às famílias, a prática especializada de enfermagem familiar permite um alargamento da literacia familiar, um maior envolvimento com a família como uma unidade, melhorando o seu funcionamento quer interno quer externo e participativo em relação à sua saúde. Assim, a responsabilidade do enfermeiro passa por incluir as famílias nos cuidados

pois o significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência

centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem (Chaves et al., 2017, p. 4990).

1.3 – ABORDAGEM SISTÉMICA DA ENFERMAGEM FAMILIAR

Sendo a família vista como um sistema, sendo esta o foco central dos cuidados, o enfermeiro tem que adotar uma abordagem sistémica.

O paradigma sistémico, assente nos princípios fundamentais, da totalidade, da “objetividade” entre parênteses, de uma realidade que é multiversos e não existe independente do observador, rompe com a visão mecanicista e de causa efeito, que se apresentava débil para explicar alguns dos fenómenos associados aos sistemas vivos, e promove a interdisciplinaridade do saber (Santos, 2012, p. 21).

Tem existido um progresso no conhecimento da enfermagem familiar, devido às teorias de enfermagem, pois é necessário que os enfermeiros ao desenvolverem a sua prática de forma eficaz, tenham por base as teorias que possam sustentar a sua práxis.

Analisar a enfermagem enquanto disciplina implica conhecer: os conteúdos e processos relacionados com as funções desempenhadas pelos enfermeiros; as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever; as pesquisas relacionadas com o fenómeno central da disciplina e o conhecimento de disciplinas análogas, essenciais para enquadrar os membros da disciplina em torno do domínio do conhecimento da enfermagem (Meleis, 2012, citado por Silva 2016, 39).

Assim, a enfermagem familiar surge com base nas “teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de enfermagem” (Figueiredo & Martins, 2010, p. 552), sendo que o foco do enfermeiro de família passa a ser a própria família.

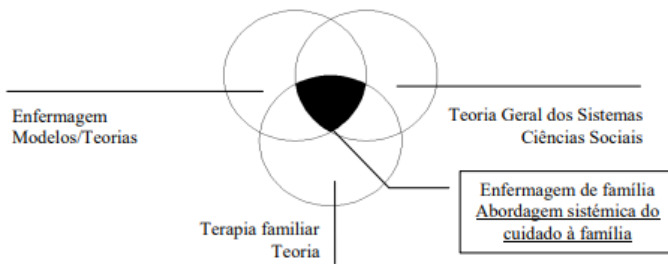


Figura 1: Quadro conceitual que influencia a enfermagem de família
Fonte: Santos, 2012, p. 17

1.3.1 – Teorias das Ciências Sociais da Família

As teorias das ciências sociais têm constituído uma base para o desenvolvimento de conhecimento na área da família. Nesta área são salientadas as teorias estrutural-funcional, dos sistemas, interativa, do desenvolvimento, da mudança e do stresse, as quais tiveram influência para a evolução das teorias da terapia familiar e dos modelos de enfermagem de família (Silva, 2016).

A **teoria estrutural-funcional** engloba as dimensões da estrutura e do funcionamento da família, a qual é reconhecida como um sistema, com características comuns, que visa o desempenho de funções. Sendo que as relações são o foco da análise familiar, quer as relações entre os elementos, entre os elementos e o todo e entre a família e a sociedade (Silva, 2016).

Por sua vez, na **teoria dos sistemas** a família é considerada “como um sistema composto por um conjunto de elementos interativos e interdependentes, contribuindo para a manutenção do equilíbrio do sistema” (Silva, 2016, p. 42), sendo que esta é constituída por vários subsistemas, com limites e hierarquias entre os elementos. O sistema familiar também possui relações com o meio externo, logo alguma alteração num dos elementos do sistema incita a alterações na família e, a família nos elementos. Esta teoria é importante porque apresenta pressupostos que levaram ao desenvolvimento de modelos de enfermagem (Silva, 2016).

Na **teoria interativa** a família “é entendida como uma unidade constituída por personalidades interativas” (Silva, 2016, p. 42). As dinâmicas internas constituem o foco, nas quais estão incluídas o processo de comunicação, os papéis, as tomadas de decisão, a

resolução dos problemas e os padrões de socialização (Silva, 2016), não sendo considerado o ambiente externo. Esta teoria contribui para a enfermagem de família, uma vez que permite perceber as dinâmicas internas da família, o qual é parte integrante em modelos de enfermagem familiar.

A **teoria do desenvolvimento** baseia-se no estadio de desenvolvimento em que a família se encontra e nas funções inerentes a cada estadio, a qual tem por base os pressupostos desenvolvidos por Erikson e Piaget (Silva, 2016). Existem vários autores que realizaram estudos relativamente ao desenvolvimento familiar como unidade, como é o caso de Relvas e Duvall, em que sugerem ciclos de vida familiares, com tarefas inerentes a cada estadio. Estes iniciam-se com a formação da família e tem o seu término na morte. O desenvolvimento familiar é realizado ao longo dos estadios, os quais são marcados pela entrada e saída de elementos, pelas novas tarefas e pelo posicionamento dos filhos na família (Hanson, 2005; Relvas, 1996 citado por Silva, 2016). Tal como as anteriores teorias descritas, esta teoria também deixou o seu marco nos modelos de avaliação familiar, pois o desenvolvimento é também uma das dimensões em vários modelos.

A **teoria da mudança** considera que durante todo o CV, os sistemas interagem e desenvolvem-se, de modo a conseguir um equilíbrio “por um contínuo processo de homeostasia” (Silva, 2016, p. 43), com a influência quer de estímulos externos quer internos, que provocam alterações no sistema. Assim, a família tende a equilibrar-se de modo a manter a sua segurança. Estas mudanças podem ser classificadas de primeira e segunda ordem. Nas mudanças de primeira ordem, o “sistema permanece igual, embora ocorra mudança em alguns dos seus membros (ou subsistemas)” (Silva, 2016, p. 43), enquanto nas mudanças de segunda ordem “resultam alterações qualitativas da estrutura do sistema que exigem a sua reorganização” (Silva, 2016, p. 43).

No desenvolvimento da enfermagem de família, a **teoria do stresse** constitui outro marco importante, uma vez que evidencia “a importância dos recursos das famílias para fazer face à situação de mudança, como também a influência das relações entre os subsistemas familiares e destes com os sistemas mais amplos” (Silva, 2016, p. 44).

Um acontecimento stressante provoca mudanças dentro do sistema familiar e que este possui recursos que lhe permitem lidar com esses fatores [...] a forma como a

família sente o acontecimento determina o modo como ela vai lidar com o mesmo (Silva, 2016, p. 44).

Os contributos destas teorias associadas às teorias de terapia familiar constituem suporte para o desenvolvimento da enfermagem familiar, quer na teoria, quer na prática e na investigação.

1.3.2 – Teorias da Terapia Familiar

As teorias da terapia familiar também deram o seu contributo para a evolução da enfermagem familiar, nomeadamente a terapia familiar estrutural, a terapia familiar dos sistemas e a terapia familiar interativa e comunicação.

A **terapia estrutural**, tendo o seu fundador Minuchin (1974), define a estrutura familiar “como um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os elementos da família interagem” (Minuchin, citado por Siva, 2016). A família deve ser percebida como “uma organização de sujeitos que comporta transições funcionais evolutivas (ciclo vital) que implicam definir limites e hierarquias, alianças e distanciamentos” (Relvas, 1999 citado por Machado, 2012, p. 8). Esta teoria permite contribuir para o desenvolvimento da enfermagem familiar, uma vez que permite compreender o sistema familiar, as relações entre os elementos da família, os limites e os papéis, de modo que nos cuidados de enfermagem se consiga perceber a estrutura familiar e auxiliar na sua reestruturação quando necessário.

A **terapia familiar dos sistemas** considera a família um sistema, em que o seu elemento ligado por relações mantém contato continuo com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo do seu desenvolvimento. “É necessário compreender o indivíduo através da forma como se põe e relaciona com o sistema. [...] das relações do indivíduo consigo próprio, com a família nuclear, às famílias de origem e à sociedade” (Relvas, 1999, citado por Machado, 2012, p. 7).

A ação do terapeuta passa por provocar um desequilíbrio transitório de modo que a família consiga gerar uma estrutura nova quer no seu funcionamento, quer nas suas relações (Silva, 2016). Pretende-se assim, que existam alterações nos processos de comunicação e modelos

de interação, de modo que a disfunção do sistema familiar seja corrigida (Sampaio & Gameiro, 2005 citado por Silva, 2016).

Na **terapia familiar interativa e comunicação** a “família é considerada como um sistema de comportamentos interativos ou processamento de comunicações” (Silva, 2016, p. 46), em que os dilemas emocionais são resultados do formato como as pessoas interagem dentro da situação familiar. Esta teoria é considerada mais uma prática onde “os dilemas emocionais são resultados do formato como as pessoas interagem dentro da situação familiar” (Relvas 1999, citado por Machado, 2012, p. 7). Nesta teoria é dada relevância à comunicação e à estratégia, onde são definidos objetivos claros, por parte do terapeuta, para resolver problemas sendo este considerado agente de mudança.

As terapias familiares têm como elemento fundamental a família “enquanto agente de mudança e com poder para mudar o seu funcionamento e progredir ao longo do ciclo vital” (Machado, 2012, p. 8). A família é considerada um sistema que está em constante transformação, que não deve ser descorado dos seus elementos que cooperam igualmente para o desenvolvimento da família.

1.3.3 – Modelos e Teorias de Enfermagem

Além das teorias das Ciências Sociais e da Terapia Familiar, também existem alguns modelos e teorias de enfermagem que influenciam o desenvolvimento da enfermagem familiar. Os modelos conceptuais orientam a prática de enfermagem e servem de orientação para a “formação, investigação e gestão de cuidados” (Figueiredo, 2012, p. 12). Permitem organizar o planeamento, as suas intervenções e avaliações baseados nos “pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar” (Figueiredo, 2012, p. 12).

Segundo Figueiredo (2012), as teorias mais relevantes são: as de *Imogine King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen*, as quais podem ser divididas pelas escolas de pensamento: escola das necessidades, escola da interação, escola dos efeitos desejáveis, escola da promoção da saúde, escola do ser humano unitário, [...] (Silva, 2016).

Na **escola das necessidades** integra-se o modelo do autocuidado de Orem

A saúde é um estado de integridade dos diferentes sistemas e dos modos de funcionamento biológico, simbólico e social do ser humano. O ambiente constitui o conjunto de fatores externos que influenciam a pessoa na decisão de empreender os autocuidados ou sobre a capacidade em exercê-los (Silva, 2016, p. 47,48).

A família surge como agente que pode promover a situação de déficit de autocuidado do elemento, permitindo desenvolver competências individuais ou familiares para um desenvolvimento adequado enquanto sistema individual ou familiar (Figueiredo, 2012).

Na **escola da interação**, encontra-se a teoria de *King*, teoria da consecução do objetivo, onde são incluídos conceitos como “interação, comunicação, transação, papel, crescimento e desenvolvimento [...] a família como um sistema interpessoal e social (Hanson 2005, citado por Siva, 2016, p. 49). Nesta teoria o enfermeiro e o indivíduo são influenciados mutuamente para alcançar objetivos delineados. O conceito central é que os seres humanos são considerados “sistemas em interação com o meio, integrando três sistemas interativos: pessoal, interpessoal e social” (Figueiredo, 2012, p. 12).

Na **escola dos efeitos desejáveis**, encontram-se as teorias de *Roy* (Modelo de Adaptação de Roy) e *Neuman* (Modelo de Sistemas de Neuman). Nesta escola de pensamento “o objetivo dos cuidados consiste em reestabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou preservar a energia” (Silva, 2016, p. 49).

No Modelo de Adaptação de *Roy*, a pessoa é entendida como um ser biopsicossocial que está em constante interação com o ambiente, havendo uma adaptação a estímulos que são provocados pelas alterações no ambiente. Esta adaptação é exercida com mecanismos de adaptação (inatos ou adquiridos), biológicos, psicológicos e sociais (Silva, 2016). Os sistemas humanos incluem tanto as pessoas como famílias (Tomey & Alligood, 2004, citado por Silva, 2016), alargando a visão da família como contexto, *Wall & Fawcett* (1991), “descrevem-na como um sistema adaptativo, com processos de regulação e feedback” (Figueiredo, 2012, p. 14). Assim, numa perspetiva de enfermagem familiar, os enfermeiros manipulam os estímulos para que a adaptação familiar seja eficaz.

No modelo de sistemas de *Neuman*, o foco é o stresse e a reação do sistema face ao mesmo, com o objetivo de efeitos diminutos na saúde. A família é um sistema composto por subsistemas, onde as relações entre os elementos da família, ou subsistemas formam o objeto do modelo (Silva, 2016). Quando existe uma situação de stresse que pode influenciar a estabilidade familiar, o objetivo da família é manter a estabilidade, mantendo a sua estrutura.

Na **escola de promoção da saúde** encontra-se a teoria de *Allen*, Modelo de Promoção da Saúde da Família, onde os cuidados visam promover a

saúde da família e dos seus membros por ativação dos seus processos de aprendizagem, com o objetivo de ajudar as famílias a utilizar os recursos ou forças de cada elemento, como uma unidade ou como recursos externos ao sistema familiar (Kérouac et al., 2001; Wright & Leahey, 2009 citado por Silva, 2016, p. 50).

A relação enfermeiro/família passa por uma “negociação e participação ativa da família no processo de cuidados” (Figueiredo, 2012, p. 13).

A **escola do ser humano unitário** foi integrada por *Rogers* com o Modelo do Ser Humano Unitário, onde o objetivo é que os enfermeiros promovam a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, em qualquer situação. Aparece o conceito de que a pessoa é reconhecida como única, maior que a soma das suas partes, constituindo um sistema aberto que sofre alterações constantes. Esta teoria foca-se mais tarde na família “como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente” (Hanson, 2005 citado por Silva, 2016, p. 51).

Todas estas teorias, descritas anteriormente, são fundamentais para a evolução da enfermagem familiar, permitindo que os enfermeiros tenham um suporte de compreensão familiar, de modo que os cuidados prestados tenham uma visão sistémica, inicialmente a nível individual e posteriormente familiar. Mas, devido à sua abstração e limitação de aplicabilidade na prática surgiram modelos de avaliação e intervenção familiar, que permitem aos enfermeiros de família guiarem a sua praxis.

1.3.4 – Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

Na prática, em contexto de cuidados, os enfermeiros precisam de modelos claros e de instrumentos de avaliação, de modo a puderem colher dados pertinentes sobre a família, realizar o planeamento das suas intervenções identificando o foco de cuidados, de modo a conseguir fundamentar as suas intervenções.

A efetiva avaliação das famílias pelos enfermeiros que integram uma perspetiva sistémica do cuidado à família exige uma apreciação da família e da sua história de saúde, que integre saberes das ciências de enfermagem, das ciências sociais e da terapia familiar (Santos, 2012, p. 32).

Surgem, assim, alguns modelos de avaliação e intervenção familiar, os quais se centram na família enquanto foco dos cuidados de enfermagem, de modo que se consiga aproximar a teoria com a prática.

O **Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF)**, analisa dois modelos associados, o de avaliação familiar e o de intervenção familiar, os quais podem ser usados em conjunto ou individualmente. O modelo de avaliação está estruturado em três categorias: a estrutural, de desenvolvimento e funcional, que permite uma avaliação da família, quer ao nível dos problemas quer dos pontos fortes.

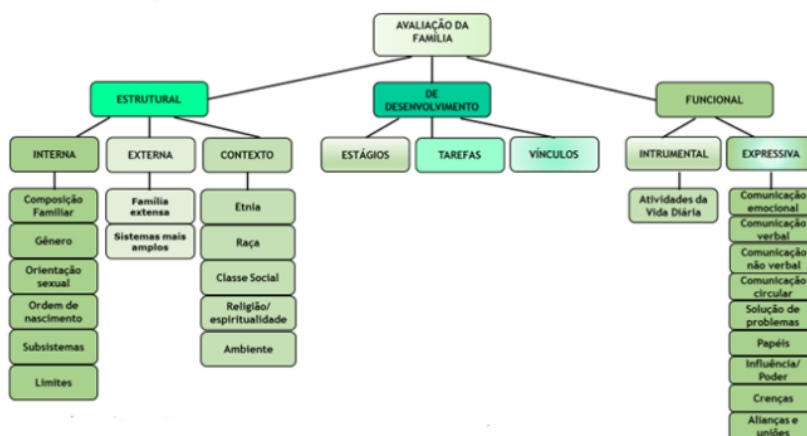


Figura 2: Representação esquemática do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias
 Fonte: Oliveira et al., 2017, p. 1554

Na avaliação estrutural interna pode-se utilizar como instrumento de avaliação o genograma familiar, que faz a avaliação da constituição familiar e as características dos seus elementos. Na avaliação externa podemos observar as relações com os sistemas mais amplos, como a família alargada e a comunidade, adotando-se o instrumento de avaliação ecomapa familiar. Para avaliar o desenvolvimento familiar é realizada a análise do CV, as etapas, as tarefas e os vínculos familiares. Na avaliação funcional podemos analisar as atividades de vida diárias e, a capacidade de a família dar resposta às suas necessidades, que está ligada à subcategoria instrumental. A avaliação expressiva está relacionada com a comunicação e a interação entre os seus elementos, no qual se pode utilizar como instrumento APGAR Familiar, permitindo perceber a funcionalidade familiar.

O modelo de intervenção abrange uma organização de conceitos entre o relacionamento dos enfermeiros e das famílias, com foco na funcionalidade entre os elementos da família e as intervenções de enfermagem.

O MCAIF é “multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família” (Pires, 2016, p. 24).

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar é baseado no modelo de *Betty Newman*. Quando as famílias se encontram perante uma situação de stresse, as reações dependem de como a família lida com o stresse, assim como da capacidade desta em manter a estabilidade. “A adaptação da família constitui o modo como ela preserva ou restaura a estabilidade diminuída após os fatores stressantes terem penetrado nas linhas de defesa, alterando as funções habituais da família” (Silva, 2016, p. 54). É composto por três áreas, a da promoção da saúde, da reação e estabilidade familiar e do restabelecimento da estabilidade e funcionamento familiar.

O Modelo de Avaliação de *Friedman* é baseado na “teoria dos sistemas, na teoria do desenvolvimento e na teoria estrutural-funcional” (Silva, 2016, p. 56), com o intuito de ser orientação para a colheita de dados à família. As categorias de avaliação são: dados de identificação, história e estadió do desenvolvimento familiar, dados do meio ambiente, estrutura familiar, funções familiares, adaptação familiar ao stresse e coping (Silva, 2016).

O Modelo de Resiliência Stresse, Ajuste e Adaptação da Família tem como objetivo “analisar o potencial da família para lidar com situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias a situações de doença” (Silva, 2016, p. 55). Os conceitos centrais deste modelo são: elementos stressores, tipo de família, vulnerabilidade, recursos familiares, suporte social, resolução de problemas e estratégias de coping, apreciação cognitiva (Silva, 2016). Este modelo refere existirem duas fases: a de ajustamento, onde as reações aos stressores dependem da vulnerabilidade e dos recursos familiares e, a fase de adaptação onde a família sofre alterações na sua estrutura para responder à crise (Silva, 2016).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), concebido por Figueiredo, gera a avaliação familiar dividida em três dimensões: estrutural onde é avaliado o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico; de desenvolvimento onde é avaliado a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental; e a funcional onde é avaliado o papel do prestador de cuidados e o processo familiar (Figueiredo, 2012).

Os conceitos são a família, a saúde familiar, o ambiente familiar e os cuidados de enfermagem à família. Família é considerada “um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade [...], confere-lhe unicidade num contexto de diversidade” (Figueiredo, 2012, p. 70). A saúde familiar é definida como “estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Figueiredo, 2012, p.68). O ambiente familiar é composto “por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais [...] que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade” (Figueiredo, 2012, p. 68). O cuidado de enfermagem à família “centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa” (Figueiredo, 2012, p. 70).

Na avaliação e intervenção familiar existem instrumentos de avaliação familiar que podem ser utilizados pela enfermagem familiar.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

O genograma permite uma perceção da estrutura familiar, que é utilizado aquando da colheita de dados, sendo um diagrama familiar possibilita entender a perspetiva transgeracional e o sistema relacional familiar (Figueiredo, 2012). O genograma tem uma “simbologia específica, que lhe confere clareza e funcionalidade [...], incide nas relações e ligações no sistema multi e intergeracional da família” (Figueiredo, 2012, p. 16).

O ecomapa evidencia o tipo de relações entre os elementos da família e os sistemas amplos, evidenciando as necessidades e os recursos, identificando pessoas e instituições de referência, percebendo quais são as redes de apoio (Figueiredo, 2012).

A psicofigura de Mitchel representa “as relações inter-familiares, conforme percebidas pelos membros da família” (Figueiredo, 2012, p. 17).

A Escala de Graffar avalia condições socioeconómicas familiares para identificar a classe social a que a família pertence, de modo a prever situações de risco, sendo avaliada a profissão, o nível de instrução, a fonte de rendimento familiar, o conforto do alojamento e o aspeto da zona de habitação (Figueiredo, 2012).

O APGAR (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) Familiar tem como objetivo avaliar a família como funcional ou disfuncional, através da manifestação de satisfação do cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, identificando situações de risco associados a um âmbito do funcionamento da família (Figueiredo, 2012).

A Escala de Readaptação Social “correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base acontecimentos num passado recente, circunscrito a um ano” (Figueiredo, 2012, p. 19). Permite prever situações de risco de doença com o acumular de mudanças significativas.

A FACES II avalia a coesão e a adaptabilidade familiar, sendo as famílias categorizadas em extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas, relativamente ao seu funcionamento (Figueiredo, 2012).

1.4 – ATITUDES DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE À FAMÍLIA

Atitude (do latim *aptitudine*, pelo francês *attitude*) significa um propósito, modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir. Faz a junção entre a opinião e a conduta e indica o que interiormente estamos dispostos a fazer (Oliveira et al, 2011, p. 1332).

Eagly e *Chaiken* definem 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” (Silva et al., 2013, p. 21)

O termo atitude é constituído por aspetos afetivos, cognitivos e comportamentais e promove resposta a um estímulo, sendo a presença da família este estímulo, o qual vai desencadear atitudes nos enfermeiros.

A enfermagem familiar é afetada pelas atitudes dos enfermeiros quanto à relevância que estes atribuem ao envolvimento da família nos cuidados. Assim, as atitudes vão influenciar o tipo de relação que se estabelece entre a família e os profissionais. “As atitudes que os enfermeiros demonstram frente à família determina a efetividade dos cuidados oferecidos” (Nóbrega, 2020 citado por Sampaio et al, 2021, p. 2), logo, é importante avaliar as atitudes para perceber qual a importância da família como parceira nos cuidados.

“As atitudes dos enfermeiros compõem um importante indicador para avaliar a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os membros da família” (Nóbrega, 2020 citado por Sampaio et al, 2021, p. 2), uma vez que o enfermeiro ao reconhecer a família como parceira no cuidar, permite uma melhoria nos “cuidados às famílias visando o alcance da integralidade do cuidado” (Oliveira et al., 2011 citado por Sampaio et al., 2021, p. 2).

Para entender as atitudes, é necessário perceber a sua estrutura. *Rosemberg* e *Hovland*, sugerem uma visão tri-composta, onde a atitude pode adotar variáveis (Sampaio et al, 2021). Estas variáveis podem ser independentes e mensuráveis, onde estão incluídos os estímulos, estímulos estes que incluem os indivíduos, situações, grupos sociais, entre outros (Sampaio et al, 2021). As variáveis também podem ser intervenientes, onde estão incluídos o afeto, a cognição e o comportamento (Sampaio et al., 2021). Por último, as variáveis

dependentes mensuráveis são constituídas pelas “respostas do sistema nervoso simpático e a descrição verbal dos afetos (ligada ao afeto); as respostas perceptuais e a descrição verbal das crenças (ligadas à cognição); as ações abertas e descrições verbais relativas a comportamentos (ligadas ao comportamento)” (Sampaio et al., 2021, p. 21).

Na enfermagem, a atitude pode ser explicada como

o conjunto de práticas, conhecimentos, habilidades, estratégias e satisfação que o enfermeiro tem para incluir a família no seu trabalho por meio do planeamento do cuidado, promovendo a participação da família e reconhecendo as dificuldades e os facilitadores na relação terapêutica, respeitando suas singularidades (Nobokuni et al, 2021, sp).

Estabelecer uma relação de parceria com a família, entendê-la como unidade funcional e encará-la como integrante proativo e como objeto de cuidados, é fundamental para o desenvolvimento da enfermagem. Logo, as atitudes dos enfermeiros para com a família vão traduzir o entendimento que estes possuem relativamente à importância que esta tem na integração dos cuidados. Assim sendo, a prática dos enfermeiros pode potencializar mais ou menos o processo funcional das famílias.

As atitudes podem ser influenciadas pelas próprias organizações de cuidados e da equipa onde os enfermeiros estão inseridos, que podem apoiar ou não a presença da família. A formação pessoal do enfermeiro e a sua capacidade de compreensão relativamente à família e a importância que este atribui à mesma, também podem ser fatores que afetam as atitudes. O modo como os enfermeiros vêem os cuidados à família, o seu próprio significado de família, de saúde e de doença, influencia a tomada de decisão por parte do enfermeiro, quer no planeamento dos seus cuidados quer na sua implementação.

De modo a promover capacitação e empoderamento familiar para dar resposta aos problemas, os enfermeiros devem adquirir capacidades para incluir as famílias na sua prática, não vendo a presença da família como uma ameaça, mas sim como uma mais-valia.

2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

No curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar o programa formativo inclui componentes teóricas, teórico-prática e prática laboral e componente clínica (OE, 2021), de modo que o processo formativo seja global. A OE refere que “a realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (OE, 2021, p.2).

A realização dos ensinamentos clínicos vai permitir que as aprendizagens sejam efetuadas em contexto de prestação de cuidados, de modo a garantir a consolidação de conhecimentos e competências na área da especialidade.

O contexto da prática clínica é definido pela OE como o serviço ou unidade em que se realizam os processos formativos em enfermagem de modo a garantir processos de aprendizagem de qualidade.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar foram realizados os seguintes ensinamentos clínicos na USF Lusitânia: o ensino clínico I que decorreu no período compreendido entre 2 de maio e 9 de junho de 2023, com a duração de 108 horas; o ensino clínico II decorreu no período de 12 de junho e 14 de julho de 2023, com a duração de 94,5 horas; por último o ensino clínico III decorreu no período compreendido entre 7 de setembro de 2023 e 8 de janeiro de 2024, com a duração de 297,5 horas de trabalho em contexto clínico e 200 horas para relatório em orientação tutorial, num total de 810 horas. Com o intuito de aprofundar saberes relativamente à importância atribuída à família nos cuidados visando a obtenção de ganhos em saúde, servindo de contexto para a elaboração de um trabalho de investigação que possa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar.

Com o objetivo de contextualizar a prática clínica será efetuado uma caracterização do ACES do Alentejo Central, onde se situa a USF Lusitânia, assim como a caracterização desta relativamente à sua organização e funcionamento, o qual foi elaborado no ensino clínico I.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ONDE A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SE INSERE

A execução de uma breve caracterização do ACES do Alentejo Central possibilita entender a região onde vamos desenvolver o projeto de estágio.

De salientar que a partir de 1 de janeiro de 2024 foi constituída a Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC), a qual consiste na integração dos CSP com os Cuidados de Saúde Hospitalares, que prestam serviços na NUTS III, Alentejo Central, equivalente ao Distrito de Évora.

A promoção desta integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, o Alentejo Central, visa melhorar o envolvimento dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do Serviço Nacional de Saúde, criando inegável valor expresso na promoção da saúde e prevenção da doença (BI-CSP, 2024, s.p.).

A ULSAC tem como missão “a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência direta e indireta, sendo norteadada pela excelência, diferenciação, adequação e tempestividade dos cuidados de saúde prestados” (BI – CSP, 2024, s.p).

O território de abrangência direta da ULSAC compreende a NUTS III Alentejo Central, que integra o distrito de Évora. A nível de abrangência indireta a área de influência

corresponde aos Distritos contíguos, nomeadamente: Portalegre (a norte), Beja (a sul) e parte oeste de Setúbal (a oeste), na zona do Alentejo litoral. A leste, o distrito de Évora faz fronteira com Espanha, sendo, portanto, um dos Distritos delimitadores do território nacional (BI-CSP, 2024, s.p).

CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

Integrando-se na Administração Regional de Saúde Alentejo (ARS), o ACES Alentejo Central localiza-se a sul de Portugal Continental, constituindo-se como parte da maior região portuguesa, o Alentejo.



Figura 3: Concelho de Évora
Fonte: Câmara Municipal de Évora (2022, p.36)

O Alentejo Central é uma sub-região estatística portuguesa (NUTS III), parte da Região Alentejo, que corresponde por completo ao Distrito de Évora. Limita a norte com a Lezíria do Tejo e com o Alto Alentejo, a leste com Espanha, a sul com o Baixo Alentejo e com o Alentejo Litoral e a Oeste com a Área Metropolitana de Lisboa.



Figura 4: Alentejo Central
Fonte: desconhecida da Internet

Tem uma área de 7393 km², uma população estimada em 152 444 habitantes (2021) e uma densidade populacional de 20,8 hab./Km².

