



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

**IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS**

Ana Rita Bértolo

Leiria, setembro 2021



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

**IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS**

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

Ana Rita Bértolo nº 5180009

Relatório Final de Estágio orientado pelo Professor João Manuel Graça Frade

Leiria, setembro 2021

AGRADECIMENTOS

**“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”**

Fernando Pessoa

A todos os que me apoiaram, incentivaram e contribuíram para continuar o percurso iniciado em 2019, em que me deparei com vários obstáculos e que tive que contornar e ultrapassar, para hoje... chegar ao final desta viagem com o meu objetivo alcançado:

- Ao meu orientador, o Professor João Manuel Graça Frade pela sua disponibilidade, orientação, sentido pedagógico e persistência, mas acima de tudo, a grande paciência que demonstrou ao longo desta caminhada;
- À Enfermeira Especialista da UCSP de Ansião e orientadora dos ensinamentos clínicos, Júlia Maria Avelar Santos pela hospitalidade, acolhimento e oportunidade em desenvolver novos projetos;
- À equipa multidisciplinar da UCSP de Ansião e UCC Nabão pela partilha e pelo exemplo que demonstraram ser, ao longo dos momentos de aprendizagem;
- Aos meus colegas do curso de Mestrado pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e companheirismo ao longo deste percurso académico;
- À equipa que trabalha comigo diariamente e aos meus amigos pelo apoio, motivação, por me “aguentarem” e por contribuírem para a enfermeira que sou hoje;
- Finalmente, um grande obrigado aos meus pais, irmão, marido e filha pelo carinho, apoio, paciência e disponibilidade. Obrigada por nunca me deixarem desistir e por sempre acreditarem que eu seria capaz de concluir este desafio, mesmo sabendo que isso iria significar algumas ausências. Obrigada pelas vossas forças e pelo amor que sempre transmitiram durante este percurso.

A todos, o meu mais sincero e sentido, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS PIN - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte

ARS - Administração Regional de Saúde

ANOVA - ANalysis Of VAriance

BI - Bilhete de Identidade

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

et al. - e outros

ICN - *International Council of Nurses*

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

IDG - Índice de Desempenho Global

IFCE-AE - Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros

Mo - Moda

n - Frequências absolutas

nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SARS - CoV 2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome – coronavirus 2*

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade Cuidados Continuados Integrados

UCSP - Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade Saúde Familiar

USP - Unidade Saúde Pública

\bar{x} - Média aritmética

% - Frequências relativas

RESUMO

A família assume um papel fundamental na vida de cada indivíduo nas diversas fases da vida, sendo a base nos momentos de crise, de mudança, de realização assim como na saúde e na doença.

Independentemente do conceito que define família, a interpretação do mesmo aproxima-se duma visão sistémica.

A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade que estabelece trocas com o exterior e dele recebe um conjunto de influências (sistema aberto). É composto por objetos, relações e subsistemas, fazendo simultaneamente parte integrante de outros sistemas, estando todos eles relacionados e organizados hierarquicamente (Alarcão, 2000).

A evolução dos cuidados de enfermagem permitiram à enfermagem assumir e integrar a família como foco dos seus cuidados. Neste seguimento, a enfermagem de família direciona-se para respostas aos problemas reais e potenciais, englobando a parceria/interação com a família, dando destaque aos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados.

O processo de enfermagem é o ponto de origem da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família. Os modelos e instrumentos de avaliação familiar permitem identificar as necessidades da família bem como a sua dinâmica de forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família e assim, contribuir para a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções da prática de enfermagem junto das famílias.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar centra-se na interação entre todos os membros da família permitindo conhecer a dinâmica familiar bem como identificar as suas necessidades estruturais, desenvolvimentais e funcionais. Baseia-se no pensamento sistémico e tem como conceito principal as intervenções de enfermagem com as famílias com o objetivo de promover, melhorar e apoiar o funcionamento familiar com o propósito de encontrar soluções alternativas de reduzir e aliviar o sofrimento dos seus membros.

O desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializados na área de Enfermagem de Saúde Familiar tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista que se encontram no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar de acordo com Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros decorreram no Centro de Saúde de Ansião, na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados.

O enfermeiro especialista deve deter quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

As competências do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar dividem-se em duas áreas: Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção bem como lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

A enfermagem é diariamente confrontada com desafios que incentivam a reflexão e a procura de formação contínua e académica especializada de forma a oferecer um crescimento pessoal, profissional e um exercício fundamentado na evidência científica. Neste sentido, como futura Enfermeira de Família, surgiu a necessidade de conhecer a atitude dos enfermeiros quanto à importância da família no cuidar.

Objetivos: Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem; conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar e associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal que integrou uma amostra de 13 enfermeiros. O instrumento utilizado foi o questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais e a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... & Martins M., (2009).

Resultados: Verificou-se a existência de associação estatística com as variáveis: “Abordagem geral para o cuidado das famílias” nas dimensões da escala “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” ($p = 0,018$) e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p = 0,035$) e com a variável “Experiência anterior com familiares doentes” na dimensão da escala “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” ($p = 0,009$). Nas restantes variáveis, não se verificou a existência de associação estatística nas dimensões da escala IFCE-AE.

No que diz respeito à globalidade da escala IFCE-AE ($p < 0,05$) observou-se que existe associação das variáveis “Abordagem geral para o cuidado das famílias” ($p = 0,015$) e “Experiências anteriores com familiares gravemente doentes” ($p = 0,013$), não se observando associações para as restantes variáveis sociodemográficas e profissionais.

Relativamente às dimensões da escala IFCE-AE, verificou-se que a dimensão “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” apresentou uma média de 41,15, a dimensão “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”, a média de 36,07 e a dimensão “Família como um fardo”, a média de 8,00. A média total da escala IFCE-AE foi de 85,23 para um score máximo de 104, o que demonstrou níveis positivos altos das atitudes dos enfermeiros do estudo em relação à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Palavras-chaves: Enfermagem Saúde Familiar; Família; Enfermeiros; Competências Enfermeiro Especialista; Cuidados de Enfermagem; Atitudes.

ABSTRACT

The family assumes a fundamental role in the life of each individual in the different stages of life, being the basis in times of crisis, change, fulfillment, as well as in health and illness.

Regardless of the concept that defines family, its interpretation approaches a systemic view.

The family is seen as a system, a whole, a globality that exchanges with the outside world and receives a set of influences from it (open system). It is composed of objects, relationships, and subsystems, simultaneously forming an integral part of other systems, all of which are related and hierarchically organized (Alarcão, 2000).

The evolution of nursing care allowed nursing to assume and integrate the family as the focus of their care. In this follow-up, family nursing is directed towards answers to real and potential problems, encompassing the partnership/interaction with the family, highlighting the strengths of family members and the family group, aiming to support them in the search for solutions to the identified problems.

The nursing process is the point of origin of nurses' daily practice in health care and in the development of work with the family. Family assessment models and instruments allow identifying the family's needs as well as its dynamics in order to enhance the intervention of the family nurse and thus contribute to the design of care oriented both to data collection and to the planning of interventions of nursing practice with families

The Calgary Model of Family Assessment and Intervention focuses on the interaction between all family members, allowing for insight into family dynamics as well as identifying their structural, developmental and functional needs. It is based on systemic thinking and its main concept is nursing interventions with families in order to promote, improve and support family functioning in order to find alternative solutions to reduce and alleviate the suffering of its members.

The development of skills for the practice of specialized care in the area of Family Health Nursing, taking into account the common skills of the specialist nurse found in the Regulation of Common Skills of the Specialist Nurse No. 140/2019, of 6 February, published in Diário da República and the Specific Competences of the Specialist Nurse in Family Health Nursing in accordance with Regulation No. 428/2018, of July 16, 2018 of the Order of Nurses took place at the Ansião Health Center, in the Personalized Health Care Unit,

The specialist nurse must have four domains of competences, namely, professional, ethical and legal responsibility, competences in the field of continuous quality improve

competences in the domain of care management and competences in the domain of professional learning.

The skills of the specialist nurse in the area of Family Health are divided into two areas: Caring for the family as a care unit, and for each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention, as well as leading and collaborating in processes intervention, in the context of family health nursing.