Por sua vez, a cidade de Évora localiza-se na Região Alentejo (NUTS II) e na Sub-Região do Alentejo Central (NUTS III), constituindo a sede do Concelho e do Distrito de Évora. Apresenta uma área de 1.307 km² e o município ocupa cerca de 5% do total do Alentejo (Diagnóstico Social do Concelho de Évora, 2022). Em 2021, no concelho de Évora, estima-se que o número médio de habitantes tenha sido de 41 hab/ KM² e que a população residente seja de 53591, de acordo com os resultados provisórios dos Censos 2021.

O Concelho é dividido em 12 Freguesias e Uniões de Freguesias: 3 freguesias urbanas e 9 freguesias rurais. As freguesias da área urbana são constituídas por: União das freguesias de Évora (São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão), União das freguesias de Malagueira e Horta das Figueiras e União das freguesias de Bacelo e Senhora da Saúde. As freguesias rurais são constituídas por: Canaviais, Nossa Senhora da Graça do Divor, Nossa Senhora de Machede, São Bento do Mato, São Miguel de Machede, Torre de Coelheiros, União das freguesias de Nossa Senhora da Tourega e Nossa Senhora de Guadalupe, União das freguesias de São Manços e São Vicente do Pigeiro e a União das freguesias de São Sebastião da Giesteira e Nossa Senhora da Boa Fé (Diagnóstico Social do Concelho de Évora, 2022).

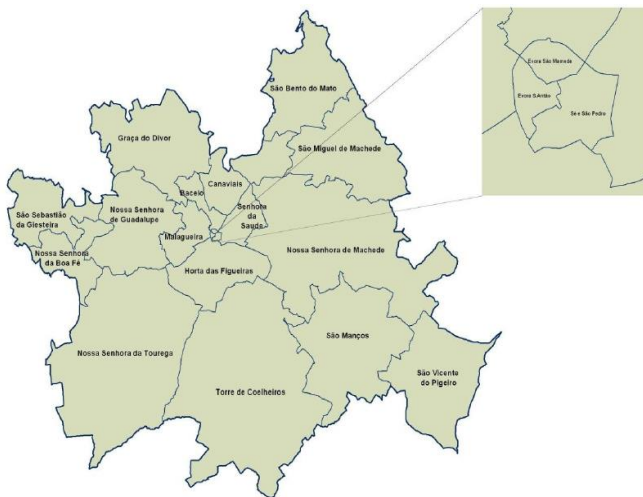


Figura 5: – Concelho de Évora – Freguesias

Fonte: CLASE, 2012, p. 14

O concelho limita a norte com o município de Arraiolos, a nordeste por Estremoz, a leste por Redondo, a sueste pelo município de Reguengos de Monsaraz, a sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a Oeste pelo município de Montemor-o-Novo (CLASE, 2012).

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A densidade populacional do Alentejo Central revelou-se significativamente inferior à média nacional (112,9 habitantes/Km²) e inferior no conjunto do Alentejo (cerca de 22,5 habitantes por Km²).

O grupo etário predominante é entre 15 e 64 anos, seguido do +65 e por último, as crianças dos 0-14 anos, tendência que acompanha a nível nacional.



Gráfico 1: População residente por grandes grupos etários (2021)
Fonte: PORDATA (consultado a 18/05/2023)

A população estrangeira que residia em Évora, em 2021, representava cerca de 3.2% do total, sendo que 85,48% desta população tem origem num país externo à União Europeia (Brasil, China, Ucrânia, Cabo Verde e Nepal). A população de etnia cigana representa no concelho cerca de 0.65% (cerca de 350 indivíduos).

A dimensão média das famílias no Alentejo Central é de 2.3, ligeiramente inferior ao do Alentejo 2.4, nos censos de 2021, valor ligeiramente abaixo de Portugal que é de 2.5.

No Alentejo as famílias com um indivíduo abrangem 57.3, enquanto as famílias sem filhos são 68.8. Por sua vez, o casal com filhos corresponde à maioria das famílias 99.1, enquanto as famílias monoparentais são 25.3. Por último, temos a designação na Pordata por Outros que corresponde a 23.1.

Segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Évora, os indicadores de vulnerabilidade das famílias são: baixos rendimentos, desemprego, deficiência ou doença, isolamento social, dimensão do agregado familiar e existência ou não da rede de apoio familiar.

Os serviços de saúde integrados no ACES Alentejo Central, são constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, tendo como missão

garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Também desenvolve atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais (BI-CSP, 2023, sp.).

A sua área de atuação estende-se aos concelhos do Distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa). (BI- CSP, 2023). São Unidades Funcionais do ACES Alentejo Central 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 13 Unidades de Saúde Familiar, sendo que 8 USF são modelo A e 5 são modelo B, 12 Unidades de Cuidados à Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (BI – CSP, 2023). A região também dispõe de um Hospital Distrital e, neste momento encontra-se em curso a construção do novo Hospital Central do Alentejo. Dispõe ainda de um Hospital privado, várias clínicas de diagnóstico, vários serviços e entidades de apoio familiar e social.

O ACES Alentejo Central tem 168.453 utentes inscritos, sendo que 1.716 têm nacionalidade estrangeira (censos 2021). O concelho de Évora apresenta um Índice de Dependência de Jovens 21.3% ligeiramente acima do valor de Portugal que é de 20.7%, enquanto nos idosos é de 37.3% ligeiramente acima dos valores de Portugal que é de 36.9%, com um Índice de Envelhecimento de 178.3% idêntico ao do país que é de 178.4% (Pordata, 2023).



Figura 6: Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES Alentejo Central
 Fonte: BI – CSP (2023)

A nível de indicadores de saúde, o concelho de Évora encontra-se numa posição favorecida, uma vez que o número de médicos/1000 habitantes é de 9.3 o qual é superior ao verificado a nível regional e nacional e, o número de enfermeiros é de 15.8/1000 habitantes, valor também superior relativamente ao país (INE).

Tabela 1: – Indicadores de saúde nacional, regional e concelho de Évora (2021)

Território	Enfermeiras/os por 1000 habitantes	Médicas/os por 1000 habitantes
Portugal	7.8	5.7
Alentejo	6.8	3.2
Alentejo Central	8.0	4.4
Évora	15.8	9.3

Fonte: INE

Dos 61179 utentes que se encontram inscritos nas USF do concelho de Évora (valor à data de 2022), estima-se que 12% não possuem médico de família, um valor idêntico aos valores nacionais.

Relativamente aos indicadores demográficos relacionados com a saúde da população, podemos analisar os dados relativamente à natalidade, mortalidade e fecundidade. A taxa de mortalidade tem vindo a aumentar em Évora, cerca de 12,9% em 2021, ligeiramente superior ao nível nacional e inferior ao nível regional.

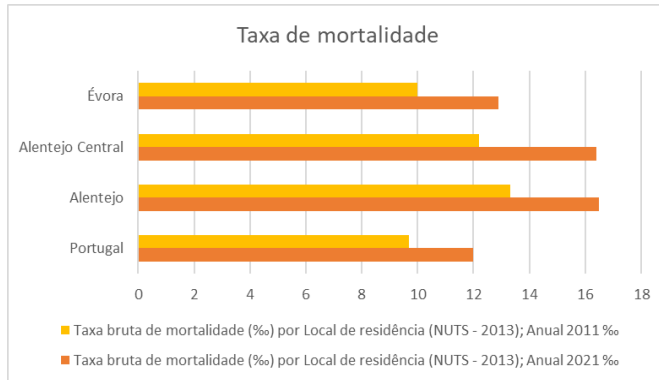


Gráfico 2: Taxa bruta de mortalidade

Fonte: INE (consultado a 30/05/2023)

Em relação à natalidade no concelho de Évora em 2020 o valor é de 8,4%, um pouco acima da média nacional (8.2%) e da média regional (7.4%), tendo nascido em 2021 em Évora cerca de 426 crianças, número que tem vindo a diminuir ao longo dos anos (Câmara Municipal de Évora 2022).

As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos foram consideradas as principais causas de morte no ACES Alentejo Central. Relativamente às morbidades destaca-se a Hipertensão e as alterações do metabolismo dos lípidos.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR LUSITANIA

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em 2005, teve como objetivo maior equidade de acesso à saúde. O aparecimento das USF levou a uma nova configuração nos centros de saúde, orientada para a obtenção de ganhos em saúde, sendo que estas se devem desenvolver com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde. (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho).

O Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto define as USF como

as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três

modelos de desenvolvimento: A, B e C (Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho, p. 3128).

As USF têm que elaborar um plano de ação anual onde é traduzido

o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais” (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, artigo 6, alínea 1, pag. 3129).

“O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o diretor executivo do ACES” (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, artigo 6, alínea 3, p. 3129).



Figura 7: Logotipo da USF Lusitânia
Fonte: BI – CSP (05/2023)

A USF Lusitânia é uma USF de modelo B com início de atividade em 5 de setembro de 2011, como modelo A, tendo passado para modelo B em 16 de dezembro de 2016. Sediada na Rua Ferragial do Poço Novo, em Évora, com um horário de funcionamento de 2º a 6º feira das 08:00 às 20:00, sábados, domingos e feriados das 08:00 às 14:00. Possui dois polos, as quais são freguesias rurais que pertencem à área de atuação da USF:

- Boa Fé, que funciona à quinta-feira das 09:00 às 14:30
- S. Sebastião da Giesteira que funciona à segunda-feira e sexta-feira das 09:00 às 14:30.

Os contactos da unidade são: contacto telefónico 266760012 e o email: usf.lusitania@alentejocentral.min-saude.pt

MISSÃO E VALORES DA USF

A USF tem como missão “prestar cuidados de saúde personalizados, acessíveis e globais, assegurando a continuidade de cuidados aos utentes inscritos” (BI-CSP, 2023).

A visão da USF é “a satisfação dos utentes e dos profissionais pela qualidade e eficiência dos cuidados prestados” (BI-CSP, 2023).

Os valores que os profissionais adotaram no seu contato interpessoal e com os utentes são: “Acessibilidade; Respeito; Dedicção; Responsabilidade; Qualidade; Transparência e Ética; Disponibilidade; Trabalho em equipa e Satisfação dos profissionais e dos utentes” (BI-CSP, 2023).

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA

A constituição da equipa é 5 médicas, 5 enfermeiras, 4 secretárias clínicas e 3 internas. A coordenação é efetuada pela Dra. Solange Pereira Gomes. A Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária Maria João Correia de São José, a Médica Cristina Maria Alves Pereira e a Secretária Clínica Sónia Cristina Moleiro Varela Ferreira constituem o Conselho Técnico (BI-CSP, 2023).

Cada equipa é composta por médica, enfermeira e secretaria clínica, a qual possui um ficheiro de utentes que varia entre os 1700 e os 1900 utentes.

A USF possui uma equipa de enfermagem em que a maioria é detentora de formação especializada: três enfermeiras possuem a Especialização em Enfermagem Saúde Comunitária e uma enfermeira a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O facto de a unidade possuir elementos de enfermagem com formação especializada permite que se desenvolva uma prática com um elevado grau de responsabilidade profissional, ético e legal, permite uma melhoria continua da qualidade e uma gestão dos cuidados, bem como o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro).

A formação é uma prioridade para a USF Lusitânia, uma vez que participa ativamente na formação de médicos internos de especialidade e do ano comum, bem como na formação dos alunos de Enfermagem.

ESPAÇO FÍSICO

O edifício em que a USF Lusitânia está inserida é compartilhado por outras unidades de saúde. No rés do chão, onde se encontra a USF Lusitânia (zona amarela), encontra-se também a Unidade de Cuidados Comunidade Évora e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). No primeiro andar do edifício encontra-se a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) Portas de Avis, a Equipa Comunitária de Suporte em Paliativos (ECSP) Ametista e a Unidade Saúde Familiar Sol. Encontram-se ainda gabinetes que pertencem à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), um gabinete da Saúde Oral e um gabinete da Psicóloga. Na cave encontra-se o armazém da farmácia e material clínico da ARS.

A USF Lusitânia possui uma área de entrada que é constituída por uma sala de espera e uma secretaria onde se encontra o serviço de secretariado. Dentro da área do secretariado encontra-se uma repartição onde está o armazém de stock da USF. A Sala de Tratamentos e WC para utentes (homens, mulheres e WC Deficientes/fraldário) estão localizados a seguir ao secretariado.

Posteriormente, existe uma divisão com portas que divide esta área, de uma outra onde estão localizados 6 gabinetes médicos e 3 gabinetes de enfermagem para a realização de consultas, sendo que um destes é para dar apoio à Consulta Aberta. No final da unidade existe um vestiário com casa de banho e uma sala de refeições para os profissionais.

RECURSOS MATERIAIS

Todos os gabinetes de consulta estão equipados com uma secretária, cadeiras para o profissional de saúde e utentes, marquesa, armário e lavatório. Estes possuem computador, impressora e telefone.

A sala de vacinas, além dos recursos anteriores, encontra-se equipada com um frigorífico que contém um sistema de monitorização da rede frio, em que um dos elementos de enfermagem é responsável. Possui também uma marquesa infantil e um saco com material e terapêutica para atuar em situações de reações anafiláticas, segundo a norma do Programa Nacional de Vacinação 2020.

O gabinete utilizado para dar apoio à consulta aberta também está equipado com um monitor de avaliação de sinais vitais, um desfibrilhador e um carro de urgências

devidamente equipado com material e terapêutica adequado, assim como medicação utilizada em situações de doença aguda.

Na sala de tratamentos encontra-se todo o material esterilizado necessário. A esterilização é efetuada no Hospital Distrital de Évora.

A limpeza do vestuário dos profissionais é assegurada pelo ACES.

A higiene da USF é realizada por uma empresa de limpezas que foi contratada pelo ACES.

A USF tem à disposição um carro para VisitaçãO Domiciliaria utilizado pelos próprios profissionais de saúde, o qual tem que ser requisitado atempadamente.

SISTEMAS INFORMÁTICOS DE REGISTO E INFORMAÇÃO

Os registos de uma prática são fundamentais, porque permitem a continuidade dos cuidados e, a nível legal são prova dos cuidados efetuados. Os registos devem ser leais às análises e intervenções executadas.

Os registos de enfermagem são efetuados segundo a linguagem da CIPE, a qual permite uma linguagem única de modo que a aplicação do processo de enfermagem traga ganhos em saúde para os utentes/família.

Os sistemas informáticos de registos utilizados são: o Sclinico onde se encontram parametrizados os programas de saúde, a avaliação inicial, os diagnósticos de enfermagem e os focos de atenção, assim como as intervenções para cada foco; o SiiMA Rastreios que permite a gestão de Programas de Rastreio, desde a convocatória até ao registo do exame, é utilizada para o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e para o Rastreio do Colon e do Reto (RCCR); o Registo Nacional de Utentes (RNU) é a base de dados onde consta a informação de cada utente; a Gestcare que é utilizada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A nível de informação são utilizados dois sistemas: o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI – CSP) e o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF). O BI – CSP permite a monitorização do desempenho das unidades funcionais a nível público, o que possibilita uma melhoria continua. O MIM@UF contém os dados da atividade das unidades funcionais (relatórios, listagens), possibilitando uma análise dos dados.

2.3 – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Segundo a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, todas as USF têm que dispor de uma carteira básica de serviços, a qual consiste num compromisso assistencial nuclear, independentemente da tipologia da USF. Esta carteira básica de serviços é transversal a todas as unidades variando apenas aspetos relacionados com número de utentes, horários e serviços adicionais (carteira adicional de serviços), e contempla o que deve ser contratualizado a nível de “cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua” (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, p. 7656).

A USF Lusitânia possui uma carteira básica de serviços que é sujeita a avaliação através de indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nas várias dimensões que são contratualizadas e a qual a unidade se propõe a atingir. Estas dimensões abrangem o Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da doença, Qualificação da prescrição, Satisfação de utentes, Serviços de carácter assistencial e não assistencial, melhoria contínua da qualidade, segurança e formação (BI- CSP, Carta de Compromisso da USF Lusitânia 2023).

A USF Lusitânia na sua carteira básica de serviços, tem à disposição a Consulta Programada (médica e de enfermagem) com o intuito de vigilância de saúde e prevenção da doença ou mesmo o seguimento de doenças crónicas. Esta engloba a dimensão da gestão da saúde: na Saúde Infantil e Juvenil, Saúde na Mulher, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. Na dimensão da gestão da doença engloba: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial (HTA), Doenças do Aparelho Respiratório, Multimorbilidade e Outros tipos de Doença.

Possui também a Consulta Aberta, que é uma consulta no próprio dia, que funciona no período da manhã e da tarde, para dar resposta a situações agudas, onde a Enfermeira de Família (EF) dá apoio. A Consulta Domiciliar /Visitação Domiciliar é aplicada a utentes com doença súbita ou crónica, que por alguma incapacidade não se conseguem deslocar à USF, as quais são agendadas segundo a periodicidade necessária.

Os Tratamentos de Enfermagem (tratamento de feridas e administração de medicação) realizam-se com marcação prévia, nos dias úteis no horário das 8h/12h e das 13h/19h30m, sábados, domingos e feriados das 8h/14h. A Vacinação também tem horário definido: terça-feira das 9h/14 e quinta-feira das 14h/18h.

No âmbito da Saúde Infantil a EF realiza o Rastreio de Doenças Metabólicas ao recém-nascido durante os dias uteis no período das 9h às 13h.

2.4 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF LUSITÂNIA

A USF Lusitânia tem 9.110 utentes inscritos

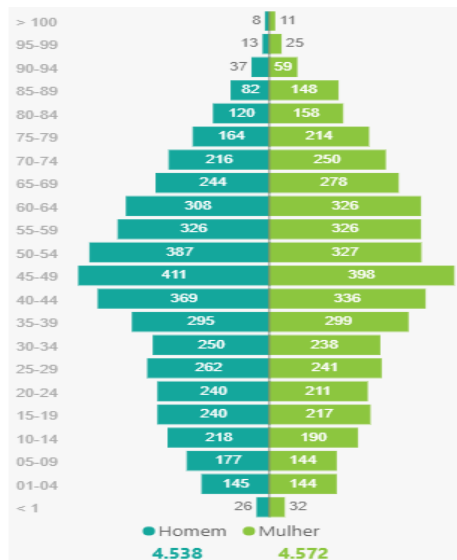


Figura 8: Pirâmide Etária dos Utentes inscritos na USF Lusitânia
Fonte: BI-CSP, 2023

Os utentes que estão inscritos na USF apresentam Índice de Dependência Total de 51,66%, os Idosos apresentam um índice de dependência de 33,74% ligeiramente abaixo dos valores do Concelho de Évora (37,3%) e do País (36,9%). Os jovens apresentam um Índice de Dependência de 17,91%, valor menor que do concelho de Évora (21,3%) e de Portugal (20,7%).



Figura 9: – Índice de Dependência dos utentes da USF Lusitânia
Fonte: BI-CSP, 2023

A distribuição dos utentes por grupos etários e género da USF Lusitânia encontra-se descrito na tabela seguinte. Analisando esta tabela podemos verificar que a maioria dos utentes se encontra no grupo dos 7-64 anos, ou seja uma população ativa.

Tabela 2: Distribuição dos utentes da USF Lusitânia por grupos etários e género

GRUPO ETÁRIO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 6 ANOS	239	237	476
7 – 64 ANOS	3.415	3.192	6.607
65 – 74 ANOS	460	528	988
> 75 ANOS	424	615	1039

Fonte: BI-CSP, 2023

A equipa estabelece, na carta de compromisso de 2023 objetivos relativos a problemas identificados. Um dos problemas surge ao nível dos rastreios oncológicos, RCCU e RCR, onde existe pouca adesão por parte dos utentes, logo a equipa tem como objetivo aumentar a taxa de cobertura e sensibilizar utentes e equipa para a importância do agendamento, realização e registo do rastreio, promovendo assim a redução da mortalidade. Outro problema identificado surge na área da Gestão da Saúde, com a baixa adesão às consultas de Planeamento Familiar (PF), com sucessivas faltas às consultas agendadas, assim o objetivo é reforçar a importância da consulta de PF, convocando as mulheres em idade fértil para consultas de vigilância (carta e/ou telefone). No programa de Saúde Materna, o problema identificado é a falha de registos no respetivo programa, logo a equipa pretende melhorar a qualidade dos registos do acompanhamento da grávida pela Equipa Médica/Enfermeira de Família (ecografias do 2º Trimestre e consultas de vigilância e revisão do puerpério).

2.4.1 – Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família

Nos CSP a ESF é considerada de vital importância, sobretudo nas USF em que regido pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, no seu Artigo 7.º, refere que “os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar” (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017, p. 3129).

Os enfermeiros especialistas em ESF detêm um saber geral e específico, baseando a sua prática profissional em evidência científica, em que a família é considerada o foco dos cuidados de enfermagem, o que permite ganhos em saúde. A inclusão da família em cuidados requer que os enfermeiros tenham uma postura acessível e assumam um

comportamento de inclusão da família, vendo-a como o foco dos cuidados de enfermagem (Aragão et al., 2019). Isto tem o seu enquadramento a nível internacional na Saúde 21, das políticas de saúde para todos na Região Europeia da OMS, em que a família é considerada o alvo dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, em Portugal. As competências específicas 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 (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19357)” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19358).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, artigo 9, refere que os utentes inscritos em cada médico e enfermeiro de família são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.

O ficheiro da enfermeira supervisora deste ensino clínico é constituído por 1832 utentes com aproximadamente 840 famílias, das quais 78 são não frequentadores, famílias estas de diferentes tipologias e especificidades.

Segundo Regulamento n.º 743/2019, que define a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o número de enfermeiros necessários em cada Unidade de Saúde Familiar, aplica-se o seguinte rácio: 1 Enfermeiro/1.550 utentes ou 1 Enfermeiro/350 famílias. Assim, confirma-se que a lista de utentes da EF tem mais do dobro de famílias do que é preconizado.

Na tabela seguinte podemos verificar como é constituído este ficheiro. Dos 1832 utentes e das 840 famílias, podemos verificar que existem 25 crianças com menos de 1 ano e 14 crianças no 2º ano de vida. Possui 427 mulheres em idade fértil e 104 idosos, o que vai de encontro ao perfil dos utentes inscritos na USF.

Relativamente às comorbilidades, podemos verificar que 351 têm como diagnóstico HTA, a qual está associada às Doenças Cérebro-cardiovasculares, as quais são consideradas uma das primeiras causas de morte em Portugal.

Tabela 3: Distribuição dos utentes inscritos

Utentes	1832
Famílias	840
Crianças «1 Ano	25
Crianças 2º Ano de Vida	14
Mulheres Idade Fértil (15/49)	427
P.N. Hipertensão Arterial	351
P.N. Diabetes Mellitus	137
P.N. Idosos	104
P.N. saúde materna	9

Fonte: a própria

2.5 – INDICADORES E GANHOS EM SAUDE

Sendo as USF considerado o modelo de organização mais indicado para se obter ganhos em saúde, a monitorização da sua atividade é fundamental para se perceber a melhoria contínua dos cuidados prestados, sendo o Índice Desempenho Global (IDG), o reflexo deste facto.

Os indicadores que são alocados a cada dimensão (Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da doença, Qualificação da prescrição, Satisfação de utentes, Serviços de carácter assistencial e não assistencial, melhoria continua da qualidade, segurança e formação), permitem uma monitorização constante e uma avaliação que é apoiada pela evidência (BI-CSP, 2023).

Na USF Lusitânia a equipa de enfermagem avalia constantemente o conjunto de indicadores que traduzem o desempenho da equipa, sendo estes referentes às várias dimensões. Existem indicadores que são específicos das intervenções das enfermeiras.

Na área da diabetes temos: Proporção de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no último ano; Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano e registo de gestão do regime terapêutico no último ano (BI-CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
35 - Proporção DM com exame pés último ano	FL	13	N	202312	70,00	89,00	100,00	100,00	92,09809	2,000
36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	FL	13	S	202312	60,00	75,00	100,00	100,00	86,37602	2,000
37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	FL	13	S	202312	70,00	87,00	100,00	100,00	89,91826	2,000

Figura 10: Indicadora da área da diabetes

Fonte: BI – CSP, 2023

Na área da HTA, a equipa de enfermagem dá cumprimento aos indicadores: Proporção de hipertensos com índice de massa corporal (12 meses); Proporção de hipertensos com pressão arterial em cada semestre e Proporção de hipertensos < 65 anos com Pressão arterial < 150/90 (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL	13	S	202312	65,00	80,00	100,00	100,00	86,51233	2,000
19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FL	13	N	202312	40,00	75,00	100,00	100,00	68,73358	1,642
20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL	13	S	202312	45,00	67,00	100,00	100,00	70,35519	2,000

Figura 11: Indicadora da área da HTA

Fonte: BI – CSP, 2023

Na área da Saúde Reprodutiva e PF podemos analisar os indicadores: Taxa de utilização de consultas de PF (médico/enfermeiro); Taxa de utilização de consultas de enfermagem de PF (BI-CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL	13	S	202312	38,00	60,00	100,00	100,00	58,60996	1,874
9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL	13	N	202312	25,00	42,00	75,00	80,00	48,18465	2,000

Figura 12: – Indicadores da área da Saúde Reprodutiva e PF

Fonte: BI – CSP, 2023

Na área da Saúde Infantil e Juvenil os indicadores associados à enfermagem são: Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário; Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário; Proporção de jovens com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário; Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador; Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador; Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data

de referência do indicador; Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao 6º dia de vida; Proporção de recém-nascidos com visita domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	13	N	202312	95,00	95,00	100,00	100,00	93,67088	0,000
94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	13	N	202312	95,00	95,00	100,00	100,00	87,65432	0,000
95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL	13	S	202312	95,00	95,00	100,00	100,00	96,00000	2,000
15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL	13	N	202312	10,00	50,00	100,00	100,00	0,00000	0,000
57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	FL	13	N	202312	83,00	94,00	100,00	100,00	81,03449	0,000

Figura 13: Indicadores da área da Saúde Infantil e Juvenil

Fonte: BI – CSP, 2023

Na Saúde Materna podemos avaliar o desempenho da enfermagem através dos indicadores: Proporção de grávidas com 5 ou mais consultas vigilância de enfermagem na gravidez e revisão do puerpério; Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL	13	S	202312	51,00	77,00	100,00	100,00	88,63636	2,000
296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL	13	N	202312	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00000	0,000

Figura 14: Indicadores da área da Saúde Materna

Fonte: BI – CSP, 2023

Na visita domiciliária temos a Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL	13	S	202312	300,00	570,00	1500,00	1500,00	202,99050	0,000

Figura 15: – Indicadores da área da visita domiciliar

Fonte: BI – CSP, 2023

As consultas de enfermagem realizadas pelo método de trabalho por Enfermeiro de Família também podem ser monitorizadas através do indicador: Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL	13	S	202312	65,00	70,00	88,00	92,00	64,76441	0,000

Figura 16: Indicadores da área método de trabalho por EF

Fonte: BI – CSP, 2023

Existem também outros indicadores que monitorizam o desempenho de enfermagem: Proporção de idosos ou doença crónica com vacina da gripe; Proporção utentes com 25 anos ou mais com vacina do tétano; Taxa de utilização consultas de enfermagem nos últimos 3 anos; Taxa de utilização consultas medicas ou enfermagem nos últimos 3 anos (BI- CSP, 2023).

Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL	13	S	202312	45,00	55,00	100,00	100,00	55,85173	2,000
98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL	13	S	202312	85,00	93,00	100,00	100,00	84,28139	0,000
99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL	13	S	202312	65,00	76,00	100,00	100,00	79,91227	2,000
100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	FL	13	N	202312	86,00	91,00	97,00	100,00	91,06962	2,000

Figura 17: Indicadores

Fonte: BI – CSP, 2023

Além dos indicadores referidos anteriormente, temos outros indicadores que não são específicos da enfermagem, mas em que a mesma tem um papel fundamental. Com a monitorização destes indicadores a equipa de enfermagem consegue perceber o que tem que melhorar para dar resposta a cuidados de saúde de qualidade às suas famílias.

2.6 -CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Para uma adequada resposta às necessidades dos utentes/família, em cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve ser o profissional responsável, de modo a providenciar os meios para a continuidade dos cuidados. Assim, a consulta de enfermagem deverá ter autonomia qualquer que seja a situação e tem que ter por base o processo de enfermagem.

Existem vários tipos de consulta de enfermagem

programada ou não (urgente), presencial ou não presencial, ocorrer de forma individualizada ou integrada no plano de consultas da equipa de saúde multidisciplinar. No âmbito da consulta não presencial, inclui-se a

teleconsulta de enfermagem que, por sua vez, pode ser síncrona ou assíncrona (OE, 2021, p. 5).

Na USF Lusitânia as consultas de enfermagem podem ser efetuadas em simultâneo com o médico ou não. Podem ser agendadas pela equipa de saúde ou por iniciativa do utente. O utente poderá fazer a sua marcação por telefone ou presencialmente em todo o horário de funcionamento da USF.

De seguida, é aprofundada a consulta de Diabetes, HTA e Hipocoagulados, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Saúde Reprodutiva e PF e rastreios, visitação domiciliar onde o Enfermeiro de Família tem um papel fundamental no

âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida (OE, 2021, p. 5).

CONSULTA DE VIGILÂNCIA DA DIABETES

A prevalência estimada da diabetes em Portugal, no ano de 2021, nas idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14.1%, ou seja cerca de 1.1 milhões neste grupo tem diabetes, no entanto as Consultas de Diabetes realizadas nos Cuidados Primários decresceram significativamente nestes últimos 8 anos, passando de 8,1% em 2014 para 5,6% em 2021 (Observatório Nacional Diabetes, 2023).

Relativamente ao pé do diabético, associado ao período de pandemia que se vivenciou em 2020 e 2021, verificou-se uma redução nos registos de observação do pé dos utentes com diabetes que utilizaram a Rede de Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal Continental (2019 - 83.7%; 2020 - 72.2% e 2021 - 73.8%) (Observatório Nacional Diabetes, 2023).

A Diabetes faz parte do conjunto de programas prioritários, sendo que O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes tem como objetivo diminuir a taxa de incidência da

diabetes, com menos mortes prematuras e sem complicações tardias da doença (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017).

Na USF Lusitânia a consulta de vigilância aos utentes diabéticos ocorre nas terças-feiras no período da manhã (09h/12h) e tarde (14h/17h), seguida de consulta com a médica de família. Esta tem como finalidade realizar a vigilância, assim como capacitar o utente e família na adaptação à doença crónica.

Esta consulta inicia-se com o acolhimento ao utente/família por parte da Enfermeira de Família (EF). Esta realiza uma avaliação relativamente ao peso, perímetro abdominal, índice de massa corporal, altura e glicemia capilar (se o utente não trouxer análises) e efetua os registos no programa da diabetes no Sclinico. Realiza a avaliação do Risco de Pé Diabético, fazendo a interpretação do risco detetado e, se necessário o seu encaminhamento. A EF também realiza a avaliação da gestão do regime terapêutico, relativamente à alimentação, ao exercício físico e à medicação, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis. Define metas e objetivos com o utente/família, de forma individualizada, envolvendo-os no processo de cuidar e capacitando-os para a autonomia.

CONSULTAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (ratificada por Portugal em 1990) a criança tem o direito inerente à vida, à sua sobrevivência e ao seu desenvolvimento, tem direito a um estado de saúde e de acesso a serviços de saúde eficazes. Assim, a vigilância de saúde de forma regular nas crianças e adolescentes permite a obtenção de ganhos em saúde, detetando situações que possam intervir na qualidade de vida das crianças, promovendo a satisfação na família.

O EF é detentor de uma situação favorável, porque como se encontra próximo da família, pode ajudar na capacitação dos pais para promover o desenvolvimento dos filhos. Isto vem de encontro aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, que pretendem “até 2030, garantir que todos as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância[...]” (Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2018, p. 16).

O desenvolvimento infantil é um tipo de crescimento com características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta (OE, 2010, p. 42)

Na USF Lusitânia a consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil decorre às quartas-feiras no período da tarde, a qual é orientada segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). A Enfermeira de Família acolhe a criança/adolescente e família e realiza a consulta de enfermagem em conjunto com a médica.

Esta consulta de enfermagem tem como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento, realizando os respetivos registos no Sclinico e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; estimular comportamentos saudáveis (nutrição, exercício físico, o brincar, as medidas de segurança...); promover imunização contra doenças transmissíveis, saúde oral, a prevenção dos maus-tratos, o aleitamento materno; detetar e encaminhar situações que afetem a qualidade de vida da criança e do adolescente.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA - PF E RASTREIOS

A Saúde Reprodutiva é definida como o “Estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos” (DGS, 2008, p.5). Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos (Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994). Pressupõe que cada indivíduo tem direito a ser informado, com acesso a métodos de PF seguros e eficazes e que a mulher tem direito a uma gravidez e parto seguros.

Para 2030, a OMS propôs para a Europa (*UN Sustainable Development Goals*), um plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo a importância da implementação/continuação de novas políticas para garantir a equidade de acesso, condições e qualidade de saúde.

Nas consultas de PF o objetivo é alcançar a saúde e bem-estar reprodutivo, a prevenção e resolução de problemas e fornecer respostas adequadas às necessidades dos indivíduos ao longo do ciclo vital, sendo que o aconselhamento é essencial. As competências da EF no PF passam por: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, a todos os seus utentes, prevenir complicações no âmbito da saúde sexual, identificar disfunções sexuais, problemas de fertilidade, infeções sexualmente transmissíveis e fazer o encaminhamento adequado, promover a saúde da mulher em idade fértil durante as diferentes fases de transição do ciclo de vida, facilitar a adaptação da mulher e família às transições vivenciadas durante o ciclo de vida, preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.

No âmbito das consultas de PF realiza-se o RCCU, o qual é dirigido à população feminina entre os 25 e 65 anos. Existe um protocolo entre a ARS Alentejo e o ACES, em que as citologias são analisadas no Hospital do Espírito Santo de Évora.

As consultas realizam-se às quartas-feiras no período da manhã. A EF realiza o acolhimento da mulher/casal, adequando o diálogo às necessidades, recolhe dados sobre a história clínica, faz o exame objetivo avaliando os parâmetros antropométricos, esclarece dúvidas e fornece métodos contraceptivos, motiva para a vigilância dos rastreios do RCCU e mama (realizado 2/2 anos através da Liga Portuguesa contra o Cancro). Colabora com a médica na colocação/remoção de implantes subcutâneos, verifica o estado vacinal e realiza os registos no Sclinico.

CONSULTAS SAÚDE MATERNA

Portugal está colocado entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil (DGS, 2015), devido ao sucesso da introdução de um Programa Nacional de Vigilância da Gravidez onde é englobada a consulta pré-concepcional, a vigilância durante a gravidez de baixo risco e a consulta do puerpério. Em 1960 Portugal tinha uma taxa de mortalidade materna de 115.5, enquanto em 2021 é de 8.8% e, uma taxa de mortalidade perinatal e neonatal em 1960 de 42.2% e em 2022 de 3.3% (Pordata, 2023).

O EF tem um papel fundamental na adaptação do papel parental da grávida/ casal, fomentando o envolvimento dos pais na vigilância da gravidez tornando-os parceiros no cuidar, o que vai de encontro ao preconizado no “Eixo estratégico do Plano Nacional de

Saúde Cidadania em Saúde, no qual o Cidadão é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido (DGS, 2015, p. 12)”.

Na USF Lusitânia as consultas de Saúde Materna realizam-se quarta-feira no período da manhã. A EF realiza o acolhimento à grávida/casal esclarecendo dúvidas, recolhe dados relativamente à história clínica e obstétrica, realiza a avaliação física e verifica o estado vacinal, realiza a avaliação dos consumos e fatores de risco e sugere referência para consultas especializadas se necessário, faz ensinamentos de hábitos saudáveis informa sobre o parto e a parentalidade, assim como os deveres e direitos parentais. No puerpério a EF avalia o estado de saúde da mãe e filho, a adaptação ao novo papel parental, a dinâmica familiar e suporte, esclarece dúvidas sobre o aleitamento materno, início da contraceção e sexualidade nesta fase. Todos os dados recolhidos são registados no Boletim de Saúde da Grávida e no Sclinico.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES - HTA E HIPOCOAGULADOS

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte a nível mundial, nacional e regional. Estas doenças afetam a qualidade de vida das pessoas e famílias, logo a capacitação dos indivíduos para adquirirem hábitos e comportamentos saudáveis é importante para se obter ganhos em saúde. As doenças cérebro-cardiovasculares integram os Programas Prioritários do Plano Nacional de Saúde. O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares pretende “uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o Sistema de Saúde, que tente não apenas evitar as doenças cérebro-cardiovasculares, mas também reduzir as incapacidades por elas causadas e prolongar a vida” (DGS, 2017: 15).

A prestação de cuidados aos utentes assente no controlo de fatores de risco modificáveis (tabagismo, hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, presença de doenças crónicas), permite diminuir o risco cardiovascular, nomeadamente da HTA.

Na USF Lusitânia a consulta de vigilância de enfermagem ocorre às terças-feiras com agendamento de 15 em 15 minutos, seguida de consulta com a médica de família. Nesta consulta a EF faz o acolhimento ao utente/família, realiza a avaliação da tensão arterial, peso, índice de massa corporal e perímetro abdominal, verifica se o utente faz a

autovigilância, promove a gestão e adesão ao regime terapêutico, aconselha o utente e família e identifica fatores de risco, verifica o estado vacinal.

O Programa Nacional para as Doenças Cardio-Cerebrovasculares também preconiza o controle da hipocoagulação nos CSP em doentes controlados. Este controle não se trata de um ato isolado, mas de uma consulta efetuada pela EF, onde além da avaliação do valor, são avaliadas necessidades e alterações na vida do utente em causa. Esta consulta é realizada na USF Lusitânia no mesmo dia e período das consultas de vigilância dos utentes hipertensos.

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

A visitação domiciliária permite a continuidade de cuidados de saúde em utentes que não conseguem deslocar-se à unidade. Permite a promoção da qualidade em utentes em situação de fragilidade e fortalece as aptidões das famílias. Cada vez mais assume um carácter importante, uma vez que se assiste a um aumento do envelhecimento populacional e das doenças crónicas, sendo necessário mais cuidados de qualidade.

O circuito da marcação da visitação domiciliária passa por identificar a necessidade da mesma. Pode ser feito por iniciativa do utente/família presencialmente na unidade, ou por iniciativa dos profissionais de saúde. Esta pode ser efetuada em conjunto com o médico, assistente social ou outro técnico que seja necessário. A visitação domiciliária nunca é efetuada por um profissional sozinho, o que vai de encontro ao parecer da OE.

Para a realização da referenciação para a Rede De Cuidados Continuados é necessária visita conjunta com o médico de família, EF e assistente social, para em conjunto avaliarem as necessidades familiares. Sempre que possível esta visita é realizada nestes pressupostos.

3 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

As transformações que têm sucedido no mundo, devido aos determinantes de saúde, avanços da tecnologia, do envelhecimento da população, o aparecimento de doenças emergentes, os fluxos migratórios, exigem que os profissionais de saúde adquiram competências profissionais, de modo a conseguirem dar resposta às novas exigências de saúde, permitindo uma cobertura e acesso universal aos cuidados de saúde.

A competência é “considerada como uma capacidade de decidir para solucionar problemas, exercer sua profissão em diferentes situações, desempenhar seu papel social a partir de conhecimentos, experiências, valores, atitudes” (Camelo & Angerami, 2013, p. 553). O conceito de competência engloba “conhecimento, compreensão e julgamento, habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras, interpessoais e uma variedade de atributos e atitudes pessoais” (Guedes et al., 2019, p. 24).

Na enfermagem, o seu desenvolvimento visa a melhoria da qualidade dos cuidados, logo tem que existir um aprofundar de conhecimentos específicos compatíveis com a excelência dos cuidados.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro tem por base a sua formação, articulando distintos conhecimentos para o desenvolvimento de um exercício profissional regulado não apenas por saberes e capacidades específicos, mas também por atitudes inerentes ao próprio enfermeiro, adquiridas ao longo da sua prática.

As competências especializadas permitem que o enfermeiro possua “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745).

A OE tem acompanhado estas transformações a nível da saúde e para dar resposta a estas novas exigências, tem concedido o título de enfermeiro especialista em múltiplas áreas, com o objetivo de promover uma prática de enfermagem com padrões de qualidade elevados.

Segundo o Regulamento 140/2019 o Enfermeiro Especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem

especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4744).

Pretende-se descrever e analisar, através de uma reflexão crítica, as aprendizagens adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos I, II e III, que permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, regulamentadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro e, as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018 da OE.

O enfermeiro de família é considerado o eixo estruturante e funcional no acesso aos cuidados de saúde primários (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da OE, 2018), assim ao longo deste percurso formativo prestou cuidados ao indivíduo/família ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com os programas inerentes à carteira de serviços da USF Lusitânia, no âmbito da saúde familiar.

O desenvolvimento destas competências ao longo dos ensinamentos clínicos teve por base os princípios orientadores do plano de estudos da ESSLei.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS

Relativamente às competências comuns dos enfermeiros especialistas pretende realizar uma reflexão sobre o desempenho nos ensinamentos clínicos, com o intuito de perceber se atingiu o proposto de desenvolver e aperfeiçoar estas competências.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas 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 (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745).

Existem quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, sendo que domínio de competência se refere a “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745), sendo estes: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõem uma “prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, p. 4745) e, “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745).

Segundo o código deontológico, no seu artigo 97º os enfermeiros devem exercer a sua profissão “com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, s.p).

Ao longo deste percurso formativo manteve uma atitude de responsabilidade profissional, ética e legal, com o cumprimento dos princípios legais, éticos e deontológicos na sua prática de prestação de cuidados e no contacto com a equipa multidisciplinar, conduta esta que a acompanha na vida profissional.

Teve sempre a preocupação com a manutenção da privacidade das famílias e utentes e manteve sigilo profissional ao longo das várias etapas dos ensinamentos clínicos. Aquando da realização das avaliações familiares, para identificação das necessidades familiares, foram utilizadas várias origens de colheita de informação, no entanto a informação foi apenas partilhada com as enfermeiras da unidade, no sentido da continuidade de cuidados.

A proposta de resolução dos problemas familiares identificados, foi sempre efetuado em conjunto com a equipa multidisciplinar e com as famílias, promovendo momentos de reflexão sobre as tomadas de decisão com a equipa.

O consentimento informado, livre e esclarecido permitiu uma relação com as famílias baseada na confiança, permitindo formar uma parceria.

Relativamente aos juízos de valor e respeito pelas crenças e valores das famílias, adotou uma atitude colaborativa, onde foram privilegiadas mudanças e comportamentos relacionados com a saúde, os quais foram considerados e valorizados como ganhos em saúde.

No início do exercício profissional era fácil realizar observações que não iam de encontro aos próprios valores. Com o passar dos anos, com a experiência profissional e pessoal, foi percebendo que apesar de sermos indivíduos com as nossas crenças e valores, a nossa prática deve ser no sentido de trabalhar com a família, de forma a serem respeitadas as suas decisões em função dos seus valores.

A segurança, privacidade e respeito pelas famílias/utentes foi apoiada numa conduta que avaliou resultados, identificou necessidades e adequou as suas intervenções de acordo com os princípios éticos e a prática baseada na evidência.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As competências no domínio da melhoria contínua da qualidade passam por garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, a sua prática foi regida por protocolos e normas existentes na USF, os quais permitem uniformizar cuidados com o intuito de melhorar a qualidade e de conservação de um ambiente terapêutico seguro, com a redução de erros humanos.

Considera a tecnologia de informação essencial para o desenvolvimento e implementação do Processo de Enfermagem, pois possibilita o acesso à informação, contribuindo para a melhoria nos cuidados. Os registos refletem a prática, se não forem efetuados é como se as intervenções não fossem realizadas.

Reconheceu ocasiões de melhoria na prática de enfermagem de saúde familiar na USF, criando prioridades e selecionando estratégias de melhoria, nomeadamente através da

motivação da equipa sobre o MDAIF e a sua aplicabilidade com o intuito de encaminhar o registo de avaliação familiar realizada pela equipa.

A identificação de características da população inserida na USF Lusitânia e os indicadores contratualizados permite que se perceba onde se deve intervir de modo a existir uma melhoria contínua. Assim, deu cumprimento aos indicadores de saúde no qual o enfermeiro tem um papel fundamental e que pressupõe o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua.

Em suma, considera ter tido um papel dinâmico que contribuiu para a melhoria continua da qualidade.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

As competências no domínio da gestão de cuidados passam por gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019).

Cada enfermeiro tem a seu cargo um ficheiro, do qual faz a sua gestão consoante as necessidades das famílias e os indicadores definidos. Assim, o método de trabalho por enfermeiro de família traz ganhos em saúde, satisfação dos utentes e dos próprios profissionais. Faz com que haja um saber aprofundado da situação da família, com avanços na avaliação familiar e no reconhecimento de situações de complexidade. Assim, participou em procedimentos organizativos adequados, ficando responsável pela prestação de cuidados de enfermagem às famílias/ utentes do ficheiro atribuído.

A sua intervenção teve sempre por base o bem-estar da família, gerindo possíveis riscos, em conjunto com a própria, capacitando-a, de modo a conseguirem desenvolver os seus recursos.

Neste domínio é essencial conhecer a organização do serviço, o funcionamento da equipa multidisciplinar de modo a conseguir utilizar os recursos disponíveis com qualidade e eficazmente, o qual foi efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos, colaborando assim nas decisões da equipa.

O regulamento para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, é um instrumento de apoio à gestão dos cuidados. Tendo por base este documento pode concluir que no ficheiro que trabalhou, são superados o número de utentes e de famílias aconselhados para cada enfermeiro.

Ao longo dos ensinamentos clínicos adotou uma postura que estimulou o ambiente positivo, adotando estratégias motivacionais com a equipa promovendo uma prática diferenciada.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

As competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745).

O conhecimento é a base para a prática de enfermagem e é o que permite a sua evolução como profissão autónoma. Assim, o enfermeiro especialista tem que ter uma prática reflexiva e usar os conhecimentos, junto com a sua experiência para cuidados de qualidade. O desenvolvimento do conhecimento é uma realidade constante com que os profissionais de saúde se deparam, o que impõe um aprofundar de conhecimentos e competências de modo a conseguir responder perante a complexidade dos cuidados.

No Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, da Ordem dos Enfermeiros (OE), que define o ato do enfermeiro:

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: [...]

c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas [...] (Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, da Ordem dos Enfermeiros, 2022 p. 91).

Ao longo dos ensinamentos clínicos aprendeu com a observação, com a pesquisa bibliográfica e com a troca de experiências, logo pensa ter desenvolvido capacidade criativa e assertiva.

Este momento de aprendizagem permitiu o desenvolvimento de capacidades que são fundamentais no cuidado à família.

Foi importante a aplicabilidade do modelo de Calgary, pois permitiu perceber as várias dimensões que pode transpor para a sua prática na avaliação das famílias a quem presta cuidados. Tendo sido aplicado o processo de enfermagem a várias famílias, sendo que se encontra descrito no apêndice I um exemplo desses processos. Motivou a equipa de enfermagem sobre a aplicabilidade do modelo, com troca de experiências baseado em conhecimentos académicos.

Os documentos implementados na USF foram consultados para melhorar a sua prática e o seu desenvolvimento de competências (Manual de Acolhimento, Regulamento Interno, Manual de Procedimentos, ...).

A formação continua é considerada imprescindível para o desenvolvimento de competências profissionais, assim ao longo dos ensinos clínicos manteve a sua formação continua em várias áreas:

- Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde familiar, sendo autora de uma comunicação oral “A relevância da enfermagem familiar na campanha de vacinação Covid 19: prática numa USF” (SPESF – 26,27 e 28 de outubro de 2023);
- Webinar “Alimentação” (APN- 8 de novembro de 2023);
- Webinar Conectados, Desconectados: Debater a Proibição de Telemóveis (IPPS-Iscte – 14 de novembro de 2023);
- “É para cicatrizar?” (Urgo – 29 de novembro de 2023);
- “Abordagem 360º à Pele do Diabético” (CeraVe – 12 de dezembro de 2023);
- “Défice de Atenção e Medo/Postura e Emoção” (Neuroinsight – 4 de janeiro de 2024).

Participou na formação continua da USF tendo apresentado formação à equipa, em conjunto com a colega de estágio Dulce Cabeça, sobre Saúde Infantil no primeiro ano de vida e a intervenção do enfermeiro de família.

O enfermeiro ao basear a sua atuação em evidências científicas, com uma formação especializada, possibilita uma atuação de modo autónomo, com uma melhoria nos cuidados de saúde primários relativamente à cobertura, acessibilidade e respostas mais adequadas.

3.2. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Nos CSP a ESF é considerada de vital importância, sobretudo nas USF em que regido pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, no seu Artigo 7.º, refere que “os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017, p. 3129).”

Os enfermeiros especialistas em ESF detêm um saber geral e específico, baseando a sua prática profissional em evidência científica, em que a família é considerada o foco dos cuidados de enfermagem, o que permite ganhos em saúde. A inclusão da família em cuidados requer que os enfermeiros tenham uma postura acessível e assumam um comportamento de inclusão da família, vendo-a como o foco dos cuidados de enfermagem (Aragão et al., 2019). Isto tem o seu enquadramento a nível internacional na Saúde 21, das políticas de saúde para todos na Região Europeia da OMS, em que a família é considerada o alvo dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento n.º.428/2018 de 16 de julho da OE define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, em Portugal.

As competências específicas 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 (Regulamento n.º.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19357)” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19358).” A formação especializada proporciona um progresso no saber e no apoderamento das técnicas, os quais são necessários para um exercício reflexivo para os atuais desafios de saúde.

3.2.1 - 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

Segundo o Regulamento 428/2018 no domínio de cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, o enfermeiro especialista “considera a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19357).

Nas suas unidades de competência o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar tem que estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas; tem que realizar uma colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família; tem que realizar a monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; a prática do enfermeiro de família tem que ser baseada na evidência; a sua intervenção tem que ser eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar familiar, em situações complexas; tem que ser facilitador da resposta da família em situação de transição complexa; o enfermeiro tem que se envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar; e por último tem que formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, no cuidado à família como unidade de cuidados desenvolveu a competência de reconhecer quão complexo é o sistema familiar, a organização familiar estrutural específica a cada uma, percebeu que a família como unidade sofre transformações decorrentes do seu processo de desenvolvimento inerente ao ciclo vital, logo o processo de cuidados foi realizado em colaboração com a família.

O contacto com as famílias permitiu desenvolver uma relação de segurança e de apoio com as mesmas, de modo a fornecer os meios para que as famílias sejam participativas no processo de cuidar, demonstrando em todo o processo disponibilidade e reforçando os pontos fortes.

Para prestar cuidados ao longo do ciclo vital aos três níveis de prevenção, avaliou famílias nas dimensões da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, identificando situações complexas, de modo a garantir respostas adequadas, com intervenções que promoveram mudanças no funcionamento familiar, através da colheita de dados. Esta colheita de dados possibilita conhecer o contexto, a dinâmica e as necessidades, assim como os pontos fortes e as redes de suporte familiares, consoante as mudanças normativas e acidentais que decorrem ao longo do ciclo vital.

Promoveu um ambiente seguro de modo a elaborar com as famílias um plano de cuidados com o objetivo de alcançar os resultados e metas que eram delineados com as famílias.

Pensa ter desenvolvido uma relação terapêutica com as famílias que prestou cuidados, com benefício no processo de cuidados. A execução do Processo de Enfermagem, em concordância com a avaliação familiar de acordo com o modelo de Calgary (Apêndice I), permitiu uma evolução das capacidades na saúde familiar. O aprofundar de conhecimentos dos instrumentos de avaliação familiar, permitiu compreender a dinâmica familiar e sua função.

Ao longo do ensino clínico teve oportunidade de contactar com os diversos programas de saúde. Dado que o indivíduo não é dissociado da sua família e que os seus comportamentos interferem com a dinâmica familiar, a nossa atuação como enfermeiro de família junto dos indivíduos permite que o nosso foco de intervenção seja em conjunto com a família.

A pesquisa e o aprofundar de conhecimentos esteve presente ao longo do processo formativo, os quais foram aplicados na prática, pois considera a prática baseada na evidência o pilar da praxis de enfermagem familiar.

Ao longo do exercício profissional, tem sido prática esta premissa, mas o aprofundar de conhecimentos com base num modelo de avaliação familiar permitiu que os cuidados prestados sejam planeados de forma organizada.

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

Segundo o Regulamento 428/2018 no domínio de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro “gere, articula e

mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018, p. 19358).

Nas suas unidades de competência o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar tem que articular com outras equipas, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; e tem que gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº.428/2018 de 16 de julho da OE, 2018).

Conhecer os recursos disponíveis, permitiu dar respostas às necessidades percebidas. Foi importante o estudo do Modelo de Calgary para desenvolver esta competência, pois permitiu adquirir um conhecimento aprofundado das famílias, o que num contexto normal de consulta de enfermagem não sucede. Com este conhecimento aprofundado conseguiu desenvolver intervenções apropriadas às necessidades das famílias, elucidando sobre os recursos disponíveis.

Em cada consulta de enfermagem que teve oportunidade de realizar em estágio, tentou aplicar procedimentos de intervenção consoante a situação com que se deparava, seja para promover a capacitação de lidar com crises normativas ou acidentais ou para clarificar incertezas, atuando assim na prevenção primária, secundária e terciária.

Foram realizadas reuniões informais com a equipa multidisciplinar com o objetivo de refletir sobre o processo de cuidados e a continuidade dos mesmos.

O processo de cuidados à família foi registado no SClínico, naquilo que permite, para desenvolver e motivar a equipa sobre a enfermagem familiar.

Em suma, a aprendizagem desenvolvida ao longo deste percurso permitiu desenvolver competências especializadas inerentes à enfermagem de saúde familiar. De salientar, a inclusão e colaboração da família como parte integrante dos cuidados que constituiu uma nova aprendizagem.

Outra aprendizagem desenvolvida foi a avaliação familiar em todas as dimensões, a perceção de todo o funcionamento familiar, os problemas identificados de acordo com a necessidade da família e, não com a perspetiva do profissional.

A aquisição de competências, quer específicas quer comuns, constituiu-se como um modo progressivo, onde a aquisição de conhecimentos e aptidões permitiu um desenvolvimento quer profissional quer pessoal. A aquisição de conhecimentos permitiu também a troca de experiências baseado num pensamento crítico sobre a prática, demonstrando capacidade de fundamentar as práticas na evidência científica.

4 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Segundo Apóstolo (2017), o conceito *Evidence-Based* (baseado em evidência) tem tido uma evolução que permitiu o aparecimento dos conceitos de prática e de cuidados de saúde baseados em evidência. Para a práxis de enfermagem é elementar a utilização de teorias, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados na comunidade e utentes.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma teoria que combina a prática clínica com a melhor evidência clínica que ocorre da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (LARRABEE, 2011), o que permite direcionar a prestação de cuidados de saúde de modo adequado e específico a cada comunidade, família e indivíduo.

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. O objeto de investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina (Fortin, 1999, p. 31).

Os enfermeiros detêm como objetivo primordial que as pessoas recebam os melhores cuidados e por isso devem participar em atividades que orientem para a mudança para a PBE, como participar em formações/cursos, ler artigos científicos, ou seja, adotarmos uma postura de mudança de práticas, mostrando interesse em evoluir e melhorar a qualidade dos cuidados (LARRABEE, 2011).

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).

No Plano Nacional de Saúde 2030 (DGS, 2022), é recomendado que seja valorizada a informação, comunicação, ciência, conhecimento e inovação para o alcance de mais e

melhor saúde sustentável até 2030, e as necessidades de investigação daí decorrentes. A OE (2020), refere que a prática baseada na evidência é uma ferramenta estimuladora da profissão, que dá visibilidade à Investigação fomenta a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo o uso de pesquisas orientador da tomada de decisão clínica.

É necessário refletir e identificar novas práticas que sejam mais eficazes, de modo a obter ganhos em saúde. Como futuros enfermeiros especialistas detemos uma obrigação acrescida na alteração de práticas, com base científica e sustentadas em evidências.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B2), o Enfermeiro Especialista avalia a qualidade das práticas clínicas (B2.1), na qual usa evidência científica e normas necessárias para avaliação da qualidade (B2.1.1). Por sua vez, no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, o Enfermeiro Especialista baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2), tendo como critérios de avaliação

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

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

D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação.

D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

D2.2.5 — Discute as implicações da investigação.

D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4749).

O Regulamento que define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - na área de Enfermagem de Saúde Familiar refere na unidade de competência 1.4 que o enfermeiro “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho da OE, 2018, p. 19357).

A prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, engloba várias atividades e competências, detendo um papel fundamental na saúde das famílias. Frade, et al. (2021) destacam a relevância da investigação na área da saúde familiar, com a intenção de melhorar os cuidados de saúde prestados. Logo o enfermeiro é um profissional de saúde crucial no cuidado à família ao longo do ciclo vital.

Perante este facto, as atitudes que os enfermeiros apresentam perante a família, vai demarcar a efetividade dos cuidados prestados, uma vez que a família é considerada uma unidade e parceira no processo de cuidar, o que permite uma relação de respeito, dignidade, comunicação e colaboração entre as partes (Nóbrega et al., 2020).

Colocar a família no centro dos cuidados de enfermagem e considerá-la parceira nos mesmos, pressupõe uma alteração no paradigma do cuidar em enfermagem. Surge então, a necessidade de perceber a perspetiva que os enfermeiros possuem sobre a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem.

Após uma revisão da literatura existente sobre o tema e de uma reflexão sobre desenvolvimento pessoal e profissional, surge a necessidade de estudar esta temática, com o objetivo de desenvolver competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

“Na eleição do tema, o investigador deve explicitar o que pretende com a investigação a que se propõe e quais as motivações que a geraram” (CALHEIROS, 2013, citado por Duque & Calheiros, 2017, p. 106).

Existem autores que realçam os insuficientes estudos nesta área, assim este trabalho com o tema “Enfermeiro/Família: Parceiros no Cuidar – Importância da Família” surge com o intuito de colaborar no aprofundar de conhecimentos para promover melhoria nos cuidados. De salientar, que este está enquadrado num estudo promovido pelo Centro de Inovação em

Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare) – do Instituto Politécnico de Leiria, tendo como investigador responsável e orientador o Professor Doutor João Manuel Graça Frade, surgindo no âmbito do Projeto: “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem.