Nursing is faced daily with challenges that encourage reflection and the search for continuous and specialized academic training in order to offer personal and professional growth and on exercise based on scientific evidence. In this sense, as a future Family Nurse, the need arose to know the nurses' attitude regarding the importance of the family in caring.

Objectives: To identify the importance assigned by nurses to the family's participation in nursing care; to know the attitudes that nurses adopt in the care process; associate the socio-demographic and professional variables of nurses with the practice of centered care in the family.

Methodology: Quantitative, descriptive, analytical, correlational and cross-sectional study that included a sample of 13 nurses. The instrument used was a questionnaire consisting of sociodemographic and professional questions and the scale "Importance of Families in Nursing Care – Nurses's Attitudes" (IFCE-AE), validated for Portuguese population by Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... & Martins M., (2009).

Results: There was a statistical association with the variables: "General approach to family care" in dimensions of the scale "Family: dialoguing partner and coping resource" ($p = 0,018$) and "Family: resource in nursing care" ($p = 0,035$) and with the variable "Previous experience with sick family members" in the dimension of the scale "Family as a resource in nursing care" ($p = 0,009$). In the remaining variables, there was no statistical association in the dimensions of the IFCE-AE scale.

With regard to overall IFCE-AE scale ($p < 0,05$), it was observed that there is an association of the variables "General approach for the care of families" ($p = 0,015$) and "Previous experiences with seriously ill family members" ($p = 0,013$), with no association for the remaining sociodemographic and professional variables.

Regarding the dimensions of the IFCE-AE scale, it was found that the dimension "Family as a dialoguing partner and coping resource" had an average of 41,15, the dimension "Family as a resource in nursing care", an average of 36,07 and the dimension "Family as a burden", the average of 8,00. The total average of the IFCE-AE of 104, which demonstrated high

of in the study, in relation to family participation in nursing care.

Keywords: Family Health Nursing; Family; Nurses; Specialist Nurse Skills; Nursing care; Attitudes.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIV
ÍNDICE DE TABELAS.....	XV
ÍNDICE DE QUADROS.....	XVII
INTRODUÇÃO	18
PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	20
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
1.1 - FAMÍLIA.....	21
1.2 - ABORDAGEM SISTÉMICA À FAMÍLIA.....	26
1.3 - ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR.....	30
1.3.1 - Contributos teóricos e conceptuais para a enfermagem saúde familiar.....	34
1.3.1.1 - Contributos das teorias das ciências sociais da família.....	34
1.3.1.2 - Contributos das teorias das terapias familiares.....	36
1.3.1.3 - Contributos das teorias de enfermagem.....	37
1.3.2 - Modelos de avaliação em enfermagem saúde familiar.....	39
2 - ENSINO CLÍNICO.....	44
2.1 - CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL INTERIOR NORTE (ACeS PIN) ONDE A UCSP DE ANSIÃO SE INSERE.....	44
2.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE ANSIÃO.....	46
2.3 - PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	47
2.4 - CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP.....	48
2.5 - CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UM ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA UCSP ANSIÃO.....	49
3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	52
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	53
3.1.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	53

3.1.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	54
3.1.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	58
3.1.4 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	59
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	61
3.2.1 - Competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	62
3.2.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção.....	66
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	70
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	71
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	76
2.1 - TIPO DE ESTUDO.....	76
2.2 - OBJETIVOS.....	77
2.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	77
2.4 - HIPÓTESES.....	78
2.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	79
2.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	79
2.7 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	83
2.8 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	87
2.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	87
2.10 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	89
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS.....	91
3.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	91
3.2 - CARATERIZAÇÃO DA ESCALA “IFCE-AE”	98
3.3 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS DAS TÉCNICAS APLICADAS PARA TESTAR AS HIPÓTESES.....	100
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	112
5 - CONCLUSÃO.....	124

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
--	------------

APÊNDICE

APÊNDICE I: PROCESSO DE ENFERMAGEM

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

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

ANEXO IV: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE ACeS PIN E AUTORIZAÇÃO DO MESMO

ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO SR. DIRETOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA E AUTORIZAÇÃO DO MESMO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: ACeS da ARS Centro.....	44
Figura 2: Centro de Saúde da Lousã e seus Concelhos.....	44
Figura 3: Organograma ACeS PIN.....	45
Figura 4: Concelhos do ACeS PIN.....	46
Figura 5: Área de influência da UCSP de Ansião.....	46
Figura 6: BI-CSP - UCSP Ansião.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide Etária do Ficheiro do Enfermeiro de Família.....	47
Gráfico 2: Caraterização da amostra segundo o título profissional.....	90
Gráfico 3: Caraterização da amostra segundo a unidade onde exerce funções.....	91
Gráfico 4: Caraterização da amostra segundo a abordagem geral para o cuidado das famílias.....	92
Gráfico 5: Caraterização da amostra segundo a experiência anterior com familiares gravemente doentes.....	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número de Famílias do Enfermeiro de Família por área geográfica.....	50
Tabela 2: Distribuição dos Programas de Saúde e nº de Utentes no Ficheiro do Enfermeiro de Família.....	51
Tabela 3: Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa.....	82
Tabela 4: Análise da fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE adaptação portuguesa e no estudo atual.....	83
Tabela 5: Caraterização da amostra segundo o estabelecimento.....	91
Tabela 6: Caraterização da amostra segundo o género.....	92
Tabela 7: Caraterização da amostra segundo o grupo etário.....	92
Tabela 8: Caraterização da amostra segundo as habilitações académicas.....	93
Tabela 9: Caraterização da amostra segundo os anos de experiência profissional.....	94
Tabela 10: Caraterização da amostra segundo o tempo de serviço onde exerce funções.....	95
Tabela 11: Caraterização da amostra segundo o método de organização de trabalho.....	95
Tabela 12: Caraterização da amostra segundo a pós-licenciatura em enfermagem.....	96
Tabela 13: Caraterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Família.....	96
Tabela 14: Caraterização da amostra segundo o contexto da formação em Enfermagem de Família.....	97
Tabela 15: Distribuição dos inquiridos segundo os dados da Escala IFCE-AE.....	99
Tabela 16: Estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE e da escala global.....	100
Tabela 17: Teste de Shapiro-Wilk das dimensões da Escala IFCE-AE e da escala global.....	101
Tabela 18: Correlação de Pearson das dimensões da escala IFCE-AE.....	101
Tabela 19: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do género (n=13).....	102

Tabela 20: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da idade (n=13).....	103
Tabela 21: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função das habilitações académicas (n=13).....	104
Tabela 22: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do Título Profissional (n=13)	104
Tabela 23: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização (n=13).....	105
Tabela 24: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da formação em enfermagem saúde familiar (n=13).....	106
Tabela 25: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência profissional (n=13).....	106
Tabela 26: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do serviço onde exerce as funções (n=13).....	107
Tabela 27: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do tempo no serviço (n=13)	108
Tabela 28: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do método de organização dos cuidados (n=13).....	108
Tabela 29: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE e a abordagem geral para o cuidado das famílias (n=13).....	109
Tabela 30: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes (n=13).....	110
Tabela 31: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE e o estabelecimento dos enfermeiros inquiridos (n=13).....	110
Tabela 32: Associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a Escala Total IFCE-AE.....	111

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Versão portuguesa da escala IFCE-AE.....	81
Quadro 2: Variável dependente: a atitude do enfermeiro face à família.....	85
Quadro 3: Variáveis independentes: caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.....	86

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria no âmbito da unidade curricular Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 e o Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, ambos da Ordem dos Enfermeiros, serviram como principais guias orientadores para a realização do atual relatório.

A descrição do relatório tem como finalidade a realização de uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas ao longo de todo o percurso teórico e prático dos ensinamentos clínicos contribuindo desta forma para uma melhoria de conhecimentos e de competências tanto no âmbito pessoal bem como no âmbito profissional.