4.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico pretende-se adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo.

Um bom enquadramento não é o que explora a temática em muitas páginas, mas sim o que revê com profundidade e amplitude as dimensões que haviam sido expostas na formulação do problema, apresentando com coerência os conceitos e as definições que foram veiculadas em estudos anteriores (Duque & Calheiros, 2017, p. 106).

Assim, com o enquadramento teórico pretende-se fundamentar o problema de investigação, a prever erros expostos em estudos precedentes, forçando o investigador a concentrar o que é fundamental e a ler o que foi escrito sobre o que está a investigar (Duque & Calheiros, 2017).

Segundo Coutinho, a “revisão da literatura consiste na identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de uma investigação científica” (Coutinho, 2020, p. 59).

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica que se julgou pertinente para compreender quais os estudos presentes, intervenções realizadas anteriormente, proporcionando informação para dar resposta às perguntas de partida. O processo de pesquisa dos artigos foi realizado nos motores de busca da EBSCO e B-On, com as palavras-chave “Enfermagem”, “Atitudes”, “Família”, “Importância” e “Cuidados”. Sendo que estes descritores foram validados na plataforma *DeCS/Mesh* - Descritores em Ciências da Saúde. Os critérios de inclusão foram: publicações de artigos com datas entre 2011 e 2023, com texto integral disponível, revistos pelos pares. Foram excluídos artigos que estavam repetidos e que não se conseguisse aceder ao texto integral. Foram também excluídos os que não estudassem o tema, assim como os

que não tivessem a palavra família no título. Após a pesquisa, obteve-se um total de 12 artigos.

A evolução da enfermagem como profissão passa por incluir a família no processo dos cuidados. No entanto, estudos demonstram que as atitudes que cada enfermeiro adota perante a família influencia a qualidade dos cuidados prestados. A forma como cada enfermeiro encara a importância e o papel da família no processo de cuidar dos seus elementos, é essencial para definir uma boa parceria. Esta parceria deve ser clara para ser eficaz.

Oliveira et al. (2011), refere que a família é considerada um suporte para os cuidados de enfermagem, a qual possui forças e recursos que lhe permitem participar e colaborar na tomada de decisão, promovendo uma abordagem colaborativa. Assim, a família é vista como uma parceira nos cuidados e considerada alvo dos cuidados de enfermagem.

A mudança de foco dos cuidados, de comportamentos e de atitudes representam uma nova forma de pensar, de ser e de fazer nas relações referentes aos cuidados, pelo que é necessário o enfermeiro redefinir o seu papel, principalmente nos cuidados colaborativos, nos quais a família e a pessoa são considerados parceiros no cuidar (Chaves et al., 2017). Também Sampaio et al., (2021), referem que a família deve ser parceira e foco dos cuidados de enfermagem e, que para tal aconteça os enfermeiros devem ter uma conduta inclusiva e atitudes de interação com a família.

Frade et al. (2021), realça a importância da enfermagem de família, como um bem necessário para a saúde das famílias, que aumenta e potencia os cuidados de parceria entre enfermeiros e família. A SAÚDE 21 ao identificar a família como uma unidade chave na produção de saúde e, naturalmente na melhoria da saúde na região europeia, uma vez que é na família que se aprendem condutas e atitudes conducentes a estilos de vida saudáveis, surge a necessidade de fundamentar o desenvolvimento do conceito de enfermeiro de família (OE, 2008).

Vários estudos mostram que as atitudes que os enfermeiros adotam perante a importância que dão à inclusão da família nos cuidados, influenciam o sucesso dos mesmos. Incluir a família nos cuidados exige por parte dos enfermeiros uma atitude acessível às interações, e

um procedimento de incluir a família, vendo-a como o foco do cuidado de enfermagem (Aragão et al., 2019, citado por Sampaio et al., 2021).

Chaves et al., (2017), referem que os profissionais de enfermagem devem possuir atitudes que influenciam na capacidade de ter a família como parceira e, que muitas vezes, o incumprimento dessa perspetiva exclui esse grupo familiar do processo de cuidados, assim como na parceria entre profissional e família. Também Aragão et al., (2019), referem que os enfermeiros devem possuir atitudes que promovam a aptidão de parceria com a família, focalizando na continuidade do cuidado.

Segundo Chaves et al., (2017) a atitude envolve dimensões afetivas, cognitivas e de comportamento como resposta a um estímulo. Sendo a família esse estímulo, no ambiente de cuidado, vai potenciar as atitudes que o enfermeiro irá ter para com ela.

“Assim, considera-se que as atitudes do enfermeiro diante da família demonstram como ele identifica a relevância de envolver os familiares nos cuidados de enfermagem” (Sampaio et al., 2022, p. 10). O nível de interação “é influenciado pelas atitudes do enfermeiro sobre a importância de inserir a família no cuidado” (Pascual-Fernández et al., 2015, citado por Sampaio et al., 2021, p. 2), logo é essencial reconhecer se as atitudes apresentadas pelos profissionais são de apoio ou não.

Sendo que as atitudes dos enfermeiros são indicador da qualidade dos cuidados (Sampaio et al., 2022), é necessário identificar as atitudes perante a importância da família no cuidar, assim como os fatores que poderão influenciar as mesmas.

Na literatura foi identificada a escala *Families Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA)*. Este é um instrumento que foi elaborado em 2003, na Suécia. Os elementos que a constituem abrangem as dimensões cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho) (Oliveira et al, 2011). Tem como objetivo avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Em 2009, a escala foi traduzida, validada e adaptada para Portugal por Oliveira et al., tendo sofrido alterações nas suas dimensões. São consideradas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping*; família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um fardo (Oliveira et al., 2011).

Ao analisar os estudos, todos indicam atitudes de apoio perante a importância da família nos cuidados, estando o enfermeiro disponível para perceber a importância da parceria com a família nos cuidados de enfermagem.

“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).

Existem variáveis que parecem influenciar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados, “nomeadamente a formação, o contexto, a experiência profissional” (Fernandes et al., 2015, p. 23).

Sampaio et. al (2021), assim como, Cruz & Ângelo (2018), realçam a importância do desenvolvimento de formação na área da enfermagem familiar, sendo a falta de formação uma variável que pode influenciar as atitudes dos enfermeiros.

Chaves et al., (2017), além da formação refere também o contexto de trabalho dos enfermeiros, como uma variável.

Ferreira & Kraus (2023) salientam a idade, as habilitações académicas, o tempo de serviço e a categoria profissional, como variáveis que afetam as atitudes dos enfermeiros.

Oliveira et al., (2011), Silva et al. (2013) e Sampaio et al., (2022), salientam as características laborais, influenciadas pelo modelo de unidade, a capacitação profissional e o tempo de atuação nos cuidados de saúde primários.

Face às potenciais variáveis associadas à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, verificou-se que a idade, anos de exercício profissional e formação na área da família parecem estar associadas à importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem (Frade et al., 2021, p. 6).

A escassez de estudos neste domínio específico enquanto área disciplinar da enfermagem é ainda uma realidade. São necessários estudos que reforcem a

importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, perspetivando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde das famílias (Frade et al., 2021, p. 7).

É neste sentido, que surge este estudo “Enfermeiro/Família: Parceria no Cuidar – Importância da Família”, decorrente do processo formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

4.2- METODOLOGIA

A palavra Metodologia vem do grego; meta que significa para além de; *odos*, caminho; logos, discurso ou estudo.

Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações.

Corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento. Metodologia define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Vilelas, 2022, p. 21).

Coutinho, refere que a “metodologia analisa e descreve os métodos, distancia-se da prática para poder tecer considerações teóricas em torno do seu potencial na produção do conhecimento científico” (Coutinho, 2020, p.25)

Fortin (1999, p. 108), refere que “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.”

4.2.1 - Tipo de estudo

Segundo Coutinho (2020), os tipos de estudo podem ser designados segundo a conceção do fenómeno social, segundo a finalidade, a natureza dos dados, a manipulação das variáveis, segundo o objetivo, segundo o alcance temporal, a profundidade e segundo o número de indivíduos.

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin, 1999, p. 133).

Assim, o estudo *Enfermeiro/Família: Parceiros no Cuidar – Importância da Família*, é um estudo transversal, sendo que, os estudos transversais são aqueles em que “se estuda um aspeto dos sujeitos num dado momento” (Coutinho, 2020, p. 41). Assim, os sujeitos que participam no estudo num momento podem ter características diferentes (gênero, faixa etária, entre outras).

Relativamente à manipulação de variáveis este estudo é considerado descritivo-correlacional. Nos estudos descritivos não existe manipulação de variáveis (Coutinho, 2020) e “fornecem uma descrição dos dados, [...] de relações entre variáveis” (Fortin, 1999, p. 135). Nos estudos correlacionais analisa-se a correlação das variáveis e a associação de uma variável com outras variáveis (Fortin, 1999).

Perante a natureza dos dados, este estudo é considerado de cariz quantitativo. Os estudos quantitativos têm por base a objetividade, a recolha de dados é efetuada com base em provas objetivas, e a análise de dados é feita com a aplicação de técnicas estatísticas, pretende desenvolver generalizações que aumentam o conhecimento e permite prever, explicar e controlar fenómenos (Coutinho, 2020).

4.2.2 - Objetivos

O objetivo de um estudo mostra o motivo da investigação. Segundo Moltó (2002, citado por Coutinho, 2020), os objetivos podem ser exploratórios ou analíticos. Neste caso, consideramos que os objetivos deste estudo são analíticos pois “estudam a relação entre variáveis (a variável independente ou causa) e a dependente (ou efeito)” (Coutinho, 2020, p. 51).

É necessário sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância que as suas atitudes perante a família e a importância que dão à família no processo de cuidados, influenciam a qualidade dos mesmos.

Assim, foram definidos objetivos gerais e específicos.

O objetivo geral: Compreender qual a importância atribuída à família como parte integrante nos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos:

- Perceber se existem variáveis (sociodemográficas e profissionais) que influenciam as atitudes dos enfermeiros face à importância da família como parte integrante nos cuidados.

4.2.3 - Questões de investigação

Segundo Talbot (1995, citado por Fortin, 1999, p. 101), “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.”

São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada. As questões de investigação precisam as variáveis que são descritas e as relações que possam existir entre elas. Decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar (Fortin, 1999, p. 101).

Segundo MacMillan & Schumacher 1997, citado por Coutinho, 2020, um problema de investigação deve ter critérios definidos como a **exequibilidade** (respondido mediante a recolha e análise de dados), a **relevância** (importante para a teoria e prática), a **clareza** (inequívoco, evitando ambiguidades na interpretação), deve dar **pistas para o tipo de investigação**, deve fazer **referência à população ou à amostra e às variáveis**.

Assim sendo, as questões de investigação deste estudo são:

- Que importância é atribuída pelo enfermeiro à família como parte integrante dos cuidados de enfermagem?
- Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros perante a importância atribuída à família como parte integrante nos cuidados e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

4.2.4 - Hipóteses

De acordo com Coutinho (2020, p. 53), a hipótese é “uma previsão de explicação de um fenómeno que está expresso no problema a investigar [...]”, e o seu papel vai depender da perspetiva em que se insere a investigação (qualitativa ou quantitativa).

A hipótese “é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 1999, p. 102). “Para cada uma das hipóteses deve figurar uma variável dependente, e uma ou mais variáveis independentes. Para cada uma das variáveis deve-se explicitar os indicadores que lhe estão associados (CALHEIROS, 2013, citado por Duque & Calheiros, 2017, p. 107).

Neste estudo foram enunciadas as seguintes hipóteses:

H1 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a idade do enfermeiro;

H2 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o estado civil do enfermeiro;

H3– A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o contexto de trabalho do enfermeiro;

H4 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o tempo de exercício profissional do enfermeiro;

H5 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante e o grau académico do enfermeiro;

H6 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a área de especialização do enfermeiro;

H7 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a formação prévia em enfermagem de família;

H8 - A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o título profissional do enfermeiro;

4.2.5 - Operacionalização das Variáveis

“Variável é um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores” (Almeida & Freire, 1997, p. 56, citado por Coutinho, 2020, p. 71). Assim, é fundamental que num estudo sejam definidos os conceitos alvo da pesquisa, ou seja que as variáveis sejam operacionalizadas (Coutinho, 2020) para o sucesso da investigação.

A classificação das variáveis pode ser feita segundo vários critérios. Do ponto de vista Teórico- Explicativo as variáveis podem ser classificadas em *variáveis estímulo* (condições externas ao sujeito que podem afetar o seu comportamento), em *variáveis resposta* (são os comportamentos manifestados) e, em *variáveis intervenientes* (interpõem entre as anteriores as quais provocam alterações nas variáveis resposta) (Coutinho, 2020).

Do ponto de vista metodológico as variáveis podem ser classificadas em *independentes*, *dependentes*, *estranhas*, *moderadoras e de controlo*. As variáveis independentes são aquelas que o investigador manipula, ou seja, aquelas em que os elementos do estudo diferem e cujo efeito o investigador irá determinar. A variável dependente é aquela que é medida para avaliar diferenças nos elementos do estudo da exposição, ou não à variável dependente. A variável estranha é aquela que pode alterar os dados da variável dependente “contaminando-os”. A variável moderadora influencia o impacto da variável independente sobre a variável dependente e que o investigador pretende determinar (Coutinho, 2020).

Quanto à possibilidade de manipulação, as variáveis podem ser *ativas* (manipuladas pelo investigador), ou *atributivas* (o investigador não controla a variável) (Coutinho, 2020).

Por último, quanto ao ponto de vista de medição ou matemático, as variáveis podem ser classificadas em *qualitativas* ou *quantitativas*. As qualitativas referem características não quantificáveis, logo têm que ser criadas categorias para cada modalidade de variáveis: dicotômicas (duas categorias) e politômicas (mais de duas categorias). Por sua vez, as variáveis quantitativas podem ser traduzidas numericamente e dividem-se em *discretas* (só podem tomar certos valores, coincidentes com números inteiros) e, *contínuas* (podem tomar qualquer valor dentro de um intervalo). No entanto, às vezes variáveis contínuas são transformadas em discretas, embora os construtos que medem sejam contínuos, exemplo das escalas de formato *Likert*. (Coutinho, 2020).

As escalas de medida de variáveis podem ser *nominais* (os números servem apenas para nomear, identificar e categorizar dados), *ordinais* (ordenam os elementos em estudo de acordo com características, segundo um processo de comparação), de *intervalo* (dizem a posição e quanto os elementos estão distantes entre si em relação a determinada característica) e de *razão* (razão entre quantidades) (Coutinho, 2020).

Neste estudo a operacionalização das variáveis está descrita nos quadros 1 e 2, tendo sido identificadas variáveis dependentes e independentes.

As variáveis independentes, neste estudo, são as características sociodemográficas (a idade; o estado civil), e as características profissionais (o nível de escolaridade, o título profissional; área de especialização; o tempo de exercício profissional, o contexto da prestação de cuidados e a formação em enfermagem de família).

Quadro 1: Variáveis independentes

Características	Variável	Escala de Medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Sociodemográficas	Idade	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta entre 0 e + ∞ anos
	Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: - Solteira(o) - União de facto/Casada(o) - Separada/Divorciada(o) - Viúva (o)
Profissionais	Nível de escolaridade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: - Aluno de Enfermagem 3º ano - Aluno de Enfermagem 4º ano - Bacharelato - Licenciatura - Pós-Graduação - Mestrado - Doutoramento - Outro
	Título Profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: - Enfermeiro - Enfermeiro Especialista - Enfermeiro Gestor - Outros
	Se especialista qual a área de especialização	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária- Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica -

Profissionais (Cont.)				<p>Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermagem Médico-Cirúrgica-Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica - Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória - Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Outro
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Contínua	Resposta aberta entre 0 e $+\infty$
	Contexto da prestação de cuidados	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados de Saúde Diferenciados – Cuidados de Saúde Primários – Lares – Outro
	Se o contexto de trabalho for CSP, qual a tipologia de unidade	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: <ul style="list-style-type: none"> - USF Modelo A - USF Modelo B - UCSP - UCC - USP - Outros
	Formação no âmbito da Enfermagem de Família	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: <ul style="list-style-type: none"> – Sim – Não
Se formação em Enfermagem de Família, qual o contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta múltipla: <ul style="list-style-type: none"> – Contexto académico – Formação contínua – Outro 	

Fonte: a própria

Neste estudo, a variável dependente é considerada a “A importância atribuída à família nos cuidados” e para a operacionalização da mesma foi usada a escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011).

Quadro 2: Variável dependente

Variável	Escala de Medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Importância atribuída à família nos cuidados	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

Fonte: a própria

4.2.6 - População e amostra

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

População é “o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum” (Coutinho, 2020, p. 89). É necessário efetuar uma definição precisa da população a estudar. A população deste estudo são os enfermeiros que exercem funções numa unidade de saúde.

Não sendo possível aceder a toda a população pelo número elevado de elementos, procedeu-se à seleção de uma amostra. Amostra é o “conjunto de sujeitos de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2020, p.89). Esta tem que ser representativa da população e passa por um processo de seleção.

Neste estudo a seleção da amostra foi por amostragem não-probabilística acidental. Na amostragem não-probabilística “não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população” (Coutinho, 2020, p. 95) e, acidental por ser “constituída por voluntários que se oferecem para participar” (Coutinho, 2020, p. 95), “composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão” (Fortin et al., 2009).

Neste estudo os critérios de inclusão para esta amostra foram:

- Ser enfermeiro do ACES Alentejo Central (neste momento enfermeiro dos CSP da ULSAC);
- Enfermeiros da população alvo que concordaram de forma voluntária e anónima participar no estudo, através do preenchimento online do instrumento de colheita de dados com declaração de consentimento informado e esclarecido.

Como critérios de exclusão foram definidos:

- O incorreto preenchimento dos questionários;
- Os sujeitos que desenvolvem a sua prática em contexto de unidades de tipologia USF;
- Todos os sujeitos que não se enquadram nos critérios de inclusão.

Neste estudo participaram 110 sujeitos, que voluntariamente preencheram o questionário on-line. Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra de 55 sujeitos.

4.2.7 - Instrumento de Colheita de Dados

A recolha dos dados passa por “saber” o “que” e “como” vão ser recolhidos os dados, que instrumentos vão ser utilizados, questões fundamentais das quais depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo.” (Coutinho, 2020, p. 105).

A escolha do instrumento de colheita de dados vai depender das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende realizar (Fortin, 1999). Neste estudo foi utilizado como instrumento de recolha de dados o inquérito, através da aplicação de um questionário de modo a dar resposta aos objetivos do estudo.

Os questionários podem ser aplicados em várias situações e contextos de investigação, sendo amplos no seu alcance, implicando menos custos (Coutinho, 2020). Os questionários são instrumentos com variáveis mensuráveis, promovendo o rigor na colheita dos dados e permitindo um melhor controle dos enviesamentos (Fortin, 1999). Podem ter diversos níveis de estruturação (perguntas abertas ou fechadas) e abranger uma quantidade maior de indivíduos (Fortin, 1999).

Neste estudo o questionário utilizado encontrava-se dividido em duas partes, sendo a primeira relativa aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros e, a segunda, à aplicação da escala Importância das Famílias nos Cuidados - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE). A primeira parte do questionário difere em algumas questões do que consta no Projecto “CuidarFam”, relativamente a algumas questões de caracterização sociodemográficas e profissionais.

A escala IFCE-AE foi adaptada da desenvolvida em 2003 na Suécia, através de uma revisão sistemática da literatura, por um grupo de enfermeiras que a testaram na sua realidade, tendo como princípio a família como recurso fundamental quer para o elemento doente quer para o enfermeiro prestador de cuidados. Os elementos que a constituem abrangem as dimensões cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho) (Oliveira et al, 2011). Tem como objetivo avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Em 2009, a escala foi traduzida, validada e adaptada para Portugal por Oliveira et al., tendo sofrido alterações nas suas dimensões. São consideradas 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., 2011), sendo que cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo *Likert*, com quatro opções: “Discordo completamente” (1 ponto); “Discordo” (2 pontos); “Concordo” (3 pontos); “Concordo completamente” (4 pontos). Sendo que para todo o instrumento o score pode variar entre 26 e 104 pontos. 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), superior valor conferem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família (Oliveira et al., 2011).

No quadro 3 estão representadas as dimensões da escala, os respetivos itens e seus indicadores, assim como os respetivos scores.

Quadro 3: Dimensões, itens, indicadores e scores da escala IFCE – AE

Dimensões	Itens	Indicadores	Score
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	<p>4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente</p> <p>14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18. Considero os membros da família como parceiros</p> <p>19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>	<p>-Discordo completamente (1)</p> <p>-Discordo (2)</p> <p>-Concordo (3) -</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	Entre 12 e 48
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	<p>1. É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho</p> <p>5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22. É importante dedicar tempo às famílias.</p>	<p>-Discordo completamente (1) -</p> <p>Discordo (2) -</p> <p>Concordo (3) -</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	Entre 10 e 40
Família: fardo	<p>2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26. A presença de membros da família deixa-me em estresse.</p>	<p>-Discordo completamente (1) -</p> <p>Discordo (2) -</p> <p>Concordo (3) -</p> <p>Concordo completamente (4)</p>	Entre 4 e 16

Fonte: Oliveira et al., 2011, p.1355

Numa investigação é necessário perceber se o nosso instrumento de recolha de dados nos fornece qualidade na informação dos dados obtidos. Para isso, é necessário que os instrumentos possuam características de validade e de fidelidade.

“A validade refere a qualidade dos resultados da investigação no sentido de os podermos aceitar como “factos indiscutíveis” [...], enquanto a fiabilidade verifica a consistência do processo de medição” (Coutinho, 2020, p. 116).

A validez é o grau em que um instrumento mede a variável que se procura medir. Portanto, para obter a validez procura-se relacionar os factos a estudar, com os métodos utilizados para o efeito e os conceitos que se vão utilizar para descrevê-los (Duque & Calheiros, 2017, p. 109).

Na fiabilidade, se a correlação entre os resultados for sólida, então está garantida a confiabilidade do instrumento, garantido que outro pesquisador poderá realizar uma pesquisa semelhante e chegará a resultados aproximados (Duque & Calheiros, 2017).

Na validação da consistência interna da escala que foi validada para a população portuguesa (IFEC-AE) por Oliveira et al. (2011), foi utilizado o cálculo do α de *Cronbach* em cada uma das suas dimensões e no total da escala. O resultado deste teste pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto maior o resultado, melhor a consistência do instrumento.

No quadro 4 verificamos a análise de fiabilidade por dimensão e na totalidade da escala, fazendo a comparação da consistência interna da escala IFCE- AE, no estudo de validação de Oliveira et al. e no presente estudo, com os respetivos resultados do α de *Cronbach*.

Quadro 4- Análise comparativa da consistência interna da escala IFCE-AE – adaptação portuguesa e presente estudo

Dimensão	Alfa de Cronbach do estudo de validação de Oliveira et al.	Alfa de Cronbach do presente estudo	Nº de Itens
Família: Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,90	0,908	12
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,859	10
Família como fardo	0,49	0,689	4
α Cronbach total	0,87	0,861	26

Fonte: a própria

Pela análise do quadro verificamos no total da escala que o α de *Cronbach* é muito próximo, mostrando o presente estudo um α de *Cronbach* de 0,861, relativamente com 0,87 obtido no estudo de Oliveira et al., o que corresponde a uma consistência interna boa.

4.2.8 - Procedimentos Formais e Éticos

A base ética de atuação não se pode desagregar nas sociedades dos direitos fundamentais do indivíduo.

A investigação só terá benefício para estas sociedades se forem criadas as condições objetivas para a afirmação dos valores da cidadania, os quais se traduzem na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (saídos da Revolução Francesa de 1789) e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (proclamados pela Assembleia Geral da ONU em 1948) (Duque & Calheiros, 2017).

“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” (Nunes, 2020, p. 5).

Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Nunes, 2020, p. 5).

O *International Council of Nurses*, nas diretrizes éticas, refere os princípios éticos que devem guiar a investigação. Estes são: a Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade; a avaliação da Maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis; a Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; a Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; a Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios que se associa ao consentimento livre e

esclarecido; a Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que é diferente do Anonimato (Nunes, 2020).

Neste estudo foram aplicados estes princípios. Relativamente à beneficência e à justiça foi garantido a confidencialidade, o anonimato dos dados recolhidos dos participantes, bem como a dignidade e respeito no tratamento destes. Dado que não existe nenhum prejuízo com este estudo para os participantes, foi cumprido o princípio da maleficência. No questionário, na primeira parte o participante poderia recusar participar no estudo, logo os questionários analisados foram respondidos de forma voluntária.

Este estudo está inserido no projeto de investigação “CuidarFam”, o qual tem parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Sendo assim, para recolha dos dados utilizou-se um formulário eletrónico, autoaplicado, construído no *Google Doc*, no qual constavam o termo de consentimento livre e esclarecido, as características sociodemográficas e a versão da escala FINC-NA traduzida e validada para Portugal no ano de 2009 (Oliveira et al., 2011) (Anexo II). Este foi facultado através das redes sociais (WhatsApp).

Em termos individuais, distingamos a autorização institucional do pessoal - não é da mesma natureza abordar uma pessoa para ser sujeito do estudo, na sua qualidade individual ou abordar um profissional no âmbito das suas funções numa determinada organização. Entrevistar ou aplicar questionários a enfermeiros, no seu contexto de trabalho, requer autorização institucional, pela natureza institucional dos dados. Diferente é, por exemplo, colocar um questionário on-line e fazer apelo ao seu preenchimento (através de pedidos de endereçamento de emails ou utilizando as redes sociais) (Nunes, 2020, p. 28).

No Consentimento Informado foi exposto de forma sintética o estudo, o seu contexto, os objetivos propostos, o método de recolha e tratamento dos dados utilizado, os pressupostos éticos que garantiam o respeito pela individualidade da pessoa, pelo anonimato e

confidencialidade dos dados recolhidos e demonstrando a relevância da participação para o desenvolvimento do estudo.

4.2.9 - Procedimento de Colheita de dados

“O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 1999, p. 261).

Como referido no ponto 4.2.8, para a recolha de dados utilizou-se um questionário autoaplicado, e disponibilizado via WhatsApp. Esta recolha de dados foi realizada em conjunto com a colega que realizou o ensino clínico no mesmo local (USF Lusitânia). Posteriormente, foi construída uma base de dados comum, a qual foi dividida consoante o contexto da prática clínica dos sujeitos.

Assim, este estudo incide sobre os sujeitos em que a sua prática clínica é nos cuidados de saúde primários, cuja tipologia de unidade seja diferente de USF.

4.2.10 - Procedimentos na Análise de Dados

Terminado o processo de colheita de dados é necessário organizar e analisar esses dados. Dado o contexto deste trabalho recorreu-se à análise estatística. Considerando Black (1999) a análise estatística é “...transformar os dados em informação” (Coutinho, 2020, p. 151). O objetivo da análise será: “organizar e descrever os dados de forma clara; identificar o que é típico e atípico; trazer à luz diferenças, relações e /ou padrões; encontrar respostas para o problema, ou seja, testar as minhas hipóteses” (Coutinho, 2020, p. 152).

Este estudo apoiou-se na estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa estatístico para ciências *sociais Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)* na versão 29.0.1.0 (171). “Às estatísticas que permitem descrever a amostra chamamos descritivas, e aos procedimentos estatísticos que permitem inferir resultados da amostra para a população designamos por estatísticas inferenciais” (Coutinho, 2020, p. 152).

As estatísticas descritivas “permitem descrever as características da amostra, na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis” (Fortin,

1999, p. 277). A opção das estatísticas descritivas a serem utilizadas obedece à quantidade e ao tipo de dados que se dispõe.

Assim, neste estudo as técnicas de estatística descritiva e inferencial foram aplicadas segundo as características das variáveis e da amostra, sendo estas:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: Média (\bar{x}); Moda (Mo); Mediana (Md)
- Medidas de Variabilidade associadas à média: intervalo (Valor Mínimo (XMín) e Valor Máximo (XMáx)) e desvio padrão (σ);
- Medidas de Relação: Coeficiente de correlação de *Pearson*(r);
- Coeficiente de cálculo de fidelidade do instrumento: *Alpha de Cronbach* (α);
- Teste de normalidade da amostra: Teste de *Kolmogorov-Smirnov*;
- Teste *t-Student*
- Teste ANOVA

“À probabilidade que o investigador estabelece como limiar para a aceitação/rejeição das hipóteses é o que em linguagem estatística se chama nível de significância” (Coutinho, 2020, p. 199). O nível de significância definido para a análise inferencial das hipóteses, para o qual os resultados são considerados estatisticamente significativos, foi definido como $p \geq 0,05$ - não existe uma evidência estatisticamente significativa, e $p < 0,05$ - existe uma evidência estatisticamente significativa.

Para averiguar as hipóteses é necessário proceder à seleção de testes estatísticos adequados, sendo que podem ser paramétricos ou não paramétricos.

Segundo Coutinho (2020), os testes paramétricos requerem que:

- “- A escala de medida da variável cujos dados vamos analisar tem de ser, no mínimo intervalar;
- Normalidade, ou seja, a distribuição dos dados obtidos aproxima-se da distribuição normal;
- Homogeneidade de variâncias;
- Independência de observações” (Coutinho, 2020, p. 206-7).