Em Portugal, quer ao nível do desenvolvimento da literatura, quer na implementação de políticas de saúde, a importância da família nos cuidados de saúde tem vindo a evidenciar-se (Silva, Costa & Silva, 2013). O enigma pela saúde familiar e a participação da família nos cuidados bem como a metodologia adotada pelo enfermeiro de família, encaminhou à definição da temática em estudo "Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem-attitudes dos enfermeiros".

O relatório é constituído por duas partes:

- Parte I - Contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar.

Tem como finalidade transmitir o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso com base no perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar definida pela Ordem dos Enfermeiros: Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção bem como lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Encontra-se dividida em 3 capítulos.

O 1º Capítulo (Fundamentação teórica) evidencia os conceitos de família e elucida a abordagem sistémica à família, tal como os seus princípios. Para além disso, este capítulo

narra a evolução da enfermagem de saúde familiar bem como os seus fundamentos teóricos e conceptuais.

O 2º Capítulo (Ensino clínico) consiste na caracterização dos contextos clínicos onde foi realizada a prática clínica especializada.

O 3º Capítulo (Competências adquiridas na prática clínica) apresenta as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista no âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar bem como as minhas reflexões acerca das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso.

Parte II - Estudo empírico.

Expõe o processo de investigação utilizado para o estudo "Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros". Tem como objetivo identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem bem como conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar e associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à família. Encontra-se dividido em 5 capítulos.

O 1º Capítulo (Enquadramento teórico) expõe a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica relevante para a compreensão do tema em estudo.

O 2º Capítulo (Enquadramento metodológico) apresenta a tipologia do estudo, os objetivos, a questão de investigação, as hipóteses, a população e a amostra, o instrumento da colheita de dados, a operacionalização das variáveis, os procedimentos de colheita de dados e procedimentos formais e éticos, e por último, o tratamento estatístico.

O 3º Capítulo (Apresentação e análise dos resultados) exhibe os resultados do estudo através de tabelas, de gráficos e de indicadores estatísticos, acompanhados de uma descrição.

O 4º Capítulo (Discussão dos resultados) expõe os dados obtidos estabelecendo associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos semelhantes ao realizado.

O 5º Capítulo (Conclusão) resume as ideias chave que emergiram desta investigação. São também mencionadas as dificuldades e limitações identificadas durante o estudo, as implicações para a prática clínica e conhecimento em enfermagem de família bem como sugestões para futuras investigações.

PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica consiste na pesquisa e seleção da leitura de textos, artigos, livros e de todo o material pertinente da área ou do assunto que se pretende investigar. Tem como objetivo permitir um conhecimento e uma compreensão mais aprofundada sobre o tema bem como a sua contextualização (Fortin, 2009).

1.1 - FAMÍLIA

A palavra "família" descende do latim *famulus*, que tem como significado "escravo doméstico". Surgiu na Roma Antiga para representar um novo grupo social que apareceu entre as tribos latinas ao serem inseridas na agricultura e na escravidão legalizada (Antunes, 2009).

Durante a Idade Média surgiu o casamento como uma instituição sagrada, indissolúvel e destinada à reprodução. É durante esse período que se consolida o conceito de família tradicional composto por pai, mãe e seus filhos em que os papéis sociais eram bem delineados, ou seja, os homens trabalhavam fora de casa e garantiam o sustento da família e as mulheres executavam o trabalho doméstico e promoviam a socialização dos novos membros. Nessa altura, os elementos da família dependiam economicamente do chefe de família.

A partir de 1750, com o início da revolução industrial, verificou-se a uma alteração da estrutura básica das famílias tornando-se estas famílias nucleares. As famílias alargadas começaram a diminuir e tanto os homens como as mulheres trabalhavam no exterior, contribuindo ambos para o sustento familiar (Hanson, 2005). De acordo com Dias (2011), estas transformações originaram alterações na família permitindo o aumento da complexidade das relações, sendo os fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos os fatores decisivos para as alterações na estrutura e dinâmica familiar. Neste seguimento, a família deixou de ser um modelo tradicional, dando origem a novas formas de organização familiar.

Segundo Hanson (2005), as definições de família variam consoante o paradigma da respetiva área: a legal que engloba as relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou por casamento; a biológica que integra as redes biológicas entre as pessoas; a sociológica que envolve os grupos de pessoas que vivem juntas e a psicológica, cuja definição engloba grupos de pessoas com fortes laços emocionais. A mesma autora também refere

que, anteriormente, as definições de família eram muito circunscritas e limitadas a pessoas que coabitavam ou que estariam ligadas entre si por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção, relacionando-se uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã.

Só a partir da década de oitenta é que começaram a surgir definições mais alargadas. Em 1985, o departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde do Oregon alude que família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária, envolvendo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (Hanson, 2005).

Para Relvas e Alarcão (2002), família é um sistema vivo e aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é mais que a soma de todas as partes e onde se estabelece entre os elementos constituintes um sentimento de pertença.

Relativamente ao conceito de família, Relvas (1996) menciona ainda que a sua constituição não depende só de laços de consanguinidade, mas também e sobretudo, das ligações afetivas que se estabelecem entre os seus elementos. Já Alarcão (2000), acrescenta que se trata de um local privilegiado para a vivência e aprendizagem de dimensões significantes da interação como a linguagem, a comunicação, os contactos corporais e as relações interpessoais.

Neste seguimento, Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, C. (2012) descrevem que é na família, independentemente do tipo de família que seja, que as pessoas crescem; desenvolvem-se física, psicológica e socialmente; obtêm um sentido de si e de coletividade enquanto unidade cultural familiar; criam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital.

O *International Council of Nurses* (ICN) define família como um grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas unidas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE, 2015).

O conceito de família proposto por Wright e Leahey (2009) expressa que família é quem os seus membros dizem que são, valorizando a relação e organização das mesmas.

Independentemente do conceito que a define, a família assume um papel fulcral na vida de cada indivíduo nas diversas fases da vida, sendo a escola dos sentidos, dos sentimentos,

valores e crenças. A família é o suporte nos momentos de crise, de mudança, de realização assim como na saúde e na doença. Como resultado, a interpretação do conceito de família aproxima-se assim duma visão sistémica. Cada família possui a sua identidade, os seus valores, culturas, aspirações, etnia, localização e composição, onde a unidade e a unicidade surgem como principais atributos. A forma específica e singular como se posicionam é realmente única, pelo que Relvas (2000) afirma que "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (p.14).

Neste contexto, é oportuno uma abordagem às mudanças na estrutura e funções familiares bem como às diversas fases do ciclo vital da família.

- **Classificação das famílias**

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

Para Minuchin (1974) citado por Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G. (2012) a classificação das famílias foi definida segundo a estrutura familiar, classificando-as de:

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

A estrutura familiar organiza-se segundo as suas funções para que os membros da família se relacionem como refere Minuchin (1974) citado por Muñoz et al. (2012).

• **Funções da família**

De acordo com Hanson (2005), às famílias tradicionais eram atribuídas funções de:

- Sobrevivência económica, em que o pai sustentava o lar trabalhando para fora, enquanto que a mãe era a esposa, dona de casa e educadora dos filhos;
- Reprodução da espécie, em que os casais só tinham filhos após o casamento;
- Proteção familiar, em que os membros da família cuidavam e protegiam os mais vulneráveis (crianças, idosos e incapacitados);
- Transmissão da religião através fé, tradições e valores religiosos;
- Educação e socialização através da divulgação aos descendentes da cultura bem como o ensino para a vida adulta (os rapazes eram preparados para os negócios e gestão enquanto que as raparigas aprendiam a ser donas de casa).

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

- Sobrevivência económica, em que o casal sustenta o lar. Os filhos são considerados como luxos dispendiosos e não como bens económicos;
- Reprodução da espécie, em que a procriação pode ser antes do matrimónio ou sem ele;
- Proteção familiar, que já não tem tanto significado devido à existência de instituições de assistência;
- Transmissão da religião, que foi delegada para as instituições religiosas desvolarizando os valores religiosos e culturais;
- Educação e socialização, que deixou de ser no meio familiar tendo sido delegado para as escolas.
- De relação, em que os casais se unem pelo sentimento e intimidade e não por necessidade de proteção e de sustentabilidade;
- De saúde, em que a família é o princípio da saúde física e mental de toda a vida e que a modificação do padrão de saúde de um dos membros afeta todo o agregado familiar.