Relativamente às técnicas de estatística inferencial, para avaliar a normalidade da amostra foi aplicado o teste paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que se trata de uma amostra superior a 50 elementos. Na tabela seguinte pode verificar-se que a distribuição da amostra é considerada normal relativamente à variável dependente, IMPORTFAM, uma vez que exhibe um número de significância superior a 0,05.

Tabela 4: Teste de Kolmogorov-Smirnov

<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			
	Estatística	n	p
IMPORTFAM	0.096	55	0,200

Fonte: a própria

Foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes o qual permite “comparar o comportamento de uma variável contínua em dois grupos independentes [...], queremos verificar se o facto de pertencer a um grupo em vez de a outro influencia o comportamento da variável contínua” (Fortin, 1999, p. 290).

Foi também aplicado a análise de variância ANOVA de um fator nas hipóteses a qual permite comparar “diferenças entre médias [...] consiste em comparar a variância dentro de cada grupo com a variância que existe entre os grupos” (Fortin, 1999, p. 298).

Recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* o qual é representado por r e consiste numa “medida da direção e grau com que duas variáveis, de tipo quantitativo, se associam linearmente” (Martins, 2014, p. 1). O coeficiente de correlação de *Pearson* “assume valores entre -1 e 1” (Martins, 2014, p. 1), sendo que quão mais próximo de 1 for o valor deste coeficiente mais forte é a relação linear entre as duas variáveis, e o sinal mostra o sentido da relação entre as duas variáveis (sinal positivo aponta para que as duas variáveis variam no mesmo sentido; sinal negativo mostra que as variáveis variam em sentido inverso) (Sousa, 2019).

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos, com o objetivo de dar resposta às hipóteses colocadas anteriormente, os quais estão representados sob a forma de gráficos e tabelas de modo a facilitar a análise.

4.3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Segundo Coutinho (2020), a apresentação e análise dos resultados consiste em dar informação sobre o que os dados obtidos forneceram em relação às questões iniciais. Inclui a descrição dos resultados com referência às hipóteses, com ilustrações gráficas ou de tabelas pertinentes, métodos usados para tratar os dados e quais os testes estatísticos aplicados (Coutinho, 2020).

Neste estudo, a apresentação e análise dos resultados foi iniciada com a análise das variáveis independentes caracterizando a amostra a nível sociodemográfico e profissional. Em seguida, procedeu-se à caracterização da variável dependente “A importância atribuída à família nos cuidados” quanto ao score total, o qual foi obtido com a aplicação da escala IFCE-AE.

Segue-se a análise estatística inferencial das variáveis independentes sobre a variável dependente.

4.3.1 – Caracterização da amostra

As variáveis sociodemográficas e profissionais do estudo são o grupo etário, o estado civil, as habilitações académicas, o título profissional, a área de especialização, a experiência profissional, o contexto da prestação de cuidados, a tipologia da unidade e formação no âmbito da enfermagem de família e o seu contexto.

Os resultados obtidos estão representados em frequências absolutas (n) e frequências relativas (%).

Neste estudo verifica-se que o grupo etário dos enfermeiros da amostra varia entre os 24 e os 64 anos de idade, com uma média de idade de 45,87 anos e com um desvio padrão de 9,143 anos, como consta nas tabelas 4 e 5. O grupo etário com mais representatividade é o [41-50] com 38,2% (21) da amostra. Comparando estes dados com o anuário estatístico da OE de 2023, vimos que o grupo etário com mais representatividade é superior ao dos enfermeiros em Portugal, em que a idade mais representativa é [36-40] anos, constituindo 17,94% dos enfermeiros registados na OE.

Tabela 5: Distribuição da amostra por grupo etário

Grupo etário	n	%
24-30	4	7.3
31-40	11	20
41-50	21	38.2
51-60	17	30.9
61-64	2	3.6
Total	55	100

Fonte: a própria

Tabela 6: Distribuição da amostra por idade

	XMín	XMax	\bar{x}	σ
Idade em anos	24	64	45,87	9,143

Fonte: a própria

Relativamente ao estado civil, verificou-se que 76,4% (42) dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto, sendo que este estado civil é o de maior representatividade. Os inquiridos que se encontram separados ou divorciados constituem 14,5% (8) da amostra e apenas 9,1% (5) são solteiros sendo este estado civil o de menor representatividade, como apresentado na tabela 7.

Tabela 7: Distribuição da amostra por estado civil

Estado civil	n	%
Separado/Divorciado	8	14,5
Solteiro	5	9,1
União de facto/casado	42	76,4
Total	55	100

Fonte: a própria

Analisando a distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade na tabela 8, verificou-se que 43,6% (24), possuem Mestrado, 34,5% (19), possuem Licenciatura, 18,2% (10) são detentores de uma Pós-Graduação, 1,8% (1) são especialistas e igualmente 1,8% (1) possui o Bacharelato.

Tabela 8: Caracterização da amostra por grau académico

Grau Académico	n	%
Bacharelato	1	1,8
Especialista	1	1,8
Licenciatura	19	34,5
Mestrado	24	43,6
Pós-Graduação	10	18,2
Total	55	100

Fonte: a própria

Relativamente à distribuição da amostra segundo o título profissional pode-se verificar que a maioria são enfermeiros especialistas com 49,1% (27), sendo este grupo com maior representatividade, quase metade da amostra. 45,5% (25) são enfermeiros e 5,5% (3) são enfermeiros gestores, como consta no gráfico 3.

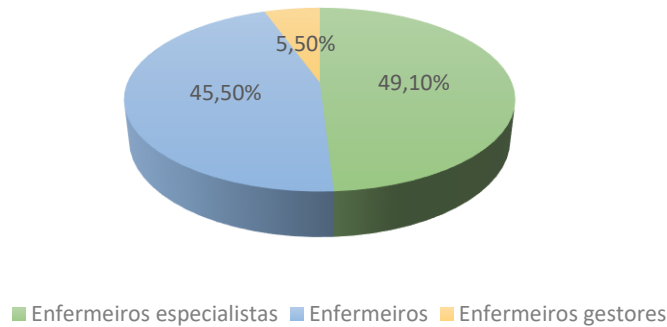


Gráfico 3: Distribuição da amostra por título profissional

Fonte: a própria

Estes dados também não vão de encontro ao anuário estatístico da OE, em que o grupo com maior representatividade são os enfermeiros de cuidados gerais com 70,73% e os enfermeiros especialistas com 30,38%, em Portugal.

Relativamente à análise da amostra, conforme a área de especialização, verificou-se que existe uma discrepância entre o número de enfermeiros com título de especialista 49,1% (27) e o número de enfermeiros com a área de especialização 57,9% (32), como se observa no gráfico 3 e 4. Esta disparidade de 5 enfermeiros prende-se com o facto de, apesar de deterem a especialidade em enfermagem, esperam a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista pela OE. Assim, as áreas de especialização encontram-se analisadas no gráfico 4 e são: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública 30,9% (17), Enfermagem de Reabilitação 9,1% (5), Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 1,8% (1), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 5,5% (3), Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 1,8% (1), Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica 3,6% (2), Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação paliativa 5,5% (3).

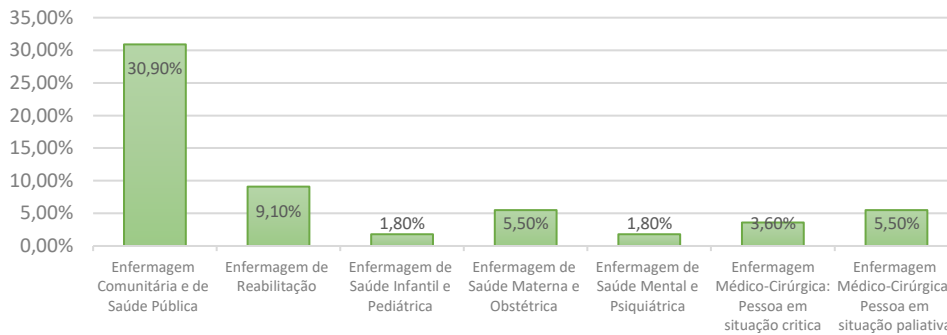


Gráfico 4: Distribuição da amostra por área de especialização

Fonte: a própria

Constatou-se que a área com maior representatividade na amostra é a de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o que não vai de encontro aos dados da OE no seu anuário estatístico de 2023 em que a especialidade com maior representatividade é a Enfermagem Médico-Cirúrgica com 21,46% do total dos enfermeiros com área de especialização em Portugal. Verificou-se também que não existe nenhum inquirido com a especialização em Enfermagem Familiar.

Relativamente aos anos de exercício profissional da amostra, verificou-se um valor mínimo de 2 anos e um valor máximo de 42 anos de idade, sendo que a média de tempo de exercício profissional é de 21,69 anos e o desvio padrão é de 10,145 anos, como apresentado na tabela 9.

Tabela 9: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional

	n	X _{Mín}	X _{Máx}	\bar{x}	σ
Anos de exercício profissional	55	2	42	21,69	10,145

Fonte: a própria

Neste estudo todos os inquiridos têm o seu contexto de prestação de cuidados em cuidados de saúde primários, sendo que a tipologia de unidade é que difere. Analisando a caracterização da amostra segundo a tipologia de unidade, podemos verificar que as unidades com maior representatividade são a UCC com 45,5% (25) e a UCSP com 36,4% (20). Com menor representatividade temos a Unidade de Saúde Pública (USP), com 3,6% (2) e restantes tipologias que por terem uma representatividade pequena foram incluídas em

Outras (Centro de Resposta Integrada (CRI), ECSCP e Serviço de Urgência Básica (SUB)), com uma representatividade no total de 14,5% (8), como se observa no gráfico 5.

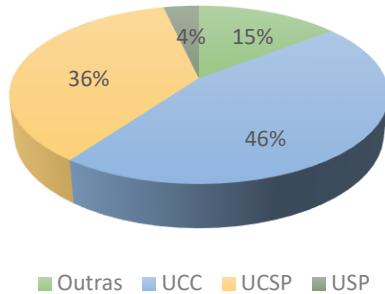


Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo a tipologia de unidade de prestação de cuidados
Fonte: a própria

No que concerne à caracterização da amostra, relativamente à formação no âmbito da enfermagem de família pode-se verificar neste estudo que 72,7% (40), não frequentaram formação no âmbito da enfermagem de família e, que apenas 27,3% (15) responderam afirmativamente, como se pode contabilizar na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição da amostra segundo a formação no âmbito da enfermagem de família

Formação no âmbito da enfermagem de família	n	%
Não	40	72,7
Sim	15	27,3
Total	55	100

Fonte: a própria

Relativamente ao contexto da formação em enfermagem de família, dos 15 inquiridos que afirmam ter tido a respetiva formação, 16,4% (9) adquiriram formação em contexto académico e 10,9% (6), adquiriram em formação contínua, enumerada na tabela 11.

Tabela 11: Distribuição da amostra segundo o contexto da formação em enfermagem de família

Contexto formação em enfermagem de família	n	%
Contexto académico	9	16,4
Formação contínua	6	10,9
Total	15	27,3

Fonte: a própria

4.3.2 - Caracterização da importância atribuída pela amostra face à família, nos cuidados

Para caracterizar as atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados, recorreu-se ao estudo da segunda parte do questionário, onde foi aplicada a escala “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2011), sendo que para todo o instrumento o score pode variar entre 26 e 104 pontos. Quanto maior o score total obtido, melhores são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família nos cuidados (Oliveira et al., 2011), logo mais importância é atribuída à família nos cuidados por parte dos enfermeiros.

Examinando a Tabela 12, podemos verificar que o *score* total da escala, para a totalidade da amostra apresenta uma média de respostas de 81,5636, uma mediana de 82,00. O desvio padrão do *score* total foi de 7,40811 para o total da amostra, apresentando um mínimo de 67 e um máximo de 94 pontos, o que indica uma diferença na importância atribuída à família pela amostra, ou seja, nem todos os enfermeiros consideram importante o envolvimento da família no processo de cuidados. No entanto, verificou-se que em média, as atitudes dos enfermeiros da amostra são de suporte face à família, identificando a relevância da mesma no processo de cuidados.

Tabela 12: Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE

	n	\bar{x}	Md	σ	XMín	XMax
Escala IFCE-AE Score total	55	81,5636	82	7,40811	67	94

Fonte: a própria

4.3.3 – Teste de Hipóteses

Após a formulação das hipóteses estas têm que ser testadas, sendo que a “testagem passa pela aplicação de testes estatísticos inferenciais, assim chamados por informarem o investigador da probabilidade de poder (ou não) inferir (extrapolar) dos resultados obtidos na sua amostra para a população de onde a amostra foi extraída” (Coutinho, 2020, p. 194).

Ao realizar teste de hipóteses temos que considerar duas hipóteses: a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_1). “A hipótese nula é a hipótese construída a partir do valor conhecido do parâmetro na população [...], enquanto que a contra-hipótese [...] é aquela pela qual a hipótese nula é contradita” (Fortin, 1999, p. 285).

A probabilidade que é utilizada para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, significa que o investigador apenas admite essa probabilidade (Coutinho, 2020). Sendo que p é essa probabilidade, e se estabelecermos uma probabilidade de erro igual ou inferior a 5%, ou seja se $p \leq 0.05$ a probabilidade de os valores obtidos serem fruto do acaso é menor 5 vezes em 100, ou seja 5 em 100 admite-se a probabilidade de errar a decisão acerca da hipótese nula a testar (Coutinho, 2020).

Assim, procedeu-se à testagem das hipóteses, tendo em conta a análise da totalidade da escala IFCE-AE, comparando as médias obtidas em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.

H1 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a idade do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e a idade do enfermeiro, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e ao respetivo teste de significância. Observa-se que a cada ano que passa a importância atribuída à família diminui 11% ($r=0,111$), não sendo essa diminuição significativa do ponto de vista estatístico ($p=0,419$). Assim, não se verifica a existência de relação entre a idade do enfermeiro e a importância atribuída à família.

Tabela 13: Relação entre a importância atribuída à família e a idade do enfermeiro

Score Total	Correlação de Pearson	
		r
	p	0,419
	n	55

Fonte: a própria

H2 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o estado civil do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o estado civil do enfermeiro, foi aplicado o teste *Anova* de um fator e verificou-se que os enfermeiros que são casados ou que se encontram em união de facto atribuem maior importância à família ($\bar{x}=82,8810$), que os enfermeiros que são solteiros ($\bar{x} =79,4000$) e que os enfermeiros que se encontram separados/divorciados ($\bar{x} =76,0000$), sendo que esta diferença estatística é significativa ($p=0,040$).

Como $p < 0,05$ pode-se referir que parece existir relação entre o estado civil do enfermeiro e a importância atribuída à família nos cuidados. Sendo que estas diferenças são encontradas entre a categoria separado/divorciado ($\bar{x}=76$) e a categoria união de facto/casado ($\bar{x}=82,8810$), sendo $p=0,039$.

Tabela 14: Relação entre a importância atribuída à família e o estado civil do enfermeiro

	Estado civil	n	\bar{x}	Anova
Score total	Separado/Divorciado	8	76,0000	P=0,040
	Solteiro	5	79,4000	
	União de facto/casado	42	82,8810	
	Total	55	81,5636	

Fonte: a própria

H3– A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o contexto de trabalho do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o contexto de trabalho do enfermeiro, foi aplicado o teste *t-student* para amostras independentes e verificou-se que esta diferença estatística não é significativa ($p=0,544$).

Só foram incluídos a tipologia de unidade de UCC e USP, uma vez que as outras apresentavam um número muito baixo, logo não tem significado estatístico.

Como $p > 0,05$ pode-se referir que parece não existir relação entre o contexto de trabalho do enfermeiro e a importância atribuída à família nos cuidados.

Tabela 15: Relação entre a importância atribuída à família e o contexto de trabalho do enfermeiro

Score total	Contexto de trabalho	n	\bar{x}	Teste t
	UCC	25	83,88	t=2,127
	UCSP	20	79,50	p=0,544

Fonte: a própria

H4 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o tempo de exercício profissional do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o tempo de exercício profissional do enfermeiro, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e ao respetivo teste de significância. Observa-se que a cada ano que passa a importância atribuída à família diminui 3% ($r=0,033$), não sendo essa diminuição significativa do ponto de vista estatístico ($p=0,809$). Assim, não se verifica a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e a importância atribuída à família.

Tabela 16: Relação entre a importância atribuída à família e o tempo de exercício profissional do enfermeiro

Score Total	Correlação de Pearson	
	r	0,033
	p	0,809
	n	55

Fonte: a própria

H5 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante e o grau académico do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o grau académico do enfermeiro, foi aplicado o teste *Anova* de um fator e verificou-se que os enfermeiros que possuem mestrado atribuem maior importância à família ($\bar{x}=83,2500$) que os enfermeiros que possuem uma Pós-graduação ($\bar{x}=82,6000$) e os enfermeiros que possuem uma Licenciatura ($\bar{x}=79,9474$). Sendo que os enfermeiros que são especialistas ($\bar{x}=76,0000$) e os que são detentores de Bacharelato ($\bar{x} =67,0000$) são os que atribuem menor importância à família. Esta diferença estatística parece não ser significativa ($p=0,145$).

Como $p>0,05$ pode-se referir que parece não existir relação entre o grau académico do enfermeiro e a importância atribuída à família nos cuidados.

Tabela 17: Relação entre a importância atribuída à família e o grau académico do enfermeiro

	Grau Académico	n	\bar{x}	<i>Anova</i>
Score total	Bacharelato	1	67,0000	P=0,145
	Especialista	1	76,0000	
	Licenciatura	19	79,9474	

Mestrado	24	83,2500
Pós-Graduação	10	82,6000
Total	55	81,5636

Fonte: a própria

H6 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a área de especialização do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e a área de especialização do enfermeiro, foi aplicado o teste *Anova* de um fator e verificou-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica ($\bar{x} = 89,6667$) e o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica- Enfermagem à pessoa crítica ($\bar{x} = 89,0000$) são os que atribuem maior importância à família. No entanto, esta diferença estatística não é significativa ($p=0,124$).

Como $p>0,05$ pode-se referir que parece não existir relação entre a área de especialização e a importância atribuída família nos cuidados.

Tabela 18: Relação entre a importância atribuída à família e a área de especialização do enfermeiro

	Área de especialização	n	\bar{x}	Anova
Score total	Sem área de especialização	23	79,7826	P=0,124
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	17	83,1176	
	Enfermagem de Reabilitação	5	81,0000	
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	72,0000	
	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	3	89,6667	
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	85,0000	
	Enfermagem Médico-cirúrgica	2	89,0000	
	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica			

Enfermagem Médico-cirúrgica	3	76,3333
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa		
Total	55	81,5636

Fonte: a própria

H7 – A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante a formação prévia em enfermagem de família

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e a formação prévia em enfermagem de família do enfermeiro, foi aplicado o teste *t-student* para amostras independentes e verificou-se que esta diferença estatística não é significativa ($p=0,921$).

Como $p>0,05$ pode-se referir que parece não existir relação entre a formação prévia em enfermagem de família e a importância atribuída à família nos cuidados.

Tabela 19: Relação entre a importância atribuída à família e a formação prévia em enfermagem de família do enfermeiro

	Formação prévia em enfermagem de família	n	\bar{x}	<i>t-student</i>
Score total	Não	40	81,6250	T=0,099
	Sim	15	81,4000	
	Total	55	81,5636	P=0,921

Fonte: a própria

H8 - A importância da família como parte integrante nos cuidados varia consoante o título profissional do enfermeiro

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o título profissional do enfermeiro, foi aplicado o teste *Anova* de um fator e verificou-se que o enfermeiro gestor atribui maior importância à família ($\bar{x}=91,3333$), que o enfermeiro especialista ($\bar{x}=82,1852$) e que o enfermeiro ($\bar{x}=79,7200$), no entanto esta diferença estatística é significativa ($p=0,028$).

Como $p<0,05$ pode-se referir que parece existir relação entre o título profissional e a importância atribuída à família nos cuidados. Sendo que estas diferenças são encontradas entre a categoria enfermeiro ($\bar{x}=79,72$) e a categoria enfermeiro gestor ($\bar{x}=91,3333$), sendo $p=0,025$.

Tabela 20: Relação entre a importância atribuída à família e o título profissional do enfermeiro

	Título profissional	n	\bar{x}	Anova
Score total	Enfermeiro	25	79,7200	P=0,028
	Enfermeiro Especialista	27	82,1852	
	Enfermeiro Gestor	3	91,3333	
	Total	55	81,5636	

Fonte: a própria

Sintetizando, podemos verificar na tabela 21 que existe relação entre as variáveis “estado civil” e “título profissional”, com a variável “importância atribuída à família” ($p < 0,05$), não se examinando relações entre as restantes variáveis sociodemográficas e profissionais.

No entanto, apesar de não ter significância estatística parece existir relação entre a importância atribuída à família e a idade do enfermeiro e o tempo de exercício profissional, pois a cada ano que passa a importância atribuída à família diminui 11% ($r = 0,111$) para a idade do enfermeiro e diminui 3% ($r = 0,033$) para o tempo de exercício profissional.

Tabela 21: Relação entre as variáveis independentes e a dependente

Variáveis	Importância atribuída à família		
	Anova	T-Student	Pearson
Idade			p=0,419
Estado Civil	p=0,040		
Contexto de trabalho		p=0,544	
Tempo exercício profissional			p=0,809
Grau académico	p=0,145		
Área especialização	p=0,124		
Formação EF		p=0,921	
Título profissional	p=0,028		

Fonte: a própria

Finalizada a análise dos dados tem que se proceder à interpretação dos resultados, com referências à pesquisa efetuada aquando da revisão da literatura que serviu de base à fundamentação teórica.

4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Fortin (1999) para interpretar os resultados deve-se “comparar, a contrastar os resultados e a servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências” (Fortin, 1999, p. 329). Na discussão dos resultados inicia-se pelos “resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os resultados obtidos com as análises inferenciais” (Fortin, 1999, p. 329), tendo em conta os objetivos, as questões de investigação e as respetivas hipóteses, de modo crítico e reflexivo.

Assim, neste estudo a discussão dos resultados é iniciada pela análise das características sociodemográficas e profissionais dos sujeitos, seguida da análise referente à importância atribuída à família nos cuidados e por fim, com a relação entre as atitudes e as características sociodemográficas e profissionais em comparação com estudos consultados durante a revisão da literatura.

Comparativamente à **idade**, verificou-se que a amostra deste estudo apresenta uma média de 45,87 anos, com um desvio padrão de 9,143 anos, sendo que a idade varia entre os 24 e os 64 anos. Na literatura consultada verificou-se que a média de idades dos enfermeiros é significativamente mais baixa noutros estudos, como é o caso do estudo de Oliveira et al. (2011) que obteve uma média de 35,8 anos, com um desvio padrão de 10,1 anos; Silva et al. (2013), com uma média de 40,59 anos e um desvio padrão de 8,63 anos; Fernandes et al. (2015) que obteve uma média de idades de 38,6 e um desvio padrão de 9,3 anos; Frade, et al, (2021) obteve uma média de idades de 41,93 anos; Ferreira & Kraus (2023) com uma media de 42 anos. Assim, a média de idades dos sujeitos da amostra do estudo é ligeiramente mais alta em comparação com as médias obtidas noutros estudos.

Neste estudo o grupo com mais representatividade é o [41-50]anos com 38,2% da amostra. Comparando estes dados com o anuário estatístico da OE de 2023, vimos que o grupo etário com mais representatividade é superior ao dos enfermeiros em Portugal, em que a idade

mais representativa é [36-40] anos, constituindo 17,94% dos enfermeiros registados na OE. No estudo de Sampaio et al. (2022) a representatividade maior é entre 31- 50 anos (76%). Logo, a representatividade da idade dos sujeitos da amostra do presente estudo é idêntica ao de outros estudos.

No **estado civil**, verificou-se que 76,4% dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto, sendo que este estado civil é o de maior representatividade. Os inquiridos que se encontram separados ou divorciados constituem 14,5% da amostra e apenas 9,1% são solteiros sendo este estado civil o de menor representatividade. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Ferreira & Kraus (2023), em que os sujeitos do estudo com maior representatividade eram casados com 59,3%.

Analisando a distribuição da amostra segundo o **nível de escolaridade**, verificou-se que 43,6%, possuem Mestrado, 34,5%, possuem Licenciatura, 18,2% são detentores de uma Pós-Graduação, 1,8% são especialistas e igualmente 1,8% possui o Bacharelato. Estes resultados não vão de encontro aos resultados dos estudos consultados em que a maioria dos sujeitos são detentores de licenciatura. Oliveira et al. (2011) os sujeitos do estudo com licenciatura representavam 83,8%; no estudo de Silva et al. (2013) 90,9% dos sujeitos são licenciados; Fernandes et al. (2015) os sujeitos da amostra são 96,9% licenciados; nos estudos de Frade et al. (2021) e de Ferreira & Kraus (2023), a maior parte dos sujeitos são licenciados, dado que neste último estudo 55,3% constituem os sujeitos da amostra com licenciatura. No entanto, o estudo de Sampaio et al. (2022), não corrobora estes resultados uma vez que os sujeitos inquiridos com maior representatividade são os enfermeiros que são detentores de uma especialização, com 38%.

No anuário de 2023 da OE, o grau académico com maior representatividade é a Licenciatura (74,39%), seguida do Mestrado (10,58%), sendo que a amostra deste estudo também não cumpre a tendência nacional, sendo os enfermeiros detentores do grau de mestre os mais representativos.

A distribuição da amostra segundo o **título profissional** a maioria são enfermeiros especialistas com 49,1%, sendo este grupo com maior representatividade, 45,5% são enfermeiros cuidados gerais e 5,5% são enfermeiros gestores. Estes resultados não vão de encontro ao anuário estatístico da OE, em que o grupo com maior representatividade são os

enfermeiros de cuidados gerais com 70,73% e os enfermeiros especialistas com 30,38%, em Portugal. Nos estudos consultados pode-se verificar que em Oliveira et al (2011), 50% são enfermeiros cuidados gerais; e no estudo de Ferreira & Kraus (2023), os enfermeiros cuidados gerais constituem 47% da amostra.

Neste estudo, relativamente à **área de especialização**, constatou-se que a área com maior representatividade na amostra é a de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o que não vai de encontro aos dados da OE no seu anuário estatístico de 2023 em que a especialidade com maior representatividade é a Enfermagem Médico-Cirúrgica com 21,46% do total dos enfermeiros com área de especialização em Portugal. Verificou-se também que não existe nenhum inquirido com a especialização em Enfermagem Familiar.

Estes resultados são idênticos ao estudo de Silva et al., (2013), em que a maioria não possui especialidade de Enfermagem Familiar, no entanto, nos estudos de Sampaio et al. (2021, 2022), 39 dos sujeitos inquiridos em, 54,9% com especialidade, possuem a sua formação especializada em Enfermagem Familiar.

Relativamente aos **anos de exercício profissional** da amostra, verificou-se um valor mínimo de 2 anos e um valor máximo de 42 anos, sendo que a média de tempo de exercício profissional é de 21,69 anos com um desvio padrão de 10,145 anos, sendo estes valores superiores ao estudo de Oliveira et al. (2011), com uma média de 12,9 anos e um desvio padrão de 10 anos, no entanto o tempo de exercício profissional varia entre 1 e 41 anos, o qual é idêntico a este estudo. No estudo de Silva et al. (2013) o tempo médio de exercício profissional é de 16,37 anos com um desvio padrão de 8,42 anos, também inferior aos resultados deste estudo. Fernandes et al. (2015) obteve um tempo médio de exercício profissional de 16,2 anos com um desvio padrão de 9,6 anos; Frade et al. (2021), o tempo médio de exercício profissional é de 18,63 anos; e para Ferreira & Kraus (2023), o tempo médio de carreira é de 19 anos, todos eles com uma média inferior aos resultados da amostra deste estudo.

Analisando a amostra segundo o **contexto de prestação de cuidados** podemos verificar que as unidades com maior representatividade são as UCC com 45,5% e as UCSP com 36,4%. Com menor representatividade temos a USP com 3,6% e restantes tipologias que por terem uma representatividade pequena foram incluídas em Outras (CRI, ECSCP e SUB), com uma

representatividade no total de 14,5%. Comparativamente ao estudo de Silva et al. (2013), o tipo de unidade funcional que o enfermeiro presta cuidados, verificámos que 69,2% desempenhava funções em UCSP, 18,3% em USF, 5,6% em outras unidades, 3,7% em UCC e 3,2% em USP, não sendo por isso os resultados da nossa amostra semelhante aos estudos anteriores.

No que concerne à **formação no âmbito da enfermagem de família** pode-se verificar neste estudo que 72,7%, não frequentaram formação e que apenas 27,3% responderam afirmativamente, sendo que dos 15 inquiridos que afirmaram ter tido a respetiva formação, 16,4% adquiriram formação em contexto académico e 10,9%, adquiriram em formação continua. No estudo de Oliveira et al. (2011) 59,6% frequentaram formação em enfermagem familiar, dos quais 23,5% em contexto académico e 29,4% em formação continua sendo que estes resultados contrariam o presente estudo. No entanto, existem estudos em que a percentagem de enfermeiros que não possuem qualquer formação na área da Enfermagem Familiar é elevada, que vão corroborar o presente estudo, como é o caso do estudo de Silva et al., (2013) em que 69,6% dos sujeitos não possuem formação em Enfermagem Familiar; Fernandes et al. (2015) 59,4% dos inquiridos não são detentores de formação na respetiva área; no estudo de Frade et al., (2021) pode-se verificar que 20,21% não tiveram qualquer formação na área da Enfermagem de Família; Sampaio et al. (2022), no seu estudo refere que 60,6% dos sujeitos não tem formação na respetiva área.