Atualmente, as famílias têm determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade. Os papéis familiares surgem e modificam-se para ajudar as famílias a realizar as transições para novos estádios e a satisfazer as suas necessidades em cada estádio (Silva, 2003).

- **Ciclo vital da família**

Na unicidade familiar que assiste cada família existem acontecimentos comuns. As diversas gerações que integram uma família avançam no tempo através do ciclo vital, sendo este caracterizado por acontecimentos que definem as diferentes etapas de crescimento, assim como as tarefas de socialização inerentes a cada um dos elementos no percurso que partilham em conjunto.

Para Relvas (1996) citado por Alarcão (2000) o ciclo vital é a sequência previsível de transformações na organização familiar. A conceptualização do ciclo vital da família e das suas etapas tem tido como referência a família tradicional, composta por pai, mãe e filhos e a idade da evolução do filho mais velho.

Neste seguimento, Relvas (1996) considera o ciclo vital da família composto por cinco fases:

1. Formação do casal – é o início da família, num contexto físico, psicológico e social, na esperança de adaptação da vida a dois e de ter filhos;
2. Família com filhos pequenos – este ciclo inicia-se quando nasce o primeiro filho e a díade existente até então transforma-se em tríade;
3. Família com filhos na escola – é um momento crucial de abertura do sistema familiar ao mundo que a rodeia, a família sente-se observada, em relação ao desempenho do seu filho na escola e em relação às competências da criança para viver e conviver com os outros;
4. Família com filhos adolescentes – nesta fase há uma necessidade de definir um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social;
5. Família com filhos adultos – nesta etapa cruzam-se gerações, saem os filhos, vêm os genros, as noras e os netos, existindo uma ligação entre famílias de origens diferentes. Com o decorrer do tempo um dos cônjuges desaparece desta família, para a última saída coincidir com a morte do sistema.

Após retratada a família do ponto de vista do seu ciclo vital, faz também sentido interpretá-la como um sistema com características bem distintas, o que vai ser apresentado no próximo subcapítulo.

1.2 - ABORDAGEM SISTÉMICA À FAMÍLIA

São vários os autores que consideram a família como um sistema.

A Teoria Geral dos Sistemas, originária da física e da biologia e desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy em 1977, desenvolve um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, independentemente da sua natureza biológica ou social adquirindo grande protagonismo no que diz respeito ao estudo e compreensão das famílias.

Segundo Relvas (2003), Bertalanffy introduz o conceito de sistema como um conjunto de elementos em inter-relações recíprocas incluindo em simultâneo função e estrutura. A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade e desta forma possui como propriedades: a totalidade, a equifinalidade, a retroação e a auto-organização.

A totalidade como propriedade do sistema familiar significa que a família não é a soma dos elementos, cada um dos seus membros influencia os outros. O comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos restantes, e o que acontece ao mesmo, afeta toda a família (Alarcão, 2000). Isto implica que para compreender o indivíduo é necessário analisar também a sua família como um todo complexo.

A propriedade equifinalidade expõe que o mesmo objetivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes ou mediante percursos diferentes. As condições iniciais idênticas podem corresponder resultados diferentes e vice-versa, dado que as interações do sistema e a sua evolução são fundamentais para o processo que se organiza em torno de uma finalidade (Bertalanffy, 2008). O destino de uma família depende do seu funcionamento próprio e único.

A retroação é outra das propriedades familiares que explica que o comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento e vice-versa. Para compreender o comportamento de um dado elemento do sistema é necessário ter uma visão circular das interações que se desenrolam em seu redor considerando os contextos em que estes acontecem e que colaboram para a construção de um dado resultado final. O sistema familiar reage à informação proveniente dos seus elementos e do ambiente, alterando o seu comportamento de forma a assegurar a sua continuidade.

A propriedade de auto-organização explica que a família como organismo vivo possui autonomia na regulação dos seus processos estruturais e funcionais, de forma a conseguir

adaptar-se e evoluir ao longo do tempo à medida que permanece organizada e identitária. A gestão da informação recebida do interior ou exterior do sistema, de uma forma autónoma e espontânea, modifica a sua estrutura, de modo a permitir criar as condições necessárias à sua sobrevivência, ou de permanecer idêntico (Alarcão, 2000).

Do ponto de vista de Alarcão (2000), na atualidade, a compreensão sistémica da família, do seu desenvolvimento e do seu funcionamento não é a mesma que se tinha nos anos cinquenta, sessenta ou mesmo setenta.

O sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e por relações lógicas entre os subsistemas e suprassistemas em que pressupõe que um indivíduo possa participar em diversos sistemas e subsistemas, adquirindo em simultâneo diferentes papéis e funções bem como diferentes tipos de interação. Assim sendo, a hierarquia sistémica é definida como o modo de organização e relacionamento de subsistemas e suprassistemas. A família enquanto sistema que estabelece trocas com o exterior e dele recebe um conjunto de influências (sistema aberto) é simultaneamente composto por objetos seus atributos e relações, constituído por vários subsistemas, fazendo simultaneamente parte integrante de outros sistemas, neste caso suprassistemas, estando todos eles relacionados e organizados hierarquicamente (Alarcão, 2000).

Numa família podem distinguir-se 4 subsistemas:

1- O individual que se caracteriza pelo indivíduo, que desempenha funções e papéis noutros sistemas dentro e fora da família, e cuja dupla pertença interfere em si mesmo e na forma como ele atua em cada um desses contextos;

2- O conjugal que engloba o casal e em que a complementaridade e a adaptação mútua são aspetos importantes no seu funcionamento. Este subsistema permite a cada elemento manter a sua zona de individualidade bem como proteger o casal da intrusão de outros elementos (tais como as famílias de origem ou os filhos) de modo a constituir uma base de suporte para o casal lidar com os fatores internos e externos. Com o passar do tempo, papéis e funções deste subsistema, vão sofrendo alterações relacionadas com a fase do ciclo vital que a família atravessa. Se por um lado, numa fase inicial, existe uma relação fusional, ela vai-se transformando e, por exemplo, com o nascimento do primeiro filho, a nova função de parentalidade começa a enformar-se, por forma a dar resposta às novas exigências do ciclo vital (Relvas, 1996; Hanson, 2005). Este subsistema é considerado fundamental para o crescimento dos filhos, servindo-lhes de modelo relacional para o estabelecimento de futuras relações de intimidade.

3- O subsistema parental, habitualmente constituído pelos adultos, envolve as funções executivas visando a proteção e a educação das gerações mais novas. É na interação pais-filhos que as crianças aprendem o sentido da autoridade, a negociação e gestão de conflito no âmbito de uma relação vertical, assim como, o sentido de filiação e pertença familiar. A sua composição pode variar, incluindo ou não avós, tios, padrinhos ou mesmo o irmão mais velho. Os pais podem até não fazer parte desta estrutura, no entanto, para Alarcão (2000), o que importa é saber quem desempenha as funções e as tarefas que lhe são inerentes.

4- O subsistema fraternal é constituído pelos irmãos. Este subsistema apresenta funções específicas no que concerne ao treino das relações entre os pares. Ele representa, o primeiro espaço de socialização e de experimentação de papéis face ao mundo extrafamiliar, primeiro em relação à escola e depois em relação ao grupo de amigos e ao mundo do trabalho. É neste subsistema que as crianças desenvolvem as suas capacidades relacionais com o grupo de iguais, experimentando o apoio mútuo, a competição, o conflito e a negociação das brincadeiras solidárias e nas “guerras”. (Alarcão, 2000).

A forma como se organizam estes subsistemas, o tipo de relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um, coincide com a estrutura da família, ou seja, a organização dos seus elementos e respetivas funções e papéis (Relvas, 2000).