Para caracterizar **a importância atribuída pela amostra face à família, nos cuidados**, recorreu-se ao estudo da segunda parte do questionário, onde foi aplicada a escala IFCE-AE (Oliveira et al., 2011), tendo-se obtido uma média de respostas de 81,5636 para o *score* total da escala. O desvio padrão do *score* total foi de 7,40811 para o total da amostra, apresentando um mínimo de 67 e um máximo de 94 pontos, o que mostra uma desigualdade na importância atribuída à família pela amostra, ou seja, nem todos os sujeitos consideram relevante o envolvimento da família no processo de cuidados. No entanto, verificou-se que em média, as atitudes dos enfermeiros da amostra são de suporte face à família, identificando a relevância da mesma no processo de cuidados.

Segundo Barreto et al. (2022), envolver as famílias nos cuidados é fundamental, tendo em vista a necessidade de perceber como a doença influencia o sistema familiar, logo é

necessário que os enfermeiros demonstrem atitudes positivas para se estabelecer uma coparticipação entre enfermeiros e família.

Aragão et al. (2019) concluiu no seu estudo que o enfermeiro deverá assumir atitudes de cuidado com a família, de modo a estabelecer uma parceria, resultando numa assistência que seja benéfica para ambos.

Nos estudos em que o instrumento de medida utilizado foi o mesmo do agora aplicado, constatou-se que os enfermeiros consideram importante envolver a família no processo de cuidados, adotando atitudes de suporte face à família. Este facto verifica-se no estudo de Frade et al., (2021) que a média da importância atribuída à família pelos enfermeiros é de 80,605.

Fernandes et al. (2015) num estudo realizado em meio hospitalar sobre a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem obteve uma média de 79,2 na caracterização total da escala IFCE-AE, o que demonstra que os inquiridos revelam uma atitude favorável perante a importância de incluir a família no processo de cuidados. Em concordância encontra-se também o estudo de Ferreira & Kraus (2023), também ele realizado em contexto hospitalar, onde os enfermeiros apresentam atitudes inclusivas das famílias, obtendo-se com uma média de 79,2.

No âmbito dos CSP também são analisados estudos que utilizaram a escala IFCE-AE e que obtiveram resultados que tornaram evidentes que os enfermeiros têm atitudes de suporte perante a família demonstradas pelos enfermeiros, como se pode verificar no estudo de Oliveira et al. (2011) e Silva, Costa & Silva (2013). Estes resultados também são corroborados por estudos internacionais, como é o caso de Sampaio et al. (2022), Sampaio et al. (2021) e Chaves et al. (2017) os quais demonstram que incluir a família no processo de cuidados é fundamental.

Apesar dos enfermeiros exprimirem atitudes favoráveis à inclusão da família nos cuidados, nos estudos supracitados, os seus comportamentos na sua prática profissional por vezes não coincidem com as suas declarações, como se pode verificar no estudo de Fernandes et al. (2015) e Oliveira et al. (2011).

Considera assim, que tal facto, pode estar relacionado com métodos de trabalho tendencialmente tecnicistas ou métodos de trabalho centrados no indivíduo doente, onde o foco de cuidados não é a família. A noção do próprio conceito de família, da sua organização e funcionamento familiar, a noção de metodologia de trabalho por enfermeiro de família, e as próprias vivências dos profissionais influenciam as atitudes nos enfermeiros perante a percepção da importância da família nos cuidados.

Para uma prática avançada, onde a família é o foco dos cuidados, considerando as suas necessidades, a sua organização, funções e estrutura e, onde os modelos de avaliação e intervenção familiar são aplicados com a noção da sua importância, será necessário refletir e analisar sobre estas questões, de modo a progredir para uma prática colaborativa promotora de enfermagem familiar.

Relativamente à análise da relação entre a **importância atribuída à família pelos enfermeiros e as características sociodemográficas e profissionais** dos mesmos, os resultados deste estudo mostram que existe evidência estatística significativa quanto à relação da importância atribuída à família pelos enfermeiros e o **estado civil** e o **título profissional** ($p < 0.05$).

Na análise efetuada entre a associação da importância da família e o estado civil do enfermeiro, verificou-se que os enfermeiros que são casados ou que se encontram em união de facto atribuem maior importância à família que os enfermeiros que são solteiros e que os enfermeiros que se encontram separados/divorciado, sendo que estas diferenças são encontradas entre a categoria separado/divorciado e a categoria união de facto/casado.

Não se encontraram estudos que corroborassem ou não, a relação entre importância atribuída à família pelos enfermeiros e estado civil, no entanto Fernandes et al. (2015) no seu estudo a 217 enfermeiros cujo contexto de trabalho era em unidade hospitalar, refere que a “prática dos cuidados às famílias vai depender do próprio conceito que possuem sobre a família” (Fernandes et al., 2015, p. 29).

Sendo que a experiência de vida individual afeta as nossas atitudes, também a experiência individual de cada profissional, o modo como reconhece o conceito de família, são fatores que podem condicionar as suas atitudes perante a família, assim “não é possível falar de atitudes sem ter em conta as experiências de vida de cada indivíduo” (Alves, 2011 citado por

Fernandes, 2014, p. 143). Cada enfermeiro tem as suas próprias características, com experiências de vida próprias, logo a forma de se relacionar com os utentes e famílias é diferente de indivíduo para indivíduo.

Nos resultados obtidos relativamente à associação da importância da família e o título profissional do enfermeiro verificou-se que o enfermeiro com título profissional gestor atribui maior importância à família, que o enfermeiro especialista e que o enfermeiro de cuidados gerais. Pode-se referir que parece existir relação entre o título profissional e a importância atribuída à família nos cuidados, sendo que estas diferenças são encontradas entre a categoria enfermeiro e a categoria enfermeiro gestor. Ou seja, o título profissional mais alto parece atribuir maior importância à família nos cuidados.

Encontramos resultados concordantes no estudo de Fernandes et al (2015) em que profissionais com cargos profissionais mais elevados, especialista e enfermeiro chefe, obtiveram scores médios superiores relativamente à atitude favorável perante a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Em concordância está o estudo de Ferreira & Kraus (2023) em que os enfermeiros especialistas/chefes de categoria profissional apresentam valores médios superiores na atitude de integrar a família nos cuidados. No estudo de Silva, Costa & Silva (2013) também se evidenciou que os enfermeiros que possuem maior título profissional são os que parecem ter atitudes de maior suporte perante a família, que neste caso foram os enfermeiros especialistas.

No que concerne às variáveis sociodemográficas e profissionais: idade, contexto de trabalho, tempo de exercício profissional, grau académico, área de especialização e formação prévia em Enfermagem Familiar, os resultados do presente estudo não indicam evidências estatísticas significativas que mostrem relação das mesmas com a importância atribuída à família nos cuidados.

No entanto, nas variáveis **idade** e **tempo de exercício profissional** apesar de não existir evidência estatisticamente significativa que comprove a relação entre estas duas variáveis e a importância atribuída à família, observa-se uma correlação negativa, ou seja a cada ano que passa a importância atribuída à família diminui.

Assim, relativamente à idade do enfermeiro constata-se que a cada ano que passa a importância atribuída à família diminui 11% ($r=0,111$), sendo que estes resultados não são

concordantes com o estudo de Ferreira & Kraus (2023), em que os enfermeiros mais velhos apresentam em médias atitudes mais integrativas, nomeadamente acima dos 45 anos de idade. Os estudos de Silva et al., (2013) e Frade et al., (2021) também referem que os enfermeiros mais velhos tendem a demonstrar atitudes de maior suporte, ou seja atribuem maior importância à família. No entanto, no estudo de Sampaio et al (2021), verificou-se que no grupo de 41 a 50 anos a importância atribuída à família é menor do que no grupo de 31 a 40 anos e 51 a 60 anos.

Neste estudo, relativamente ao tempo de exercício profissional, parece existir também uma associação negativa entre o tempo de serviço e a importância atribuída à família, ou seja, há medida que existe mais experiência profissional a importância atribuída à família diminui 3% ($r=0,033$), não sendo essa diminuição significativa do ponto de vista estatístico ($p=0,809$). O estudo de Sampaio et al (2022) sugere o mesmo, ou seja, quanto mais tempo de exercício profissional apresentam menor suporte para com as famílias, concentrando-se no cuidado individual, sem integrar as famílias nos cuidados, que segundo o autor pode resultar da falta de formação para tal.

Assim, considera importante a formação contínua ao longo do exercício profissional, de modo a capacitar os enfermeiros nos cuidados à família.

No entanto, o estudo de Silva et al., (2013) contraria estes resultados, uma vez que refere que são os enfermeiros com mais tempo de serviço que atribuem maior importância à família, o qual o autor justifica por os enfermeiros com menor tempo de serviço centrarem os seus cuidados nos utentes e não nas famílias. Assim, vai de encontro à perspectiva de Benner (2001) em que o enfermeiro com mais tempo de serviço, considerado perito, consegue perceber quando deve substituir a família nos cuidados e quando deve integrá-la, enquanto que os enfermeiros iniciados não possuem experiência suficiente para identificar numa situação o todo ou aspetos mais relevantes (Silva et al., (2013).

No estudo de Ferreira & Kraus (2023) sugere o mesmo, sendo que os enfermeiros que exercem a sua categoria profissional há mais de 21 anos atribuem maior importância à família no cuidar, assim como o de Frade et al., (2021) que refere que quantos mais anos de exercício profissional, maior é a importância atribuída à família.

O número elevado de utentes e famílias que o enfermeiro tem a seu cargo poderá influenciar a relação dos enfermeiros com as suas famílias, sendo que a OE alerta para tal no cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pois poderá colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados, o que vai de encontro ao estudo de Sampaio et al. (2022), que refere que 50,7% dos inquiridos fizeram referência à sobrecarga de trabalho.

A organização onde está inserido o enfermeiro poderá influenciar o modo como o enfermeiro perspetiva a sua atitude perante a família. Organizações onde a importância de envolver a família nos cuidados é valorizada os enfermeiros são orientados a fazer o mesmo. No presente estudo não parece existir evidências estatísticas significativas que mostrem relação do contexto de trabalho dos enfermeiros com a importância atribuída à família nos cuidados, com $p \geq 0,05$. De salientar que a amostra deste estudo é constituída por enfermeiros em que o seu contexto de trabalho não é tipologia de USF. A amostra dos enfermeiros cuja tipologia é USF, como referido anteriormente neste trabalho, será alvo de estudo por parte da colega que realizou o ensino clínico no mesmo local.

Na revisão da literatura existem vários estudos que contrariam estes resultados. No estudo de Sampaio et al. (2022) parece existir relação entre o contexto de trabalho e a importância atribuída à família, no entanto existe diferença nos inquiridos em que o seu contexto de trabalho era em contexto de Estratégia de Saúde à Família onde obtiveram um score maior do que os que prestavam cuidados em unidades ditas tradicionais, na área de dimensão: família como recurso dos cuidados de enfermagem. No estudo de Silva et al., (2013), a relação entre a importância atribuída à família e o contexto de trabalho também se verifica, os inquiridos que trabalhavam em UCSP apresentaram atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados. No estudo de Ferreira & Kraus (2023), desenvolvido num Centro Hospitalar da Região Centro de Portugal, também é verificado que o contexto de trabalho está relacionado com a importância atribuída à família, sendo os serviços hospitalares de Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos, Psiquiatria e Cirurgia de Ambulatório que revelaram em média atitudes mais integrativas. Por sua vez, Fernandes et al. (2015), no seu estudo realizado em meio hospitalar, também confirma que o contexto de trabalho tem influência na importância atribuída à família, sendo no serviço de obstetria

verificados scores mais elevados. Oliveira et al. (2011) realça que, os inquiridos em que o seu contexto de trabalho é USF, apresentam uma média superior de atitude de suporte.

Relativamente ao grau académico, os resultados deste não apresentam evidência significativa estatisticamente de que existe relação com a importância atribuída à família, os quais são consistentes com os estudos de Fernandes et al. (2015), em que os resultados não evidenciam valores significativos estatisticamente, no entanto os enfermeiros que possuem um grau académico superior, nomeadamente mestrado obtiveram diferenças nas pontuações médias totais.

No entanto, o estudo de Ferreira & Kraus (2023) contradiz estes resultados uma vez se constatou que os enfermeiros detentores de pós-licenciatura/especialidade, mestrado e pós-graduação atribuem maior importância à integração da família nos cuidados, assim como no estudo de Silva et al., (2013) em que os enfermeiros com grau de mestre são os que conferem mais atitudes de apoio.

É necessário que os enfermeiros invistam na sua formação, de modo a aperfeiçoar a sua prática melhorando a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde com a integração da família no processo de cuidar.

Relativamente à área de especialização também não foi encontrada relação com a importância atribuída à família nos cuidados, com $p \geq 0,05$. Atualmente as exigências quer a nível técnico quer a nível científico dos cuidados de enfermagem são maiores para colmatar as necessidades de saúde, logo cuidados especializados por parte dos profissionais garantem ganhos em saúde.

No que concerne à formação em Enfermagem Familiar os resultados deste estudo também não apresentam evidência significativa estatisticamente de que existe relação com a importância atribuída à família.

No entanto, importa mencionar que vários autores referem que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem uma maior importância às famílias nos cuidados, Silva et al., (2013), Oliveira et al. (2011), Frade et al. (2021).

No estudo de Cruz & Angelo (2018), desenvolvido com base numa intervenção educativa sobre Enfermagem Familiar, refere que os enfermeiros que apresentavam scores mais

baixos relativamente à importância atribuída à família antes da intervenção, foram os que apresentaram posteriormente scores mais elevados, indicadores de atitudes de suporte.

O desenvolvimento de competências em enfermagem familiar permite capacitar os enfermeiros e motivá-los, com o intuito de superarem os desafios inerentes ao processo de cuidar a família. São garantidos ganhos em saúde, com cuidados de qualidade e satisfação das famílias e profissionais. Logo os enfermeiros, independente do contexto de trabalho devem ser capacitados para intervir na família e com a família, pois os indivíduos não são dissociados da sua estrutura familiar.

De um modo geral evidenciou-se que em vários estudos, incluído o agora apresentado, os enfermeiros consideram importante incluir a família no processo de cuidados, apesar das variáveis que influenciam este facto diferirem de estudo para estudo. No entanto, não evidencia que seja uma prática corrente. Assim, a mudança de paradigma passa por a família ser considerada foco de cuidados de modo que os cuidados sejam de acordo com as necessidades do sistema familiar, permitindo uma parceria nos cuidados.

4.5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Este estudo com o tema “**Enfermeiro / Família: parceiros no cuidar – Importância da Família**” vem de encontro ao interesse a nível profissional na área de enfermagem de saúde familiar e o interesse em aprofundar conhecimentos nesta temática, assim como a pertinência do tema, evidenciado teoricamente. Da sua prática, considera fundamental a parceria com a família na prestação de cuidados, pois considera ser uma mais-valia no sentido de redução de situações provocadoras de stress no seio familiar, quer sejam provocadas por crises normativas ou acidentais, resultando no aumento da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento do estudo teve como ponto de partida as questões de investigação inicialmente colocadas:

- Que importância é atribuída pelo enfermeiro à família como parte integrante dos cuidados de enfermagem?

- Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros perante a importância atribuída à família como parte integrante nos cuidados e, as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos?

Foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo que possibilitou dar resposta aos objetivos formulados obtendo conclusões que se apresentam seguidamente.

Neste estudo podemos verificar que as características sociodemográficas e profissionais dos 55 enfermeiros inquiridos que exercem funções no ACES Alentejo Central (atualmente integrados na ULSAC), detêm uma média de idades de 45,87 anos, sendo a maioria casados ou vivem em união de facto (76,4%). O nível de escolaridade que é predominante é o mestrado (43,6%). A nível de título profissional predomina o enfermeiro especialista (49,1%), sendo que a área de especialização é maioritariamente a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Todos os inquiridos desempenham funções nos CSP, sendo que a tipologia de unidade é que difere, sendo que a maioria desempenha funções na UCC, com uma média de exercício profissional de 21,69 anos. A maioria dos enfermeiros inquiridos refere não ter tido formação na área da Enfermagem Saúde Familiar (72,7%), sendo que aqueles que realizaram formação foi em contexto académico (16,4%).

Relativamente à importância atribuída à família no processo de cuidados foi escolhida a escala IFCE-AE, na versão adaptada para a população portuguesa, tendo sido analisado score total obtido.

Na avaliação da fiabilidade do instrumento de colheita de dados, procedeu-se à análise de fiabilidade por dimensão e na totalidade da escala, fazendo a comparação da consistência interna da escala IFCE- AE, no estudo de validação de Oliveira et al. e no presente estudo, com os respetivos resultados do α de *Cronbach*, tendo verificado no total da escala que o α de *Cronbach* é muito próximo, mostrando o presente estudo um α de *Cronbach* de 0,861, relativamente com 0,87 obtido no estudo de Oliveira et al., o que corresponde a uma consistência interna boa.

Na avaliação da normalidade da amostra foi aplicado o teste paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov*, no qual se verificou que a distribuição da amostra é considerada normal relativamente à variável dependente ($p=0,200$).

Neste estudo, verifica-se que as atitudes dos enfermeiros da amostra são de suporte face à família, identificando a relevância da mesma no processo de cuidados, mostrando um *score* total da escala, para a totalidade da amostra, uma média de respostas de 81,5636.

Na testagem das hipóteses de investigação conclui-se que existe evidência estatisticamente significativa da relação entre a importância atribuída à família no processo de cuidados e o estado civil e o título profissional do enfermeiro.

No que respeita às variáveis sociodemográficas e profissionais: idade, contexto de trabalho, tempo de exercício profissional, grau académico, área de especialização e formação em enfermagem, parecem não influenciar a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidar. No entanto, na idade e no tempo de exercício profissional, mesmo com baixa significância estatística, parece haver uma associação negativa entre a importância atribuída à família e o tempo de serviço e a idade. Logo, à medida que os enfermeiros ficam mais velhos e exercem mais tempo, a importância atribuída, à família parece diminuir cerca de 11% por cada ano ($r=-0,111$) em relação à idade e cerca de 3% por cada ano ($r=-0,033$) relativamente ao tempo de serviço.

Assim, a diminuição da importância atribuída à família pelos enfermeiros poderá estar relacionada com o elevado número de utentes, a sobrecarga de trabalho e a falta de motivação por parte dos enfermeiros para frequentar formação no âmbito da enfermagem familiar. Logo é imperativo que se adotem estratégias por parte das instituições para fomentar a satisfação profissional e promover a motivação quer pessoal, quer profissional.

Este estudo demonstra que os enfermeiros têm atitudes positivas relativamente à importância da família nos cuidados, sendo que estas se tornam indispensáveis nos cuidados numa perspetiva de colaboração e parceria com a família.

Como limitações do estudo foi considerado o tamanho da amostra e o facto de não ser probabilística, não permitindo a generalização dos resultados. Seria relevante utilizar uma amostragem probabilística para que os resultados pudessem ser generalizados para a população portuguesa. Sendo a amostra restrita, este estudo não possui validade externa, mas possui validade para as unidades funcionais.

Apresenta, no entanto, validade interna porque o estudo teve por base um rigoroso método de análise estatística e o uso de uma escala validada, com consistência interna elevada, permitindo paralelismo com outros estudos que utilizem a mesma escala.

Pretende-se com este estudo, além de aumentar o conhecimento científico na área de saúde familiar, demonstrar a pertinência de formação nesta área em contexto de trabalho dos profissionais, para que as práticas colaborativas com a família sejam uma realidade. Para tal, torna-se necessário que os responsáveis conheçam os fatores que influenciam a prática dos profissionais e que têm repercussão na importância que é dada à família nos cuidados considerando-a o foco dos cuidados, permitindo assim dar resposta às exigências de saúde atuais visando cuidados de qualidade

A divulgação dos resultados junto dos enfermeiros que participaram no estudo e seus superiores hierárquicos pode motivar a reflexão e a planificação e cumprimento de estratégias nas próprias instituições que promovam métodos de trabalho que deem importância à enfermagem familiar.

Reduzir a distância entre a teoria e a prática é fundamental, com a demonstração da relevância dos modelos de avaliação familiar e dos seus instrumentos. Assim, considera-se pertinente a expansibilidade do presente estudo a contextos de trabalho diferentes e em áreas geográficas diferentes, assim como aos alunos de formação base, para se obter resultados mais vastos sobre a importância da família nos cuidados e a mudança de paradigma em que o foco é a família.

Poderia ainda realizar-se uma comparação com os dados obtidos pela colega, cuja amostra era composta apenas por enfermeiros que trabalham em USF. Tal permitiria perceber se o trabalhar em USF, comparativamente com as restantes tipologias de unidades de saúde, é sinónimo de resultados diferentes ou se pelo contrário se manteriam as tendências observadas neste estudo.

Com o término deste estudo, reflete-se sobre as dificuldades inerentes a ele, as quais se prendem com a realização do mesmo, a limitação de tempo para a sua elaboração e a inexperiência na área da investigação.

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados à família está dependente da importância que os enfermeiros atribuem ao envolvimento da família no processo de cuidados, assumindo este facto como complexo que é, assim o objetivo foi tentar contribuir para um melhor entendimento sobre a temática.

Na execução deste relatório, as fases percorridas foram assinaladas pelo desenvolvimento pessoal e profissional. Tendo em consideração os objetivos definidos, os quais considera atingidos, com momentos de reflexão acerca dos saberes obtidos, no culminar da componente teórica do mestrado, com a sua aplicabilidade na prática especializada de enfermagem familiar e com a realização do estudo de investigação. Assim, considera ter adquirido e desenvolvido competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar.

Com o objetivo de perceber qual a importância atribuída à família pelos enfermeiros no processo de cuidados, e a possível ligação a variáveis sociodemográficas e profissionais, as conclusões alcançadas surgiram da interpretação dos dados e da sua análise, com o seu enquadramento teórico onde o tema se insere.

O tratamento dos dados e a sua análise constituíram momentos desafiantes devido à inexperiência na área da investigação. No entanto, esta dificuldade foi ultrapassada com recurso a pesquisa bibliográfica e à orientação académica, que deram resposta às dúvidas que foram surgindo.

Os ensinamentos clínicos permitiram aplicar os conhecimentos adquiridos na teoria relativamente à aplicabilidade dos modelos de avaliação e intervenção familiar e, perceber a sua importância na prática diária dos enfermeiros com as famílias.

Com o término deste relatório, é experienciado um sentimento de realização pessoal e profissional, na medida em que superou as dificuldades com que se deparou ao longo deste percurso, permitindo alcançar competências que enquanto futura enfermeira especialista irá levar para a sua prática de cuidados enquanto enfermeira de família.

Enquanto futura enfermeira especialista, com as aptidões adquiridas espera conseguir ter um papel dinamizador, com vista a promover cuidados de qualidade, com ganhos em saúde e em que o papel do enfermeiro de família seja valorizado.

Terminado este percurso é invadida por uma sensação de conquista e de concretização, no entanto tem noção que a pertinência do tema será uma alavanca para o desenvolvimento do saber em enfermagem familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (outubro de 2002). *(Des) Equilíbrios Familiares* (2ª Edição ed.). Quarteto Editora .
- Apóstolo, J. L. (2017). *SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aragão, L. B., Macedo de Sousa, F. G., Silva, A. O., Santos, M. H., Braga, L. C., & Sarmiento, M. V. (jan-mar de 2019). VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO: ATITUDES DE ENFERMEIROS EM UNIDADE NEONATAL. 1-9. *Cienc Cuid Saude*, 18(1) e45114. doi:10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45114
- Barreto, M. S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., Furlan, M. C., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. S. (2022). Atitude positiva dos enfermeiros face às famílias no cuidado de enfermagem: protocolo de scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing* 21:2-1, pp. 1-9. Obtido de <https://objn.uff.br/atitude-positiva-dos-enfermeiros-face-as-familias-no-cuidado-de-enfermagem-protocolo-de-scoping-review/>
- BI – CSP – *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. (2023). Obtido de <https://bicsp.minsaude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- BI-CSP - *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. (2024). Obtido de <https://bicsp.minsaude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Câmara Municipal de Évora. (2022). *Diagnóstico Social do Concelho de Évora 2022*. Obtido de <https://www.cm-evora.pt/wp-content/uploads/2022/12/Diagnostico-Social-2022-2032.pdf>
- Camelo, S. H., & Angerami, E. L. (abril-junho de 2013). COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: A CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS, ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm*, pp. 552-560. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Chaves, R., 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 de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 4989-4998. Obtido de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>
- Conselho Local de Acção Social de Évora (CLASE). (2012). *DIAGNÓSTICO SOCIAL ÉVORA 2013/2015*. Obtido de https://www.cm-evora.pt/wp-content/uploads/2020/10/01-Diagn%C3%B3stico-Social_CLASE_20131.pdf
- Coutinho, C. P. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática* . Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Cruz, A. C., & Angelo, M. (2018). Impacto de uma intervenção educativa sobre Enfermagem dos Sistemas Familiares nas atitudes dos enfermeiros. *Rev enferm UERJ*; 26:e34451., pp. 1-8. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.34451>
- Declaração de Alma- Ata. (1978). *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE*. Obtido de <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

- Decreto-Lei n. 413/71 de 27 de setembro- Ministério da Saúde e Assistência. (27 de setembro de 1971). (N.º 228), I Série, 1406-1434. Diário da Republica. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1971/09/22800/14061434.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. (22 de agosto de 2007). *Diário da República n.º 161/2007, Série I*, 5587-5596. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017. (21 de junho de 2017). *Diário da República, 1.ª série, N.º 118*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Direção Geral de Saúde*. (2017). Obtido de Programa Nacional para a Diabetes: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>
- Direção Geral de Saúde*. (2017). Obtido de PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS- CÉREBRO CARDIOVASCULARES: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programasde-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
- Direção-Geral da Saúde*. (2008). Obtido de Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção-Geral da Saúde*. (2013). Obtido de Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PDF]: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde*. (2015). Obtido de Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programanacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco>
- Duque, E., & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista EDaPECI São Cristóvão (SE) v.17. n. 2,* pp. 103-118. Obtido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6711158.pdf>
- FERNANDES, C. S. (2014). *A FAMÍLIA COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM APRENDENDO COM O FAMILY NURSING GAME*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Obtido de https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=28731
- Fernandes, C. S., Gomes, J. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência, 4(7)*, pp. 21-30. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Ferreira, M., & Kraus, T. (2023). Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 6(2)*, e22058, pp. 1-10. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RVI22058>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinamico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociencia- Lusodidacta - Sabooks Editora.