Para o funcionamento dos subsistemas e suprasistemas é necessária a existência de regras, limites ou fronteiras. De acordo com Alarcão (2000), os limites poderão ser considerados linhas divisórias invisíveis que permitem regular a informação entre a família e o exterior, bem como entre os diversos subsistemas visando proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros. Como tal, estes podem adotar várias formas. A mesma autora citando Minuchin (1979) distingue 3 tipos de limites: os claros, os difusos e os rígidos. Os limites claros delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influências entre os mesmos caracterizando-se assim, pela definição clara dos papéis de cada um, existindo flexibilidade. Os limites difusos são compreendidos por uma enorme permeabilidade entre os sistemas, o que compromete a diferenciação dos subsistemas, ou seja, caracterizam-se pela não definição clara dos papéis de cada um na família e pela intromissão de papéis. Os limites rígidos são caracterizados por serem muito vincados, dificultando a comunicação e compreensão recíprocas e assim, caracterizam-se pela definição clara dos papéis de cada um, não existindo flexibilidade.

Para Barker (2000), o funcionamento da família vai depender da permeabilidade/nitidez dos limites, considerando 3 tipologias de permeabilidade: os impermeáveis, os semipermeáveis e os permeáveis. Os impermeáveis resultam num forte isolamento, dificultando a comunicação e compreensão mútua e impedindo a necessária interação com o

meio envolvente; os permeáveis resultam de uma excessiva suscetibilidade a acontecimentos e mudanças, fazendo com que se perca a identidade e a integridade do sistema/subsistema e os semipermeáveis são aqueles que permitem a diferenciação dos subsistemas através da troca de alguns aspetos, mantendo a sua integridade.

É a partir da diferenciação e permeabilidade dos limites que as famílias são caracterizadas de emaranhadas ou desmembradas

Segundo Relvas (1982), estamos perante uma família emaranhada quando os limites entre os indivíduos são pouco claros e as personalidades dos diferentes membros são pouco diferenciados entre si, numa espécie de eu familiar indiferenciado. Se estivermos perante uma família desmembrada, cada um dos membros é de tal maneira independente, em relação aos outros, sendo os seus limites individuais bem marcados tal como a sua vida no exterior da família muito intensa, satisfazendo a maior parte das suas necessidades, afetivas, sociais, culturais, em que praticamente não existe uma vida relacional própria na família.

Minuchin e Fishman (2003) descrevem as famílias emaranhadas como aquelas que possuem limites difusos, apresentando um movimento relacional centrípeto, caracterizado por uma postura de fecho sobre si mesmo, existindo uma interdependência de funções e papéis que compromete a diferenciação dos seus membros. Os papéis familiares são rígidos e são estabelecidas fronteiras rígidas com o exterior. O sofrimento de um dos membros tem uma repercussão imediata no comportamento dos restantes, observando-se uma intromissão das fronteiras pelas dificuldades que refletem em todos os subsistemas. Por outro lado, as famílias desmembradas possuem limites rígidos, onde a autonomia individual está assegurada, mas em que não existe lugar para o apoio, a comunicação e o afeto, ou seja, os intercâmbios comunicacionais entre os subsistemas tornam-se difíceis e as funções de proteção da família são diminuídas bem como o sofrimento de um deles dificilmente ultrapassa as fronteiras rígidas, que separam os diferentes elementos. As fronteiras com o exterior nestas famílias são caracterizadas como difusas, num conjunto de movimentos centrífugos. Entre estes dois extremos, temos a família com limites claros, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, mas que possibilita a troca de influências e momentos de apoio entre os membros, favorecendo o desenvolvimento dos mesmos.

Alarcão (2000) refere que na evolução do sistema familiar, este vai regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se ora abrindo-se, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as necessidades e características.

Perante o exposto, no decurso do ciclo vital da família, existem momentos de maior emaranhamento ou desmembramento, no intuito de dar respostas às necessidades familiares.

Contudo, é ainda possível coexistirem numa mesma família diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas, sem que para isso a família seja considerada problemática ou disfuncional.

Ao longo do tempo, a família move-se sobre dois eixos: o sincrónico (diz respeito ao espaço relacional da família, traduzido na estrutura familiar, nas relações entre os seus membros, na distribuição de poder, nas alianças estabelecidas, na organização hierárquica, tipos de comunicação utilizados, na forma como estão definidos os limites entre os subsistemas) e o diacrónico, considerado também como o eixo do tempo familiar (representa a história da família ao longo do tempo, etapas de desenvolvimento e a história de gerações; envolve mitos, segredos, nascimentos, mortes, casamentos, separações acontecimentos relevantes da família). No eixo diacrónico conciliam-se dois tipos de mudanças: as de 1ª ordem que têm como objetivo a conservação do sistema familiar (pequenos reajustes) e as de 2ª ordem que envolvem a transição para algo novo bem como para a evolução do sistema familiar.

Estes períodos de mudança são momentos de crise, pois são períodos de tensão e de stress que afetam o equilíbrio do sistema ou do próprio indivíduo. Nestas situações, será necessário flexibilidade e capacidade de ajustamento ou de adaptação familiar de modo a desenvolver estratégias e regras com a finalidade de manter a integridade ou evolução do próprio sistema familiar.

1.3 - ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem Saúde Familiar é definida por Hanson (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”.

Neste seguimento, na prática de enfermagem da família, é importante contextualizar e abordar a família segundo quatro perspetivas:

- Família como contexto – a avaliação e os cuidados centram-se no indivíduo (1º plano) e a família é vista como contexto, recurso ou fator de stress (2º plano);
- Família como cliente – a avaliação e os cuidados centram-se em cada membro da família (2º plano) e a família (1º plano) é vista como a soma dos seus membros;
- Família como sistema – a avaliação e os cuidados centram-se no indivíduo e na família enquanto sistema interativo, em que as interações são o alvo das intervenções;

- Família como componente da sociedade – a avaliação e os cuidados centram-se na família enquanto subsistema que interage com outros subsistemas.

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

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

NÍVEL II - família como soma das suas partes: o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família;

NÍVEL III – subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados: o foco são os subsistemas familiares;

NÍVEL IV – família como cliente onde o alvo é a família como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente;

NÍVEL V – família como componente da sociedade. É vista como um subsistema dentro de um suprassistema, a sociedade, é considerada como uma unidade/instituição básica social.

Wright e Leahey (2012) defendem que as enfermeiras generalistas utilizam o conceito de família como um contexto ou recurso, enquanto que as especialistas usam o conceito de família, como foco de cuidados.

A história da enfermagem com as famílias carece de um recuo aos tempos pré-históricos, onde a prestação de cuidados estava relacionada com a manutenção da vida e onde as mulheres assumiam o principal papel na prestação de cuidados. De acordo com Hanson (2005), o papel histórico da mulher tem sido inseparável da família, sendo da sua responsabilidade a manutenção da saúde e do bem-estar das suas famílias através de ambientes limpos e seguros nas suas casas bem como do cuidar de outros elementos familiares doentes.

No entanto, segundo a mesma autora, foi durante a Guerra da Crimeia, com Florence Nightingale que se verificou o avanço histórico das famílias e da enfermagem. Nightingale reconhecia que a saúde e a doença evoluíam em contexto familiar, defendendo a envolvência da família nos cuidados de enfermagem, assim como a importância da existência de cuidados centrados na família.

Tal como o conceito de família, também a evolução dos cuidados de enfermagem às famílias tem sido influenciada pelas realidades políticas, económicas e sociais que se vão

construindo. Nesta sequência, a enfermagem mostrou querer assumir e integrar a família como foco dos seus cuidados contando com vários marcos históricos nomeadamente:

Década de 50 – Burgess e Lock são considerados os primeiros teóricos da ciência social da família;

Décadas de 70 e 80 – Implementação e desenvolvimento das teorias de terapia familiar e o desenvolvimento e refinamento dos modelos conceptuais de enfermagem, que consideram a família como uma unidade de cuidados;

1984 – 1ª Edição de Enfermeiras e Famílias de Wright e Leahey;

1988 – I Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Calgary no Canadá;

1993 – Desenvolvimento do modelo de Resiliência ao Stress, Ajuste e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin;

1995 – Criação do Journal of Family Nursing;

1996 – Desenvolvimento do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar de Hanson e Mischke;

1998 – Desenvolvimento do Modelo de Avaliação da Família de Friedman;

1998 - Programa Saúde XXI que efetiva a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem (World Health Organization);

2000 – Desenvolvimento do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar de Wright e Leahey;

2000 – Segunda Conferência Ministerial da OMS para Enfermagem e Obstetrícia na Europa, Munique, Alemanha, 15-17 junho 2000 (World Health Organization, 2000);

2001 – Criação do Ministério da Saúde de um grupo composto por enfermeiros para avaliar os cuidados de enfermagem que são prestados às famílias e em que medida diferem do modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS);

2002 – Conferência da Ordem dos Enfermeiros – A Cada Família o Seu Enfermeiro
2002 - Publicação do livro “A cada Família o seu enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2002);

2004 – Apresentação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 pela Direção Geral de Saúde, que define as orientações estratégicas que enfatizam a intervenção em rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com o paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida;

2009 – Apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo;

2009 – Criação da Internacional Family Nursing Association;

2010 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2010);

2011 – Apresentação do Regulamento do Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011);

2012 – Criação do Ministério da Saúde de um grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro (Despacho nº 10321/2012 de 1 agosto);

2013 – XI Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Minnesota;

2014 – Apresentação pelo Ministério da Saúde do decreto-lei n.º 118/2014 de 5 agosto que regula o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Hanson (2005) identifica os princípios da importância de uma abordagem de enfermagem junto das famílias, referindo que:

- É no contexto da família que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos;
- A família é influenciada quando um ou mais membros têm problemas de saúde;
- A saúde dos membros é influenciada pela família e as práticas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família;
- Os cuidados de saúde são mais eficazes quando é dada maior ênfase à família;
- A promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a saúde da sociedade.

Wright e Leahey (1994) consideram a enfermagem de família como "cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais" (p.2).

Deste modo, a enfermagem de família direciona-se para respostas aos problemas reais e potenciais, englobando uma filosofia de parceria com a família. A ênfase é colocada nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados. De tal modo que, observa-se a existência de uma prática centrada na interação com as famílias, sendo o foco mais direcionado para a saúde

do que para a doença, numa perspetiva de promoção do bem-estar e saúde familiar, integrando a saúde dos seus membros individualmente, onde as forças e os recursos são imprescindíveis para a resolução de problemas reais e potenciais.

1.3.1 - Contributos teóricos e conceptuais para a enfermagem saúde familiar

O contributo do conhecimento das teorias das ciências sociais da família, dos modelos conceptuais de terapia familiar e das teorias de enfermagem, permitiram desenvolver os fundamentos para a enfermagem de família bem como ajudaram à expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar possibilitando aos enfermeiros compreender a estrutura, função e processo sobre o modo como as famílias são criadas, mantidas, alteradas e se reajustam em situações de crise (Hanson, 2005).

Wright e Leahey (1990) são umas das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de família surge da interceção destas três áreas do conhecimento. Às ciências sociais, fundamentalmente à teoria geral dos sistemas, vai buscar a explicação do funcionamento e dinâmica familiar; à terapia familiar, a abordagem terapêutica é centrada nas forças da família e por fim, aos valores, teorias e conceções de enfermagem cujo sentido de pessoa e ambiente de cuidados guiam a avaliação e intervenção do enfermeiro face a processos de saúde/doença (Hanson, 2005).

Segundo Hanson (2005) e Wright e Leahey (2009), ao abranger as três perspetivas é necessária uma abordagem integradora, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Neste sentido, é importante os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados.

1.3.1.1 - Contributos das teorias das ciências sociais da família

As teorias das ciências sociais da família são as que se encontram mais desenvolvidas e que mais informações fornecem sobre os fenómenos familiares, como a função familiar, o intercâmbio entre ambiente e família, interações e dinâmicas dentro da família, entre outros.

Para Hanson e Kaakinen (2005), as principais teorias das ciências sociais da família consideradas úteis para a compreensão das famílias e para a prática da enfermagem junto dessas são a teoria de sistemas, a teoria estrutural-funcional, a teoria interativa, a teoria do desenvolvimento, a teoria do stress, e a teoria da mudança.

A **teoria geral dos sistemas** foi introduzida em 1936 por Von Bertalanffy e tem sido aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias (Wright & Leahey, 2009). Tem por base as ciências da biologia e da física, em que o sistema é designado como um conjunto de elementos interativos, dependendo do ambiente onde reside. O sistema pode ser considerado aberto, realizando troca de energia com o ambiente ou um sistema fechado, isolado do seu ambiente. O estado de equilíbrio de um sistema familiar depende de um feedback positivo ou negativo, onde a abordagem sistémica observa a família numa perspetiva subsistémica e suprassistémica, com o propósito de observar as interações entre os subsistemas e suprassistemas da família.

A vulnerabilidade desta teoria é o facto de não dar realce a cada membro da família e aos indivíduos em particular, mas à interação da família com os outros sistemas.

Na **teoria estrutural-funcional**, a família é vista como um sistema social aberto, sendo analisada a interação entre a família e o seu ambiente externo, no seu macrosistema (Friedman, 1998). Deste modo, centra-se numa abordagem global da família, observando-a na comunidade alargada onde se insere.

A principal vantagem desta abordagem para a prática da enfermagem de família, consiste no facto de ser uma abordagem abrangente que vê as famílias dentro do contexto mais vasto da comunidade. O principal defeito reside na imagem estática que a família poderá assumir, não permitindo uma mudança dinâmica ao longo do tempo (Hanson, 2005).

A **teoria interativa** vê a família como unidade de personalidade em interação, analisando as comunicações entre os seus membros e evidenciando a importância dos seus papéis, bem como as suas tomadas de decisão e resolução de problemas, ou seja, analisa a dinâmica interna da família. Desta forma, é bastante útil para a enfermagem de família, pois centra-se nos processos internos de interação dentro das famílias. No entanto, a sua vulnerabilidade reside no facto de não ter em consideração o ambiente, história, cultura ou estatuto socioeconómico da família. (Hanson, 2005).

A **teoria do desenvolvimento** possibilita identificar uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas ao longo do tempo e do ciclo de vida, permitindo assim avaliar o estágio de desenvolvimento da família, as tarefas associadas e os problemas que poderão coexistir. Contudo, apresenta como limitação o facto de ter sido desenvolvido num momento em que a família nuclear tradicional era evidente.

Na **teoria do stress**, o teórico Ruben Hill, averiguou que o stress causado pela separação levava muitas vezes ao declínio no funcionamento familiar ou desorganização

familiar, mas que de seguida, se verificava um novo nível de organização familiar. Esta teoria evidencia que a perceção do agente stressor é mais importante do que a realidade objetiva, permitindo identificar os recursos e os pontos fortes das famílias de modo a fortalecer o coping de fatores de stress, o que é fundamental para a enfermagem de família (Hanson, 2005).

A **teoria da mudança**, desenvolvida por Maturana e Varela em 1992, realça que ao longo do ciclo vital das famílias, os sistemas interagem e encontram-se em constante desenvolvimento, conquistando o equilíbrio por um contínuo processo de homeostasia. Além disso, esta teoria evidencia que a mudança no sistema família depende do contexto e dos objetivos da ação, sendo gerada por estímulos internos e externos ao próprio sistema, ocorrendo como uma compensação pelas perturbações, com o objetivo de manter a estabilidade no sistema (Maturana & Varela, 1992; Wright & Leahey, 2012).

1.3.1.2 - Contributos das teorias das terapias familiares

As teorias da terapia familiar, embora menos desenvolvidas e mais recentes que as anteriores, facultam uma maior contribuição para a enfermagem junto das famílias. Isto acontece porque são teorias que precedem da prática profissional, tornando-se mais objetivas e, conseqüentemente, com maior aplicabilidade na teoria, prática, investigação e educação em enfermagem com famílias.

As teóricas Hanson e Kaakinen (2005) identificam a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e de comunicações, como sendo os três modelos da terapia familiar que mais contribuiram para a enfermagem com famílias. Estas teorias vêem a família composta por subsistemas interdependentes, e maior do que a soma das suas partes, salientando que a mudança ocorrida numa parte afeta todas as outras partes.