- Figueiredo, M. H. (2009). *ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M., & Martins, M. (jul/set de 2010). AVALIAÇÃO FAMILIAR: DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA AOS FOCOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. *Cienc Cuid Saude v9i3.12559*, pp. 552-559. doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Frade, J. G., Henriques, C. G., & Frade, M. d. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 5(7), e20158*, pp. 1-8. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Guedes, V., Figueiredo, M., Apóstolo, J., Silva, M., Oliveira, P., & Ferreira, M. (26 de julho de 2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *São Paulo: Revista Recien*, pp. 23-32. Obtido de <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/202/206>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*. (1994). Obtido de Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4293171/mod_resource/content/1/plano%20de%20Oac%CC%A7a%CC%83o%20do%20Cairo.pdf
- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Machado, M. (20 de maio de 2012). Compreender a Terapia Familiar. *Psicologia- o Portal dos Psicólogos*, pp. 1-19. Obtido de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>
- Martins, M. E. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *Revista de Ciência Elementar, 2(02):0069*, pp. 1-2. Obtido de https://www.fc.up.pt/pessoas/jfgomes/pdf/vol_2_num_2_69_art_coeficienteCorrelacaoAmostr.pdf
- Nobokuni, A., Rodrigues, W. d., Martin, I. d., Arruda, B., Badagnan, H., Zanetti, A., & Galera, S. (2021). CRENÇAS DE ENFERMEIROS DO CONTEXTO HOSPITALAR SOBRE A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM. *Rev Enferm Atual In Derme v. 95 n. 34*. Obtido de <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1016>
- Nóbrega, M. S., Fernandes, C. S., Zerbetto, S. R., Sampaio, F. M., Duarte, E., Chaves, S. S., & Moreira, W. C. (29 de junho de 2020). Atitudes de enfermeiros frente ao envolvimento da família nos cuidados à pessoa com transtorno mental. *Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20200041*, pp. 1-8. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/bjXt3VR7HsNwDGCgj4HjwgB/?format=pdf&lang=pt>

- Nunes, L. (2020). ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem. *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas*. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Observatório Nacional da Diabetes. (2023). *Diabetes Factos e Números-Relatório Anual do Observatório*. Lisboa. Obtido de <https://www.spd.pt/#/observatorio-da-diabetes>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., . . . Martins, M. (07 de abril de 2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Rev Esc Enferm USP*(45(6)), pp. 1331-1337. Obtido de www.ee.usp.br/reeusp/
- Oliveira, P., Santos, K., Silva, F., Dias, A., Silveira, E., & Guimarães, E. (abril de 2017). AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA DE ADOLESCENTES COM DOENÇA FALCIFORME. *Revista de Enfermagem - UFPE On Line*, pp. 1552-1564. Obtido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/15223/17984>
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). Obtido de *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição* : https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Obtido de *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*: <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. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem pediátrica de saúde infantil e pediátrica [PDF]*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordemenfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saude Familiar*. 1-18. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Dia Internacional da Família 2014*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

- Ordem dos Enfermeiros. (29 de junho de 2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*(N.º 124), 2.ª série, 17384-17391. Diário da República. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). *Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros*. (2020). Obtido de Dia Mundial dos Cuidados de Saúde baseados na Evidência: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/dia-mundial-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde-baseados-na-evid%C3%Aancia/>
- Ordem dos Enfermeiros*. (13 de abril de 2021). Obtido de Diário da República, 2.ª série Aviso n.º 6702/2021: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22329/aviso-n%C2%BA-67022021.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsultade-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros*. (19 de outubro de 2021). Obtido de Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros*. (2023). Obtido de Anuário estatístico 2023: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados [PDF]*. Obtido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-careframework-pt.pdf.
- Pires, E. (2016). *A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Bragança. Obtido de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires_Eliana.pdf
- PORDATA. (2023). Obtido de <https://www.pordata.pt>
- Portaria n.º 1368/2007*. (s.d.). Obtido de Diário da República N.º 201 de 18 de Outubro de 2007: <https://files.dre.pt/1s/2007/10/20100/0765507659.pdf>
- Regulamento 743/2019. (25 de setembro de 2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2ª série, N.º 184. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (06 de fevereiro de 2019). *Ordem Enfermeiros*, 4744-4750. Diário da República, 2.ª série — N.º 26. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 367/2015, . (29 de junho de 2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série — N.º 124. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). 19354- 19359. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 julho da Ordem dos Enfermeiros. (8 de julho de 2022). *Ato do enfermeiro*, 179-182. Diário da República: 2.ª série, N.º 131. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Lise, F., Neves, J., & Kickhöfel, M. (2022). Características laborais e atitudes de enfermeiros no cuidado às famílias na atenção primária à saúde. *Rev. Enferm. UFSM*, v.12, e8. Obtido de <https://doi.org/10.5902/2179769267045>
- Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V., & Lise, F. (12 de julho de 2021). As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde. *REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA, Supl.: e21030*(Série V, n.º8), pp. 1-8. doi:10.12707/RV21030
- Santos, M. (2012). *ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: IMPACTO NO DESEMPENHO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO*. Lisboa: Tese de candidatura ao grau de Doutor em enfermagem. Universidade de Lisboa. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Silva, M. (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem , Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Ciências da saúde. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>
- Silva, M., Costa, M., & Silva, M. (dezembro de 2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. (*n.º11*), *III Série*, 19-28. *Revista de Enfermagem Referência*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13105>
- Sousa, Á. (2019). Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de correlação de Spearman. O que medem e em que situações devem ser utilizados? *Correio dos Açores*, 19. Obtido de https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/5365/1/Sousa_CA_21%20Mar%C3%A7o%202019.pdf
- Unicef. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Edição revista 2019. Obtido de https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.

World Organization Health. (maio de 1994). Forty-Seventh World Health Assembly, Collaboration within the United - - the concept of family health. Obtido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177368/WHA47_Inf.Doc-7_eng.pdf?sequence=1

APÊNDICES

APÊNDICE I

Processo de Enfermagem à Família I, fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar



Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde
Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Saúde Familiar

1º Ano/ 2º Semestre
Ano letivo 2022-2023

PROCESSO DE ENFERMAGEM FAMILIAR

Autor:

Sónia Maiorgas n.º 5220216

Julho 2023

Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde
Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Saúde Familiar

1º Ano/ 2º Semestre
Ano letivo 2022-2023

PROCESSO DE ENFERMAGEM FAMILIAR

Autor:

Sónia Maiorgas n.º 5220216

Orientador

Professor Doutor, João Frade

Supervisora:

Enfermeira Especialista, Maria João São José

Julho 2023

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APGAR – Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FACES II – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

p. – página

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE QUADROS	V
INTRODUÇÃO	6
1 – ENQUADRAMENTO CASO CLÍNICO	8
2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	9
2.1 – AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY	9
2.1.1 - Avaliação estrutural da família	10
2.1.1.1 - Estrutura Interna	10
2.1.1.2 – Genograma	13
2.1.1.3 - Estrutura Externa	14
2.1.1.4 - Ecomapa	14
2.1.2 - Avaliação Desenvolvidora da Família	17
2.1.2.1 - Estádios	17
2.1.2.2 - Tarefas	18
2.1.2.3 - Vínculos	19
2.1.2 - Avaliação Funcional da Família	19
2.1.2.1 - Instrumental	20
2.1.2.2 - Expressiva	22
2.2 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	27
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Genograma	13
Figura 2 – Ecomapa	15
Figura 3- Classificação Social da Família	16
Figura 4 - Tipo de habitação	17
Figura 5- Ciclo de Duvall	18
Figura 6- Tipo de família	18
Figura 7- Psicofigura de Mitchel	19
Figura 8- Escala de Barthel	20
Figura 9- Risco Familiar Garcia-Gonzalez	21
Figura 10- Escala de Zarit	21

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- APGAR Familiar de Smilkstein	23
Quadro 2- Faces II	24
Quadro 3- Plano de cuidados	28

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 2º semestre, insere-se o Estágio II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, onde foi proposto a elaboração do processo familiar a uma família inscrita na Unidade Saúde Familiar (USF) Lusitânia. Através da aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo das aulas procuramos responder aos objetivos do estágio, baseando-nos no conceito de família e saúde familiar.

A seleção da família teve por base os objetivos do estágio e foi efetuada com o apoio da Enfermeira orientadora. O estudo da família tem como base o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), que segundo Wright & Leahey (2002), é definido como uma estrutura multidimensional que integra três categorias principais, são elas, a estrutural, de desenvolvimento e funcional. Dentro destas categorias, encontram-se ainda subcategorias, as quais devem ser exploradas pelo enfermeiro de acordo com a situação (Wright & Leahey, 2002).

É necessário perceber as alterações que a nossa sociedade sofreu ao longo dos últimos anos, avaliando o que mudou na necessidade de cuidados de enfermagem à família, e como as novas perspetivas da prática de enfermagem são abordadas pelos modelos e teorias de enfermagem. Como refere Figueiredo (2012, p.44) “[...] as tendências sociais originaram novas configurações familiares e novas dinâmicas, num contexto amplo de diversidade de funções familiares”.

O conceito de família foi-se alterando ao longo dos tempos, foram surgindo novas configurações familiares, novas organizações, sendo a família atualmente considerada como uma unidade social dinâmica, onde se estabelecem relações entre os membros e o meio exterior, também a sociedade sofreu transformações ao longo dos últimos anos (Dias, 2011).

A enfermagem de família surgiu a partir da enfermagem, mas com um saber particular, tendo desenvolvido teorias e modelos de avaliação e intervenção familiar, procurando através da investigação a mudança de paradigma sendo a família o seu objeto de estudo (Figueiredo, 2012). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), citado

por Luís (2012), o enfermeiro de família possui competências essenciais para cuidar da família como uma unidade de cuidados e presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção. Ao considerar a família uma unidade de cuidados, promove a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, aperfeiçoando a eficiência dos cuidados de saúde. Esta exigência veio salientar a importância do aperfeiçoamento das relações entre as famílias e os cuidadores profissionais (Wright & Leahey, 2002).

Assim, o trabalho encontra-se dividido em duas partes: a primeira onde é realizado o enquadramento do caso clínico e justificação da escolha da família e, numa segunda parte, o processo de enfermagem à família selecionada. Esta segunda parte subdivide-se na aplicação do Modelo de Calgary, nas suas três dimensões (estrutural, desenvolvimental e funcional) e noutra onde integra o plano de cuidados à família. Assim pretende-se desenvolver competências de avaliação familiar, diagnóstico, planeamento e intervenções de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o MCAF, aplicando o raciocínio clínico de modo a garantir a continuidade de cuidados.

1 – ENQUADRAMENTO CASO CLÍNICO

Segundo Wright & Leahey (2011), tem indicação para avaliação familiar aquela família que atravessa um sofrimento emocional, físico ou espiritual ou rutura decorrente de uma crise accidental ou normativa. A escolha da família teve por base esta premissa e foi efetuada com o apoio da enfermeira orientadora.

É relevante referir que por forma a assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos utentes em estudo, todos os elementos da família serão designados daqui em diante por nomes fictícios e a família por M.

A família M, por se encontrar no oitavo estadio do ciclo vital das famílias (Ciclo Duvall) “Famílias Idosas”, é caracterizada por transições inerentes ao envelhecer. Existem mudanças na relação com a geração dos filhos e com a dos pais, o qual é considerada uma crise normativa própria deste estadio em que se encontra. A família M também passou por uma crise accidental, uma vez que António teve que realizar a revisão do pacemaker e a sua mãe Maria se encontra mais dependente.

O primeiro contacto com a família M decorreu na USF Lusitânia, no decorrer da necessidade do António ter que efetuar tratamento à ferida cirúrgica. A enfermeira orientadora (Enfermeira de Família), explicou os objetivos da minha intervenção de modo a ser solicitado consentimento. As restantes entrevistas decorreram no domicílio previamente planeadas para capacitação dos cuidadores de Maria (António e Cristina).

No primeiro contacto com a família referi novamente os objetivos do meu trabalho obtendo a confirmação verbal do consentimento livre e esclarecido de forma espontânea em participar no trabalho. Durante as entrevistas foi-me possível identificar situações de complexidade onde seria necessário intervir. Estas decorreram em 3 entrevistas apenas com António, Cristina e Maria.

2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

O processo de enfermagem pressupõe uma organização dos cuidados à família, sustentando os cuidados de enfermagem com uma linguagem comum que permite a continuidade dos mesmos.

O enfermeiro de família ao realizar a avaliação tem que conseguir perceber qual o tipo de família, a sua estrutura e função, em que fase do ciclo vital se encontra, o seu desenvolvimento relativamente às tarefas inerentes, se existe capacidade para dar apoio aos seus elementos e a sua adaptação a crises, recursos económicos e apoio social. Devem ser valorizados os pontos fortes da família. Esta avaliação deve ter sempre por base um modelo e instrumentos de avaliação familiar para que de forma ordenada se consiga perceber em que áreas se deve intervir.

Depois da avaliação familiar são definidos diagnósticos o qual é centralizado na capacidade de a família lidar com a situação atual, com que se depara, quer seja de doença, transição de desenvolvimento (Potter & Perry, 2006). Estes devem ser elaborados com a família para que os cuidados prestados promovam o autocuidado.

Depois do reconhecimento das áreas a interceder, o enfermeiro e a família definem as intervenções para conseguirem alcançar os resultados. Por último, a avaliação pressupõe não só a perspetiva do enfermeiro, mas também da família (Potter & Perry, 2006).

O processo de enfermagem é essencial para o desempenho do enfermeiro de saúde familiar, em que este utiliza os seus saberes teóricos e práticos para que a sua prestação de cuidados seja adaptada e individualizada à família, de forma oportuna.

2.1 – AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

A família tem presenciado novas necessidades nos últimos anos consequentes das alterações políticas e sociais. Assim, a enfermagem na abordagem à família tem que possuir instrumentos que orientem e forneçam capacidades, para perceber as

dinâmicas internas das famílias auxiliando no decorrer do decurso de vida. O MCAF surge como um instrumento essencial na práxis de enfermagem de saúde familiar.

Este modelo tem os contributos teóricos da Teoria Geral dos Sistemas, da Cibernética, Teoria da Cognição, Teoria da Comunicação e da Teoria da Mudança (Figueiredo, 2012). Foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros na área da saúde familiar, onde são avaliadas três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, que se subdividem em subcategorias, possibilitando uma avaliação familiar distinta e dinâmica. Segundo Figueiredo (2012), os modelos servem de fundamento às tomadas de decisão, oferecendo uma estrutura organizada, centrando os cuidados na família.

2.1.1 - Avaliação estrutural da família

Segundo o MCAF, a avaliação estrutural, menciona os aspetos estruturais da família, nos quais se incluem três categorias: interna, externa e contexto. Estas são compostas por subcategorias, as quais incluem conceitos mais complexos (Figueiredo & Martins, 2010).

2.1.1.1 - Estrutura Interna

Nesta dimensão avalia-se a composição familiar, género, orientação sexual, subsistemas e limites. A família M é composta por quatro gerações:

Geração I - composta por Joaquim, que faleceu em 1993 aos 70 anos, casado com Maria, de 89 anos.

Joaquim de género masculino e heterossexual, nasceu a 25/09/1923 numa aldeia, Grândola, distrito de Setúbal. Veio morar para Évora muito novo. A sua atividade laboral foi escriturário numa companhia de seguros. Aos 70 anos teve como diagnóstico varizes esofágicas, tendo vindo a falecer no ano de 1993. Católico praticante, indo semanalmente à missa.

A sua esposa Maria nasceu a 02/03/1934 em Évora, género feminino e heterossexual. Cuidava das tarefas domésticas e dos filhos. Era também católica indo também semanalmente à missa. Neste momento encontra-se a residir na casa do filho

mais velho e encontra-se acamada, com períodos de desorientação espaço temporal e totalmente dependente. Em 2015 sofreu um Acidente Vascular Cerebral, tendo ficado com uma hemiparesia à esquerda e com o passar do tempo a sua mobilidade foi diminuindo.

Geração II – composta por António de 69 anos de idade, sujeito índex deste estudo. António casou-se com Cristina há cerca de 49 anos.

António nasceu a 26/09/1953 em Évora. É heterossexual e do género masculino. Viveu sempre na cidade de onde é natural. Tem como escolaridade o sexto ano e é católico. A sua atividade laboral esteve sempre ligada à venda de materiais agrícolas, neste momento encontra-se reformado. Como antecedentes pessoais de doença hipertensão arterial, Hipercolesterolemia, Enfarte Agudo do Miocárdio em 2003 e 2011. Apresenta diminuição da acuidade auditiva não compensada e é fumador cerca de 15 cigarros/dia. Em 01/03/2011 e 04/03/2011 realizou cateterismos com colocação de *stent*. Após o último cateterismo começou com bradicardias sinusal acentuadas, pelo que lhe foi implantado Pacemaker a 10/03/2011. Em 15/06/2023 fez substituição do Pacemaker. Teve alta para o domicílio com indicação para retirar penso ao fim de uma semana (22/06/2023), tendo a ferida cirúrgica cicatrizado por primeira intenção, sem presença de sinais inflamatórios. Nesse dia, o score na escala da dor referido por António foi de 1.

Cristina a esposa de António, nasceu em Alcácer do Sal a 07/02/1955, heterossexual, do género feminino. Veio viver para Évora com 7 anos com o seu avô. Tem como escolaridade o quarto ano e é católica. Cristina é costureira, no entanto começou a trabalhar como auxiliar numa escola em 2000. Neste momento também se encontra reformada. Tem como antecedentes pessoais de doença hipercolesterolemia, osteoporose e foi submetida em 2007 a cirurgia da síndrome túnel cárpico bilateral. Também é fumadora, cerca de 20 cigarros/dia.

Geração III – constituída pelas duas filhas de António e Cristina. Sofia, a filha mais velha, tem 45 anos e é casada com José, de 51 anos de idade. Ana é a filha mais nova de 35 anos, casada com Hélio de 42 anos de idade.

A primeira filha do casal, Sofia, nasceu em 10/12/1977. É heterossexual e do género feminino, natural de Évora. É professora de Biologia em Montemor-o-Novo e é católica. Casou-se em 2005 com José, que nasceu a 07/10/1971 em Setúbal. É heterossexual e do género masculino. É informático e agnóstico. O casal reside em Évora, em conjunto com os filhos.

A 26/07/1987 nasceu a segunda filha de António e Cristina, a Ana. É heterossexual e do género feminino, natural de Évora. É enfermeira veterinária num hospital em Portimão, também ela católica. Casou-se com Hélio nascido a 10/12/1980. É heterossexual e do género masculino, natural de Famalicão. É contabilista num Hotel em Portimão. Residem com o seu filho em Portimão.

Geração IV – constituída pelos netos de António. Pedro de 17 anos de idade e Duarte de 13 anos de idade (filhos de Sofia e José); Lourenço de 2 anos de idade (filho de Ana e Hélio).

Pedro, nasceu a 22/11/2005 em Évora, do género masculino. Terminou este ano o 12º ano e quer entrar no ensino superior na área de multimédia. Duarte nascido a 18/11/2009 do género masculino, natural de Lisboa. Terminou o 8º ano de escolaridade com aproveitamento.

Lourenço nasceu a 30/09/2020 em Portimão, do género masculino.

Os subsistemas são definidos em função dos indivíduos que os compõem, suas funções e estatutos. Relativamente à família em estudo, podemos então concluir que existem vários subsistemas, em que cada elemento pertence a mais do que um subsistema, ocupando cada um o seu papel e função: individual, conjugal, parental, filial e fraternal.

O subsistema individual é composto por cada elemento familiar, salientando o seu papel, função e estatuto na família.

O subsistema conjugal é composto pela díade casal (António – Cristina; Sofia – José e Ana – Hélio), caracterizada por uma relação de amor, confiança e respeito que confere estabilidade aos restantes elementos.

O subsistema parental ou executivo é composto pelos indivíduos que desempenham funções executivas, caracterizada por uma relação de proteção, amor,

respeito e confiança, que neste caso são os mesmos elementos do subsistema conjugal e a Maria.

O subsistema filial é composto pelos filhos. Nesta família temos António filho de Maria, Sofia e Ana filhas de António e Cristina; Pedro e Duarte filhos de Sofia e José e Lourenço filho de Ana e Hélio.

O subsistema fraternal permite o treino da relação entre os pares, neste podemos verificar a díade Sofia - Ana e Pedro - Duarte. A família em estudo apresenta relações fortes.

Nesta dimensão é necessário perceber os limites da família, pois permite perceber o funcionamento familiar. De acordo com Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) existem três tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Relativamente à família em estudo, os limites são claros, flexíveis e permeáveis, uma vez que as regras são estabelecidas, discutidas, modificadas e negociadas tendo em conta as experiências e necessidades evidentes em cada elemento. O meio em que a família está inserida e integrada é considerado seguro, logo mantém limites permeáveis com a comunidade. De acordo com os limites que a família M apresenta é caracterizada como uma família funcional.

2.1.1.2 – Genograma

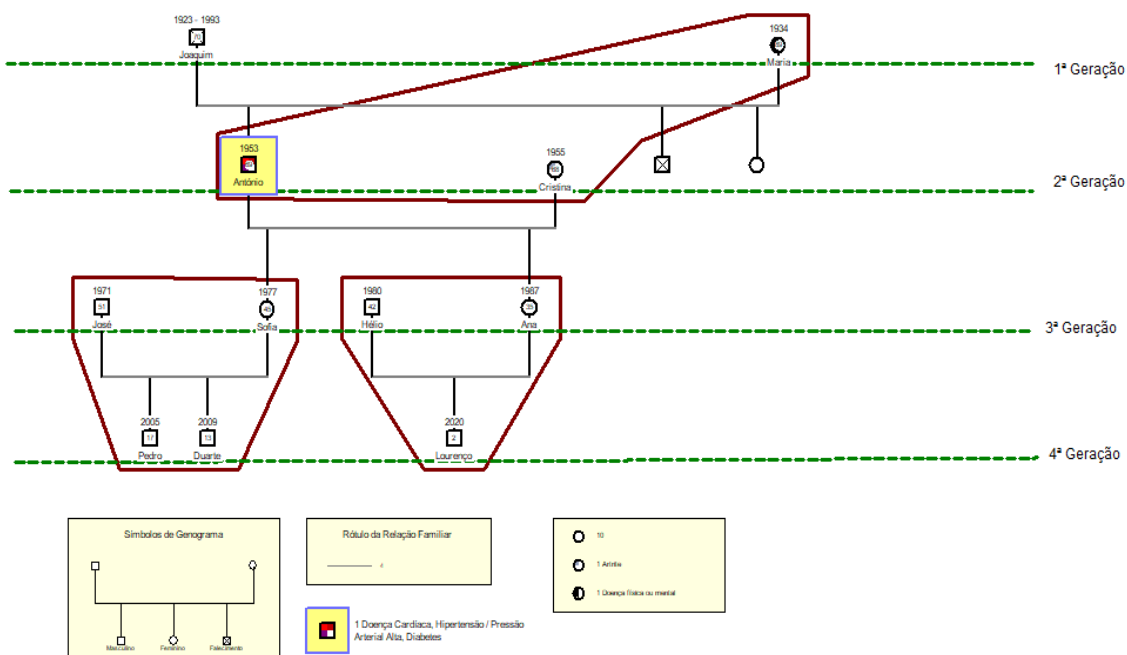


Figura 1- Genograma

Fonte: GenoPro2020

2.1.1.3 - Estrutura Externa

Nesta dimensão estão incluídas duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos. A família extensa está relacionada com os indivíduos que não coabitam com a família nuclear.

Na família de António, a família extensa é constituída pelas filhas e netos. A relação entre todos é harmoniosa, não havendo presença de conflitos regularmente. Com os netos, Pedro e Duarte, e com a filha Sofia, António e Cristina costumam manter contacto regular pois encontram-se a residir perto. Com a filha mais nova, Ana e com o neto Lourenço, costumam manter contacto telefónico quase diariamente e, aproveitavam os aniversários ou celebrações maiores para se juntarem todos presencialmente. Com a irmã de António não existe contacto, existindo uma relação conflituosa.

2.1.1.4 - Ecomapa

O Ecomapa é um diagrama que permite perceber as relações entre a família e a comunidade, e sintetiza o sistema ecológico onde a família ou indivíduo está inserido, reconhecendo as normas de organização e a índole das suas relações com o meio onde se encontra, exibindo o balanço entre os seus recursos e necessidades (Bergallo & Nascimento, 2018).

Identificaram-se alguns sistemas mais amplos: o contacto diário que mantém com a filha mais velha e os netos Pedro e Duarte apresentando uma relação muito forte; a restante família extensa; a USF Lusitânia, destacando-se os cuidados de enfermagem, nomeadamente a realização do penso à ferida cirúrgica, a consulta de vigilância da Diabetes e Hipertensão; o Hospital do Espírito Santo de Évora, a farmácia e o supermercado, tendo estes dois últimos um fluxo de energia unilateral no sentido supermercado/farmácia – António. A família tem uma relação muito próxima com o apoio domiciliário devido à situação de dependência de Maria. A família possui uma ligação forte com o lazer, pois acha importantes os momentos de descontração e descanso. Com a USF, estabelece uma relação de grande proximidade, assim como com os seus familiares, sendo que com os restantes estabelece relações de moderada ou alguma proximidade.

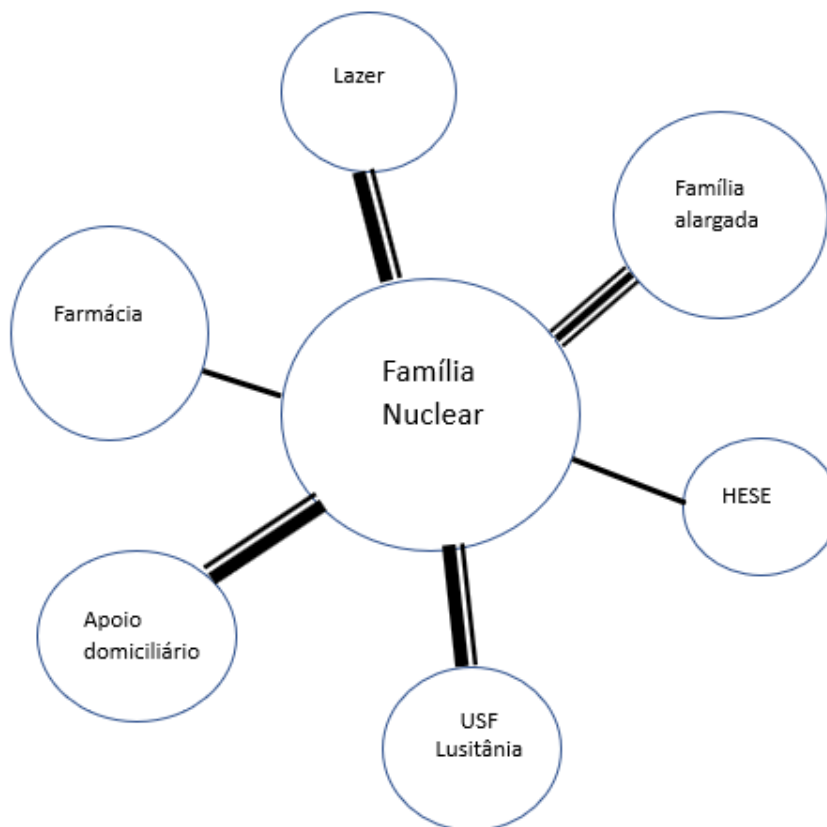


Figura 2 – Ecomapa

Legenda:
 Vínculo moderado -
 Vínculo Forte =
 Vínculo muito forte ≡

Fonte: GenoPro2020

Contexto

A avaliação estrutural do contexto engloba: etnia, raça, classe social, religião e ambiente.

Todos os membros que constituem a família M são de etnia lusitana, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa.

Foi aplicado o Índice de Graffar para avaliar a classe social, permitindo “prever condições de risco, assim como alterações a nível de comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial” (Figueiredo, 2012, p. 17). A família é avaliada ao nível da profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Esta avaliação é importante para se conseguir perceber se existem fatores que possam desencadear stress e se existem recursos na família.

Segundo Figueiredo (2012, p.75) “a classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais”. De acordo com esta escala a Família pertence à classe média com um score de 16 pontos, inserindo-o na Classe Social III, Média.

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1ª	- Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiro/General/Marechal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos.	- Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento.	- Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível.	- Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto.	- Zona de residência elegante.	5 - 9	I Classe Alta
2ª	- Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento).	- Bacharelato ou Curso Superior.	- Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional).	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável.	- Bom local.	10 - 13	II Classe Média Alta
3ª	- Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equiparados.	- 12ª ano; - 9 ou mais anos de escolaridade.	- Vencimentos certos.	- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	- Zona intermédia.	14 - 17	III Classe Média
4ª	- Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25	- Escolaridade >= 4 anos.	- Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos.	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	- Bairro social/operário. - Zona antiga.	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5ª	- Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos.	- Assistência (subsídios).	- Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	- Bairro de lata ou equivalente.	22 - 25	V Classe Baixa

Figura 3- Classificação Social da Família

Fonte: Figueiredo (2012)

Os elementos constituintes do agregado familiar em estudo foram educados perante a religião católica, no entanto não realizam quaisquer práticas religiosas, só assistindo a estas cerimónias em caso de casamentos ou batizados. Quanto a práticas de saúde, esta família não faz qualquer tipo de rezas e/ou práticas religiosas relacionadas com a saúde ou com a doença. No entanto, Cristina e as suas filhas têm por hábito ir ao Santuário de Fátima rezar uma vez por ano.

Relativamente ao ambiente, a família em estudo mantém uma relação positiva com a comunidade onde está inserida, bem como uma relação sem conflitos com a vizinhança. A família encontra-se ajustada ao local onde habita, e integrada na população local. Reside numa zona considerada calma e sem relatos de conflitos ou de criminalidade. Quanto à habitação da família, esta é alugada situa-se na zona histórica de Évora perto de mercearias, zonas de restauração, farmácia e da USF Lusitânia, tendo acesso fácil a meios de transportes como autocarros. Possui eletricidade, água e

Habitação Grafar 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 saíram de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

Figura 5- Ciclo de Duvall

Fonte: Sclinico

Segundo o tipo de família, é uma família alargada, uma vez que tem várias gerações, avós, pais e filhos.

Habitação Grafar C. Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstruída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Figura 6- Tipo de família

Fonte: Sclinico

2.1.2.2 - Tarefas

Neste estadió do ciclo vital, António e Cristina têm o importante papel de se resignar e aceitar as mudanças que vão acontecendo com grande frequência tanto no âmbito familiar, de maior relevância, assim como no âmbito pessoal, mantendo-se unida e apoiando-se mutuamente nas atividades do seio familiar, incluindo a distribuição das tarefas domésticas. A partir da avaliação feita à família, verifica-se que é Cristina que se encarrega da maior parte das tarefas domésticas, mas diz que não se importa e que prefere ser ela a fazer referindo que António “não tem jeito para tal”. António dedica-se a tarefas de bricolage e ajuda na realização das compras. Ambos colaboram nos cuidados a Maria, tendo a ajuda da filha Sofia. Nestes últimos anos o casal tem vindo a diminuir os momentos a dois devido à dependência de Maria. Quer António, quer

Cristina admitem que se encontram cansados e que precisam de passar momentos sozinhos.

2.1.2.3 - Vínculos

Com recurso à Psicofigura de Mitchel, em que o utente ou o profissional de saúde faz a união (utilizando distintos tipos de linhas, cada um com um significado) dos membros que constituem o agregado familiar, podemos obter uma representação das relações interfamiliares, e, por conseguinte, dos vínculos afetivos (Caeiro, 1991). Neste caso decidi incluir os filhos e netos na psicofigura, uma vez que têm uma presença assídua no quotidiano da família nuclear, principalmente a filha Sofia. Analisando este instrumento, podemos concluir que subsiste uma imensa proximidade afetiva entre todos os indivíduos da família, com

presença de vínculos fortes.