A **terapia familiar estrutural** foi desenvolvida por Minuchin e seus associados, em que a família é vista como um sistema social cultural aberto sendo continuamente confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro, como de fora de si própria.

Esta teoria tem como objetivo facilitar a reestruturação familiar e como tal, a sua abordagem é focada no presente, orientada para a ação e centrada no problema. É importante para a enfermagem de família no sentido em que permite avaliar todo o sistema familiar, subsistemas, limites e alianças bem como os padrões de transição e regras familiares, ajudando a família a compreender a sua estrutura de modo a reestruturar-se (Hanson, 2005).

A **teoria da terapia familiar dos sistemas**, inicialmente proposta por Murray Bowen em 1978, foi influenciada pela teoria dos sistemas, sendo mais tarde, em 1992, desenvolvida

por David Freeman. Esta teoria dedica-se em promover a capacidade das pessoas se distinguirem emocional e intelectualmente da família encorajando-as a analisar os seus processos do “eu” e a da família bem como entre o intelecto e a emoção do seu passado e presente. A família é vista como um sistema emocional familiar em que as estratégias de coping e os padrões usados têm tendência para passar de uma geração para a outra (processo de transmissão multigeracional). Por ser uma terapia que dá ênfase ao passado, exige um compromisso a longo prazo, o que por vezes torna as terapias longas e nem sempre a família se encontra disponível para tal.

A **terapia familiar interativa** é também conhecida por teoria da comunicação e teve origem em Palo Alto, na Califórnia. Esta teoria observa a família como um sistema de comportamentos interativos ou interligados ou como um processamento de comunicações, sendo colocada a ênfase no aqui e no agora, e não no passado, ou seja, o que está a ser processado e não o porquê. Baseia-se nos princípios fundamentais da comunicação desenvolvida por Watzlawic, Beavin e Jackson que são: o ser humano não pode deixar de se comportar e como tal não pode deixar de comunicar; todo o comportamento é comunicação, mas para ser compreendido tem que ser analisado nesse contexto e todos os sistemas, incluindo a família, são determinados por regras que mantêm o equilíbrio homeostático preservando o sistema. Desta forma, torna-se útil para a enfermagem de família pois salienta a dinâmica de intercâmbio entre os indivíduos. A desvantagem desta teoria reside no facto de não ver o modo como a família é afetada pelo ambiente mais vasto.

1.3.1.3 - Contributos das teorias de enfermagem

As estruturas conceptuais de enfermagem são as menos desenvolvidas, mas são várias as estudosas que no desenvolvimento dos seus modelos contribuíram de alguma forma com alguns conceitos importantes para o desenvolvimento do campo da enfermagem familiar.

A primeira teórica a incorporar a família na enfermagem foi Florence Nightingale em 1859, ao enunciar que a família tem influência positiva e negativa no indivíduo. Ela desenvolveu a sua teoria ambientalista em que o foco era o ambiente. Neste sentido, os indivíduos possuidores de defesas naturais eram influenciados por um ambiente saudável ou não saudável. A enfermagem tinha como objetivo modificar os aspetos não saudáveis do ambiente a fim de colocar o paciente na melhor condição para a ação da natureza.

Em 1970, Martha Rogers baseou-se na teoria geral de sistemas e desenvolveu a **teoria dos seres humanos unitários**. Esta teoria evidencia o indivíduo como um sistema aberto em constante interação e o intercâmbio de energias com o ambiente. Em 1996, Casey clarifica o

contributo da aplicação desta teoria na enfermagem de família esclarecendo que a família é um todo e um sistema aberto em constante troca com o ambiente, sujeito a mudanças dentro do espaço e ao longo do tempo.

Em 1976, Callista Roy desenvolveu a **teoria da adaptação**, no qual a pessoa é vista como um sistema aberto em constante adaptação e que reage a estímulos ambientais. Esta teoria foi também baseada na teoria geral dos sistemas de Bertalanffy. Inicialmente, a família foi integrada como contexto, influenciando a adaptação do indivíduo em momentos de mudança. Em 1981, Roy e Roberts descreveram a família como um sistema adaptativo que recebe informações, que tem controlo interno e processos de feedback e saída. O ambiente e o coping surgem assim como elementos importantes na enfermagem de família bem como o enfermeiro que assiste as famílias nesse processo de adaptação.

Em 1982, Betty Neuman desenvolve o **modelo de sistemas de Neuman** fundamentado nas teorias de sistemas e de stress, destacando o organismo como um sistema aberto em relação com ele e com o meio. A família é vista como um sistema composto por vários subsistemas respondendo aos elementos stressores do ambiente. Tem como objetivo manter a estabilidade, conservando a integridade da estrutura, abrindo e fechando os limites.

Em 1981, Imogene King elaborou a **teoria do alcance dos objetivos** baseando-se na teoria dos sistemas. Na sua teoria integrou o conceito de família como contexto para o desenvolvimento individual. A família era vista como o veículo para transmitir valores e normas de comportamento ao longo da vida. Em 1987, King incluiu a família como um sistema interpessoal e social, salientando a interação entre os diferentes sistemas na consecução de objetivos. Esta teórica destaca a importância da interação entre o enfermeiro e a família como cliente bem como a importância da participação do cliente na tomada de decisões para o alcance dos objetivos.

A **teoria do défice de autocuidado** foi desenvolvida entre 1959 e 1985 por Dorothea Orem, destacando que a enfermagem se apresenta como um sistema que auxilia o indivíduo a maximizar o seu potencial para o autocuidado, tornando-o mais independente.

Neste seguimento, a teórica vê a família como contexto em que os membros da família apoiam o indivíduo no seu autocuidado. O principal foco, é assim, o papel que a família tem para que os seus elementos alcancem o autocuidado, considerando a família para segundo plano. Em 1996, com o contributo de Gray, o comportamento de autocuidado da família evolui através de relacionamento interpessoal, comunicação e cultura, que é única para cada família, tornando assim, a família como unidade.

Em 1995, Marie-Louise Friedemann desenvolveu o **modelo de organização sistémica**, consistente com a teoria geral dos sistemas. A teoria tem como base a família como cliente, a qual é descrita como um sistema social que tem como objetivo transmitir a cultura aos seus membros. Os seus elementos básicos são a estabilidade da família, o crescimento, o controle e a espiritualidade familiar, focando-se na assim na sua estrutura.

Todas estas abordagens contribuíram para a enfermagem de família, oferecendo aos enfermeiros um alicerce para compreender as famílias introduzindo assim uma visão sistémica nos cuidados de enfermagem, primeiro ao indivíduo e mais tarde à família como contexto e como unidade de cuidados. No entanto, individualmente, estas abordagens têm tendência para serem abstratas, limitando a sua aplicabilidade à prática de enfermagem de família. Após a interpretação das teorias e dos conceitos ou princípios utilizados pelas diferentes áreas do conhecimento, apresentam-se alguns modelos de enfermagem de família que tiveram origem nesses mesmos princípios e conceitos.

1.3.2 - Modelos de avaliação em enfermagem saúde familiar

O processo de enfermagem é o ponto de origem da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família. Este método inclui cinco etapas que devem ser desenvolvidas de forma sequencial: avaliação inicial ou recolha de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final.

Atualmente, existem alguns modelos e instrumentos de avaliação familiar que permitem identificar as necessidades da família bem como a sua dinâmica de forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família e assim, contribuir para a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções da prática de enfermagem junto das famílias. Alguns desses modelos de enfermagem saúde familiar são: o modelo de avaliação da intervenção familiar e inventário das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF), o modelo e formulário de avaliação familiar de Friedman, o modelo de resiliência ao stress, ajuste a adaptação familiar, o modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e o modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF) e o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF).

- **Modelo de avaliação da intervenção familiar e inventário das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF)**

O modelo de avaliação da intervenção familiar e inventário das forças de pressão do sistema familiar foi desenvolvido por Hanson e Berkley em 1991 e posteriormente

aprofundado por Hanson e Mische em 1996, que conciliaram a teoria geral dos sistemas e o modelo de sistemas de Newman. Este modelo, considera que as famílias estão sujeitas a pressões causadas por fatores stressantes e a reação da família a estas depende da profundidade com que os fatores stressantes entram na família, bem como da capacidade desta em manter a estabilidade. Existem linhas de resistência que protegem a estrutura, as funções e os recursos energéticos da família. A adaptação da família constitui o modo como ela preserva ou restaura a estabilidade diminuída após os fatores stressantes terem atravessado as linhas de defesa, alterando as funções habituais da família.