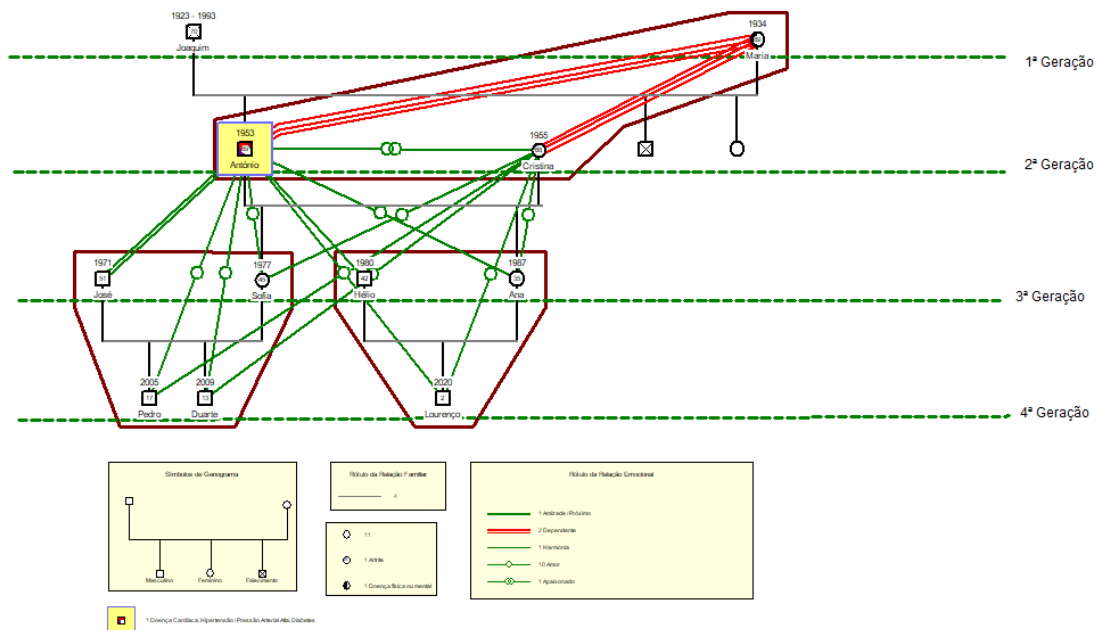


Figura 7- Psicofigura de Mitchel

Fonte: GenoPro2020

2.1.2 - Avaliação Funcional da Família

A avaliação funcional da família inclui “padrões de interação familiar que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional

que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade” (Figueiredo, 2012, p. 91). Esta subdivide-se em instrumental e expressiva.

2.1.2.1 - Instrumental

Com objetivo de auxiliar os enfermeiros a delinear uma abordagem individualizada de intervenções, o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper capacita o indivíduo para enfrentar os problemas que provocam dependência, procurando alcançar o máximo de independência possível em qualquer Atividade de Vida Diária (AVD) que esteja afetada (Roper, Logan, & Tierney, (2001) citado por (Fonseca, Coroado, & Pissarro, 2017)). Assim, todos os elementos são autónomos face às Atividades de Vida Diárias, exceto Maria que necessita de ajuda total em todas elas:

- **Manter um ambiente seguro:** Habitação confortável, limpa e com luminosidade; Maria tem cama articulada e colchão anti escara
- **Comunicação:** António apresenta diminuição da acuidade auditiva; Maria apresenta desorientação espaço-temporal; Comunicação eficaz com todos os elementos da família exceto com Maria
- **Respirar:** Respiração com ritmo regular, com FR dentro dos parâmetros considerados normais; sem dispositivo auxiliar
- **Comer e Beber:** Realizam 4 refeições diárias; sem restrições alimentares; Maria dieta passada necessita de ajuda total; Dieta com pouco sal e gorduras
- **Eliminar:** Maria usa fralda por incontinência urinária e intestinal; Cristina e António sem alterações do padrão
- **Higiene pessoal e vestir-se:** Aspeto limpo e cuidado; Apoio domiciliário realiza higiene pessoal a Maria diariamente
- **Controlar a temperatura do corpo:** Roupa adequada às condições climáticas
- **Movimentar-se:** Cristina e António autónomos; Maria é posicionada várias vezes ao dia, apresenta pele íntegra

- **Trabalhar e divertir-se:** António gosta de atividades de bricolage, ver TV e ler; Cristina gosta de caminhar, ver TV e realizar costuras; Maria tem TV no quarto e rádio
- **Expressão da sexualidade:** o casal gosta de estar na companhia um do outro
- **Sono e repouso:** Maria faz medicação; restantes elementos dormem cerca de 7 horas
- **Morte:** Cristina e António vêm a morte como um acontecimento natural da vida, e conseguem perceber que Maria não irá recuperar

A grande maioria dos cuidados a Maria são assegurados por António e Cristina que estão permanentemente em casa, mas contam com a ajuda da filha Sofia e do apoio domiciliário duas vezes por dia. Para validar esta afirmação foi aplicado a Escala de Barthel ao filho, uma vez que Maria não está em condições de responder, tendo tido um resultado de zero, logo corresponde a uma dependência total.

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Figura 8- Escala de Barthel

Fonte: DGS, 2011

Foi também aplicada a Escala Garcia Gonzalez para perceber se existia risco familiar, sendo que a esta família foram atribuídos dois pontos, logo é considerada de médio risco. Esta escala avalia parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde.

Habitação	Graffar	C.Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
-----------	---------	---------	-----------------	--------------------------------	-------------------------------

Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.

Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.

Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.

Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).

Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).

Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação
2 Médio Risco

Figura 9- Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Fonte: Sclínico

Nesta família houve uma reestruturação funcional, uma vez que, com a dependência de Maria houve a necessidade de integrar o papel de prestador de cuidados. Nesta família parece existir uma colaboração entre os elementos, no entanto, é Cristina e António que assumem este papel. Foi aplicada a Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador para avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. Após a aplicação desta pode-se concluir que esta família apresenta uma sobrecarga moderada (21-40).

Questões	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Bastantes vezes 3	Quase sempre 4
1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele (ela) realmente precisa?	●				
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio (a), devido ao tempo que tem que dedicar ao seu familiar?			●		
3. Sente-se em "stress" por ter que se dividir entre o cuidador do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?			●		
4. Sente-se envergonhado (a) com o comportamento do seu familiar?	●				
5. Sente-se irritado (a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?		●			
6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?	●				
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?				●	
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?					●
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?		●			
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?			●		
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?		●			
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?		●			
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?	●				
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?	●				
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?			●		
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		●			
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?			●		
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?			●		
19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?			●		
20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?			●		
21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?	●				
22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?			●		
TOTAL =					
Quantas horas despende para cuidar do seu familiar?					

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Data de Avaliação

Figura 10- Escala de Zarit

Fonte: Guerreiro, 2022

2.1.2.2 - Expressiva

Para avaliar esta dimensão temos que ter em conta nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências e poder, crenças, alianças e uniões.

Comunicação emocional

A comunicação emocional permite transmitir emoções e sentimentos, ou seja, “a complexidade relacional é regulada pela comunicação” (Figueiredo, 2012, p.44). Nesta família só me foi possível observar a comunicação emocional entre António e Cristina a qual parece ocorrer de forma adequada, uma vez que existe abertura para transmitir e partilhar convicções e sentimentos um com o outro, sendo visível a confiança e a entreajuda. “A comunicação funcional define-se como a capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os parceiros comunicacionais [...]” (Alarcão, 2000, p. 64).

Comunicação verbal e não-verbal

A comunicação verbal e não-verbal é inerente ao processo de comunicar e determina a perceção que os indivíduos têm da realidade e como a constroem (Figueiredo, 2012). Em relação à comunicação verbal, todos os membros da família têm um discurso coerente, perceptível e adequado uns com os outros. Não existem falhas de comunicação frequentemente, uma vez que a mensagem é emitida e recebida de forma eficaz. Recorrem também frequentemente à comunicação não verbal, com recurso a gestos e expressões faciais coerentes com o seu discurso.

Comunicação circular

Na comunicação circular é necessário perceber se a família se encontra satisfeita com a sua forma de comunicar e qual o impacto que tem na família como cada um se expressa (Figueiredo, 2012). Na família M subsiste uma interação entre António e Cristina, em que cada um manifesta as suas necessidades e o outro apresenta-se preocupado, estabelecendo assim uma relação de segurança e apoio. Não foi possível observar entre pais e filhos/netos, mas foi possível verificar que António e Cristina estão atentos a possíveis preocupações que os filhos ou netos possam apresentar de modo a tentar solucionar possíveis problemas.

Solução de problemas

Nesta família subsiste uma tentativa de se ajudarem mutuamente, logo a identificação do problema ocorre de forma breve, e todos tendem a ajudar para solucionar o problema. Aparentemente todos têm uma atitude positiva perante as crises acidentais. Quando António teve os enfartes e teve que colocar pacemaker e, Maria tendo ficado dependente, a família criou estratégias e organizou-se para fazer face às situações, mantendo assim o seu funcionamento familiar. A família solicitou os recursos disponíveis na comunidade para auxiliar na prestação de cuidados (cuidados domiciliários, apoio da USF, apoios técnicos).

Para perceber qual a perceção que a família M tem do seu funcionamento, numa primeira abordagem foi aplicado APGAR familiar de Smilkstein. Este instrumento foi aplicado a António e Cristina, tendo os dois uma classificação de 9, ou seja, é considerada uma família altamente funcional.

Cristina e António	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	2		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	2		
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida	2		
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	2		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		1	
TOTAL	9		

Quadro 1- APGAR Familiar de Smilkstein

Fonte: Figueiredo (2012)

Cristina e António referiram que gostariam de passar mais tempo com a filha Ana e o neto Lourenço, mas que devido à distância nem sempre é possível.

Foi ainda aplicada a Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II a António para perceber se esta família tem capacidade para se ajustar e alterar a sua estrutura perante um risco. Os valores deram: 6 – Coesa, 8 – Muito flexível, logo é caracterizada como 7 – Família Equilibrada, sendo que a família aparentemente mantém

o seu funcionamento familiar, pois possui uma boa capacidade de resolver os problemas.

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				•	
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				•	
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	•				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				•	
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.			•		
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			•		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				•	
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				•	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			•		
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					•
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					•
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	•				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				•	
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				•	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	•				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				•	
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				•	
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				•	
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	•				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				•	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				•	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				•	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					•
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	•				
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	•				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				•	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				•	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	•				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		•			
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				•	

Quadro 2- Faces II

Fonte: Figueiredo (2012)

António refere que quando algo não corre bem, vai buscar forças à sua família (mulher, filhas e netos) de forma a conseguir ultrapassar a crise adaptando-se à nova situação.

Papéis

Na fase do ciclo vital em que António e Cristina se encontram foi necessário equacionarem o seu próprio envelhecimento e da geração mais velha, neste caso Maria, de modo a conseguirem criar condições de apoio. Assim, houve uma inversão nos papéis

entre Maria e António. Pelo que foi possível perceber, existe um entendimento sobre o papel de cada membro da família. Cristina refere que o papel de cuidador informal de Maria é partilhado por ela e por António e por vezes a filha Sofia também ajuda. Nunca houve conflitos ou desentendimentos graves na família e, quando sucede algum problema em que um membro fique afetado, existe uma união e cumplicidade que visa resolver o problema ajudando o membro e desempenhar o papel dessa pessoa. Existe assim, uma interligação forte e uma interajuda entre os membros familiares.

Influências e poder

António considera que todos os elementos da família têm igual poder. Todos os membros se influenciam mutuamente através de todas as suas ações, trocando opiniões antes de tomarem decisões. Na família M, o poder divide-se entre António e Cristina e as filhas também participam ativamente nas decisões e contribuem com opiniões próprias.

Crenças

Segundo Figueiredo (2012, p. 47) “a família constitui-se então como espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, assegurando a continuidade da cultura, através de um cenário quotidiano, com significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afetos e inter-relações entre os seus membros.” Relativamente às suas crenças, como já tinha sido referido, são católicos, atualmente não praticantes. Em relação ao seu estado de saúde, António e a sua família acreditam e aceitam a utilização da medicina moderna. No entanto, Cristina refere que António por vezes se encontra renitente a tomar a medicação que tem prescrita, mas percebe a sua importância, uma vez que verifica que isso produz melhorias no seu estado de saúde.

Alianças e uniões

Existem várias alianças bastante intensas e equilibradas, principalmente entre António e Cristina e as suas duas filhas e entre António e os profissionais de saúde que o acompanham atentamente e à sua mãe, dotando a relação familiar de estabilidade, trazendo benefícios para todos de um modo geral.

Com a avaliação podemos verificar que a família M é estável, tem equilíbrio e está fortemente unida. O casal não apresenta qualquer problema conjugal. É uma família competente que consegue ultrapassar os obstáculos em família. Existe um sentimento de proteção, confiança e segurança no núcleo familiar.

2.2 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 14) “um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação.” A identificação dos diagnósticos validade com a família, permite a organização dos cuidados de enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Focos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Baixa adesão ao regime medicamentoso (António)	Comportamento de adesão	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre comportamento de adesão - Incentivar adesão ao regime medicamentoso - Negociar adesão ao regime medicamentoso 	António tem conhecimento das consequências da não adesão ao regime terapêutico. Encontra-se motivado para aderir ao regime terapêutico.
Ferida cirúrgica presente (António)	Ferida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar ferida cirúrgica - Executar tratamento de ferida cirúrgica - Vigiar penso da ferida 	Ferida cicatrizada a 22/06/2023
Hipertensão em grau reduzido (António)	Hipertensão Potencial para melhorar o conhecimento sobre hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar TA, peso, IMC e Pab - Ensinar sobre doença; - Ensinar sobre complicações da doença 	Mantém parâmetros tensionais com valores reduzidos
Abuso do tabaco (António e Cristina)	Uso tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o uso do tabaco - Encorajar a diminuição do uso do tabaco; 	- António referiu querer fazer uma tentativa para deixar de fumar

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre as complicações uso tabaco; - Promover material de leitura; - Incentivar procura de ajuda profissional - Ensinar sobre as complicações uso tabaco; - Promover material de leitura; - Incentivar procura de ajuda profissional 	- Cristina não quer deixar de fumar, mas pondera reduzir o consumo
Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido	Stress do prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento da família alargada; - Explorar quais as situações geradoras de saturação; - Promover estratégias de coping para o papel; - Informar sobre rede de cuidados continuados (RNCCI); - Motivar para atividades lúdicas 	Cristina e António querem continuar a cuidar de Maria, no entanto ponderam recorrer à RNCCI para descanso do cuidador
Papel prestador de cuidados comprometida	Papel do prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o prestador de cuidados a tomar conta - Encorajar a expressão de medos - Encorajar a usar os serviços da comunidade - Encorajar expressão de crenças 	Demonstram conhecimento adequado ao papel de prestador de cuidados

Quadro 3- Plano de cuidados

CONCLUSÃO

Após a elaboração deste trabalho fui capaz de chegar à conclusão de que o processo de enfermagem é fundamental para que se consiga atingir os resultados esperados para as famílias. Os enfermeiros de família, cada vez mais têm que possuir uma autonomia, um pensamento crítico e reflexivo, de modo que a sua prática evolua. Assim, o progresso dos cuidados à família tem que ter por base uma evolução na teoria, na prática e na investigação de enfermagem. É imprescindível que os enfermeiros que cuidam das famílias obtenham competências especializadas para que os cuidados sejam adaptados às verdadeiras carências em saúde da população.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde familiar devo desenvolver as capacidades científicas, técnicas, relacionais e éticas para prestar cuidados equitativos, que vão de encontro às necessidades e expectativas das famílias, ou equilibrar as circunstâncias para que estes sejam exequíveis. Neste sentido, o agir do enfermeiro desenvolve-se defendendo e respeitando a vida e a dignidade humana em todas as circunstâncias, principalmente nas ocasiões em que os meios internos dos utentes e famílias são insuficientes.

Este trabalho contribuiu para o enriquecimento do meu saber técnico-científico, com a atualização do saber sobre os conceitos e uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem. Os modelos teóricos ao serem utilizados como referenciais, quer na prática quer na teoria, para a metodologia dos cuidados, permitem um melhor planeamento, significado e análise no processo de enfermagem. Foi importante a aplicabilidade do modelo de Calgary, pois permitiu perceber as várias dimensões que posso transpor para a minha prática na avaliação das famílias a quem presto cuidados.

O papel do enfermeiro junto da família tem hoje uma importância significativa, direcionando os cuidados de enfermagem para a família como um todo. É estabelecida uma relação de proximidade entre enfermeiro/ família e um processo de conhecimento e de ajuda, onde se procura minimizar as dificuldades, promover a autonomia, aumentando as suas capacidades.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde familiar, os conhecimentos adquiridos com o Modelo de Calgary, permitiram que eu olhasse para a família com uma nova perspetiva de cuidar.

As dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho foram devido à pouca experiência da implementação MCAF, pois o Sclinico não engloba a totalidade do modelo, não permitindo um registo adequado da avaliação e intervenção familiar.

Assim, consegui desenvolver a minha capacidade crítica, reflexiva e de questionar de forma pertinente a lógica das ações e reações dos utentes/famílias que tive oportunidade de cuidar, representando um passo importante para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Considerando o exposto, os objetivos traçados para este trabalho foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
<https://pt.scribd.com/document/538954222/Des-Equilíbrios-Familiares-Madalena-Alarcao>
- Bergallo, & Nascimento. (2018). *Ecomapa como Instrumento na Atenção Primária à Saúde*. <https://pebmed.com.br/ecomapa-como-instrumento-na-atencao-primaria-a-saude/>
- Caeiro, R. T. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19 (2011), 139-156.
http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Direcção Geral da Saude. (2011). Norma 054/2011 de 27/12/2011.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Figueiredo, M. (2012). “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família”. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (julho/setembro de 2010). Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3).
https://www.academia.edu/25963087/Avalia%C3%A7%C3%A3o_familiar_do_Modelo_Calgary_de_avaliao%C3%A7%C3%A3o_da_fam%C3%ADlia_aos_focos_da_pr%C3%A1tica_de_enfermagem
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). *A Importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na Formação de Estudantes*

do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 6(3), pp. 96-102. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>

GenoPro2020 - <https://genopro.com/download/>

Guerreiro, C. (2022). *Promoção do autocuidado do cuidador informal*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem em Saúde Comunitária. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus- Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32547>

Luís, V. (2012). *De Enfermeira a Enfermeira de Família: Abordagem dinâmica de famílias com idoso dependente*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1228>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE CATÁLOGOS CIPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem conceitos e procedimentos*. (Lusociência, Ed.) (5a). Loures.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias*. São Paulo: Roca.

Wright, L.M. & Leahey, Maureen (2011). *Enfermeiras e Famílias - Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª edição). São Paulo: Roca.

APÊNDICE II

Instrumento de Colheita de Dados

Projeto: 'CuidarFam' – A Família ,,,no Processo de Cuidar em Enfermagem

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Estimado(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

O nosso nome é: Dulce Cabeça e Sónia Maiorgas, somos enfermeiras numa USF e estamos a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de

Saúde Familiar, sob a orientação do Sr. Professor Doutor João

Manuel Graça Frade, da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria.

O estudo para o qual o(a) estamos a convidar a participar, surge no âmbito da elaboração do respetivo Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre e está inserido no projeto 'CuidarFam' - A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem, o qual pretende desenvolver investigação relativamente às atitudes dos enfermeiros e à importância que as famílias têm no processo de cuidar.

O enfermeiro de saúde familiar possui competências específicas, as quais permite desenvolver um trabalho de parceria com a família, para promoção da capacitação, com o intuito de dar resposta às crises naturais e acidentais que ocorrem no ciclo de vida. Logo, os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades da família.

Este questionário é dirigido aos enfermeiros(as)/alunos de enfermagem que integram o ACES Alentejo Central, nos cuidados de saúde primários.

A sua participação será muito importante pois irá contribuir para um aprofundar de conhecimentos nesta temática e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes. Na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais e na segunda aplicaremos a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009).

Não se antecipam riscos para os participantes no estudo.

A sua participação neste estudo é **voluntária**, podendo desistir em qualquer momento, no entanto a sua participação é essencial para o sucesso deste trabalho.

É garantido o **anonimato e a confidencialidade**, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento da presente investigação. Em nenhum momento precisa de se identificar e serão cumpridos todos os procedimentos ético-legais.

Não demora mais do que quinze minutos a preencher (tempo previsto cinco a dez minutos).

Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar os investigadores do projeto. Ao preencher o questionário concorda em colaborar voluntariamente nesta

investigação.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

- Professor Doutor João Frade, RN, M.P.H., Ph.D. ciTechCare –)

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

- Dulce Cabeça, Estudante do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar - Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, dulce.cabeça@alentejocentral.min-saude.pt

- Sónia Maiorgas, Estudante do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar - Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, sonia.maiorgas@gmail.com

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado(a) do que me foi proposto, autorizando a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, com a garantia por parte dos investigadores do anonimato e da confidencialidade. *

Marcar apenas uma oval.

Sim aceito participar no estudo

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

2. 1. Qual a sua idade? _____(anos) *

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

Marcar apenas uma oval.

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

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

Marcar apenas uma oval.

- Aluno de Enfermagem 3º ano
- Aluno de Enfermagem 4º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: _____

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

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor
- Outro: _____

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

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

7. 6. Qual o seu número de anos de exercício profissional? *

8. 7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? *
- Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Marcar apenas uma oval.

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

9. 8. Se o seu contexto de prestação de cuidados de enfermagem é nos Cuidados de Saúde Primários, qual a tipologia da sua unidade? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

Marcar apenas uma oval.

- USF Modelo A
- USF Modelo B
- UCSP
- UCC
- USP
- Outro: _____

10. 9. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Se respondeu afirmativo na questão anterior, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

Marcar apenas uma oval.

- Contexto Académico
- Formação Continua
- Outro: _____

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.

12. 1. É importante saber quem são os membros da família do utente *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

13. 2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

14. 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

15. 4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o) *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 6. No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

20. 9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

21. 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

22. 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

23. 12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. 13. A presença de membros da família é importante para os mesmos. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 16. Pergunto às famílias como as posso apoiar *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

28. 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

29. 18. Considero os membros da família como parceiros *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

30. 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

31. 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

32. 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

33. 22. É importante dedicar tempo às famílias *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

34. 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

35. 24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

36. 25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

37. 26. A presença de membros da família deixa-me em Stress *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXOS

ANEXO I – Projeto “CuidarFam” – A Família no Processo de Cuidar em Enfermagem

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

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

| Submetido para parecer e autorização das Instituições Parceiras

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

Domínio Científico: Ciências da Saúde

Descritores (MeSH)

Transição

Família

Cuidar

Enfermagem

Data do início do projeto: Janeiro de 2018

Data prevista do término: Final de 2026

Previsão de Instituições Envolvidas:

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

Escola Superior de Saúde de Leiria

ENQUADRAMENTO

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

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

O projeto está estruturado em seis fases:

Fase I: Revisão Sistemática da Literatura: A Revisão sistemática da literatura representa a utilização de método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários. Trata-se de um estudo secundário, observacional e retrospectivo.

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

diferentes estudos e os resultados esperados (*O*), as atitudes favorecedoras dos processos de transição por parte dos enfermeiros face à famílias.

A pesquisa será feita tendo por base os descritores definidos (MeSH ou caso não seja possível, utilizar palavras chave) e os artigos a selecionar têm por base os seguintes critérios de inclusão: artigos datados de um período pós-2005 (ou seja, com menos de dez anos); artigos cujo título contenha uma ou mais palavras dos nossos descritores em português, inglês ou espanhol; artigos que embora não incluindo as palavras anteriormente referidas, após a leitura do seu resumo/*abstract* apresentem potencial relevância para o trabalho em questão. Proceder-se-á leitura e avaliação crítica do estado da arte no domínio em estudo.

Para a realização desta fase deverá utilizar-se como referencial teórico o Modelo das Transições de Afaf Meleis (2000), o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary e a taxonomia CIPE® (versão 2.0).

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

Esta escala é uma adaptação da *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003. Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright e Leahey, 2009), e os itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Barbiéri, MC et al., 2009).

¹ Barbiéri, MC et al., (2009). **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A escala IFCE-AE é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Barbiéri, MC et al., 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem – 10 itens; família como um parceiro dialogante – 8 itens; família como um fardo – 4 itens e família como próprio recurso – 4 itens. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família.

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Barbiéri, MC. et al., (2009). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduz-se no Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: parceiro dialogante e recurso de coping</p>	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: recurso nos cuidados de enfermagem</p>	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Família: fardo</p>	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em stresse.</p>

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

O projeto aqui apresentado servirá de base à possibilidade de diferentes estudos, sejam estes de cariz descritivo ou de cariz correlacional. O mesmo será aplicado a enfermeiros portugueses e que aceitem participar voluntariamente na investigação, independentemente do seu contexto laboral.

Serão tidos em consideração todos os procedimentos éticos inerentes à realização e condução de uma investigação com seres humanos, tal como o respeito pelo direito à não participação na investigação pelos participantes (Anexo I)

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

Fase IV: Elaboração do relatório final.

GOALS

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

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

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

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

POPULAÇÃO ALVO

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

- Enfermeiros portugueses/Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou a desenvolverem a sua prestação de cuidados/ensino clínico em Portugal;
- Enfermeiros/Estudantes que concordem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

ENTIDADE PROMOTORA

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

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

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Coordenadores do Projeto de Investigação

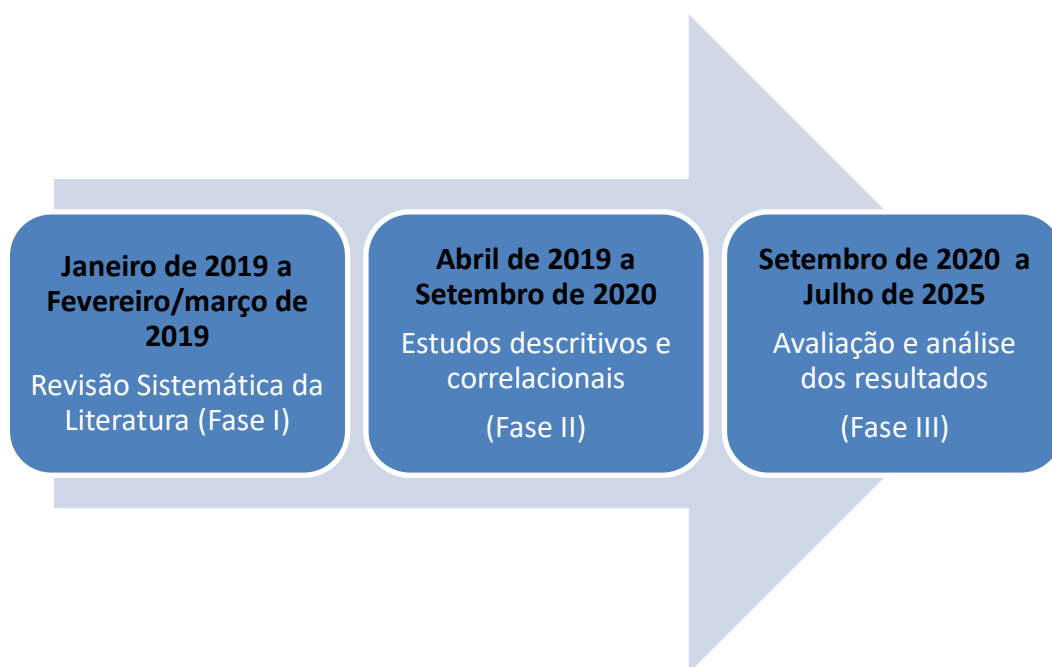
- João Frade, PhD, MPH, RN, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

- Carolina Miguel Graça Henriques, Pós-Doc, PhD, MsC, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, carolina.henriques@ipleiria.pt.

Equipa de Investigação

- Estudantes de enfermagem da formação pré (licenciatura) e pós graduada (mestrados).
- Outros docentes que venham a colaborar no projeto

CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

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

Informação sobre a Investigação

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

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

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

.....

Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador e colaboradores.

Fui alertada para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário. A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Nº/Código _____

QUESTIONÁRIO

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração.

Professora Doutora Carolina Henriques, RN, M.Sc., Ph.D., Pos-Doc

Professora Doutora Maria Clarisse Martins Louro, RN, M.Sc., Ph.D.

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

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

Estudantes

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

Tel.: (+351) 244 845 300

Questionário

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Qual a sua idade? _____(anos)

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

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

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

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro: _____

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

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

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

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

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

Anos: _____

7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares
- Outro: _____

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

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:

- Sim**, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:
 - Contexto Académico Formação Continua Outro: _____
- Não**

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

Não há respostas certas ou erradas.

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

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Concordo
- 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				
6. No primeiro 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.

ANEXO II

Pedido à Comissão de Ética da Unidade 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 (ESEnC)**

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade¹, Carolina Miguel Henriques² outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: ¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; ² Unidade Investigação em Ciências da Saúde: UICISA: E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

O presente pedido parte do Parecer 561/02-2019 cujo conteúdo se descreve:

"Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.

Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.

Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.

Estão descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética:

Nádia Filomena Botelho