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

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

- **Modelo e formulário de avaliação familiar de Friedman**

Este modelo e formulário de avaliação familiar baseia-se na teoria dos sistemas, na teoria do desenvolvimento e na teoria estrutural funcional e foi desenvolvido pelo próprio Friedman em 1998, permitindo uma visão macroscópica das famílias.

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

- **Modelo de resiliência ao stress, ajuste e adaptação familiar**

O modelo de resiliência, stress, ajustamento e adaptação familiar foi desenvolvido por McCubbin e McCubbin em 1993 e baseia-se na teoria dos sistemas, assemelhando-se ao modelo de Newman e ao modelo de Rogers. Tem como objetivo analisar o potencial da família, valorizando os pontos fortes e os recursos da família, de modo a enfrentar situações adversas e geradoras de stress. Além disso, pretende compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias nessas situações, oferecendo assim uma estrutura para compreender a reação, ajuste e adaptação da família ao stress ao longo do tempo.

O conceito central deste modelo é a adaptação que, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993), é um processo ao longo do qual a família se empenha no sentido de responder às exigências resultantes do acontecimento stressor através da mobilização de recursos (internos e externos) e da tomada de consciência de que são necessárias mudanças no sistema familiar de forma a que a estabilidade familiar seja restabelecida e a satisfação familiar seja alcançada.

- **Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF)**

O modelo de Calgary de avaliação familiar foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey (1994, 2002, 2009). O modelo integra a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a cibernética. Centra-se na interação entre todos os membros da família permitindo conhecer a dinâmica familiar bem como identificar as suas necessidades. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2002).

Na avaliação estrutural pretende-se saber quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a família se insere. Esta categoria divide-se em três subcategorias: a interna (avalia a composição da família e as características dos seus membros e utiliza-se como instrumento de avaliação o genograma familiar); a externa (avalia as interações da família nos sistemas mais amplos, a comunidade, a família alargada, bem como as comunicações internas entre os membros da família e recorre-se ao instrumento de avaliação ecomapa familiar) e ao contexto (avalia as características etnia, raça, classe social, ambiente e religião e espiritualidade relativamente à família).

Na avaliação do desenvolvimento efetua-se o estudo do ciclo vital da família, ou seja, analisa-se todo o percurso familiar construído pela família. Esta categoria encontra-se dividida em três subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos familiares.

A avaliação funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Esta categoria é constituída por a subcategoria instrumental da família (relacionada com as atividades de vida diárias e permite determinar a capacidade da família em responder às suas necessidades) e a subcategoria expressiva (relacionada com a comunicação e a interação entre os seus membros).

Para completar o MCAF surge o modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF).

De acordo com Wright e Leahey (2002), este é um modelo organizado que tem como objetivo criar a relação das famílias com os enfermeiros, permitindo participar nas mudanças a nível cognitivo, afetivo e/ou comportamental para promover a saúde da família e dos seus membros. Simultaneamente, é um modelo colaborativo em que é valorizada a experiência dos membros da família e a experiência dos enfermeiros. Baseia-se no pensamento sistémico e nas práticas da terapia familiar e tem como conceito principal as intervenções de enfermagem com as famílias com o objetivo de promover, melhorar e apoiar o funcionamento familiar com o propósito de encontrar soluções alternativas para reduzir e aliviar o sofrimento dos seus membros.

- **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF)**

O modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar é sustentado pelo MCAIF e foi concebido por Figueiredo (2009). Este modelo pretende “dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da Enfermagem de Família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação prática” (Figueiredo, 2009, p.267).

Neste modelo, a avaliação familiar divide-se em 3 dimensões: a estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico), a de desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e a funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar).

Estes conceitos, teorias e modelos surgiram assim, para facilitar mudanças da prática da enfermagem de família baseadas em evidências científicas, demonstrando os enormes esforços efetuados para encontrar soluções a seu respeito. Neste seguimento, foram fundamentais para aplicar o processo de enfermagem à família de acordo com as

competências específicas do enfermeiro especialista de saúde familiar da Ordem dos Enfermeiros:

- Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

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

Este tema será desenvolvido no Capítulo 3 - Competências adquiridas na prática clínica.

2 - ENSINO CLÍNICO

O Ensino Clínico é um momento privilegiado de aprendizagem, no qual se pretende a promoção do crescimento pessoal e profissional do aluno de forma a adquirir e desenvolver as competências para o seu desempenho como Enfermeiro. Este processo é realizado através da sua inclusão em ambientes que promovam a saúde e combatam a doença, incentivando a mobilização de recursos individuais, a interação doente/aluno e o contacto direto com os profissionais de saúde.

2.1 - CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL INTERIOR NORTE (ACeS PIN) ONDE A UCSP DE ANSIÃO SE INSERE

O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento.

O Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior (ACeS PIN) pertence à Administração Regional Saúde (ARS) Centro (figura 1) e tem a sua sede no Centro de Saúde da Lousã, que serve os concelhos de Arganil, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Tábua e Vila Nova de Poiares (figura 2).

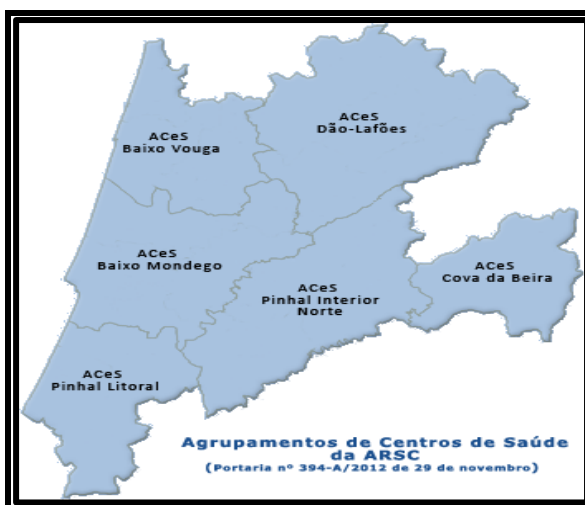


Figura 1: ACeS da ARS Centro¹

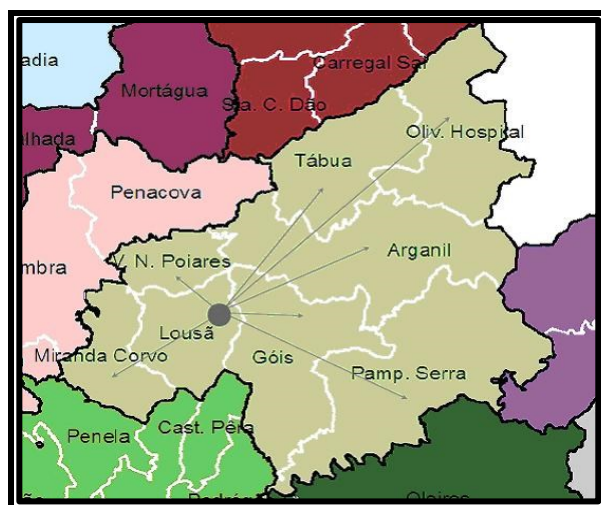


Figura 2: Centro de Saúde da Lousã e seus Concelhos²

¹ <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACeS/Paginas/aces.aspx>

² <http://www.arscentro.min-saude.pt/pinhalinteriornorte1/Paginas/default.aspx>

O ACeS PIN com cerca de 2.600 km² e 132 000 habitantes é composto por 14 municípios: Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares

De acordo com o estabelecido, os ACeS são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica visando a obtenção de ganhos em saúde para a população.

O ACeS PIN tem como objetivos desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados e de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

De entre as unidades funcionais consta a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), à qual compete prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

Assim, o ACeS PIN conta com 3 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 12 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Dispõe de 12 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade Saúde Pública (USP) e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (figura 3).

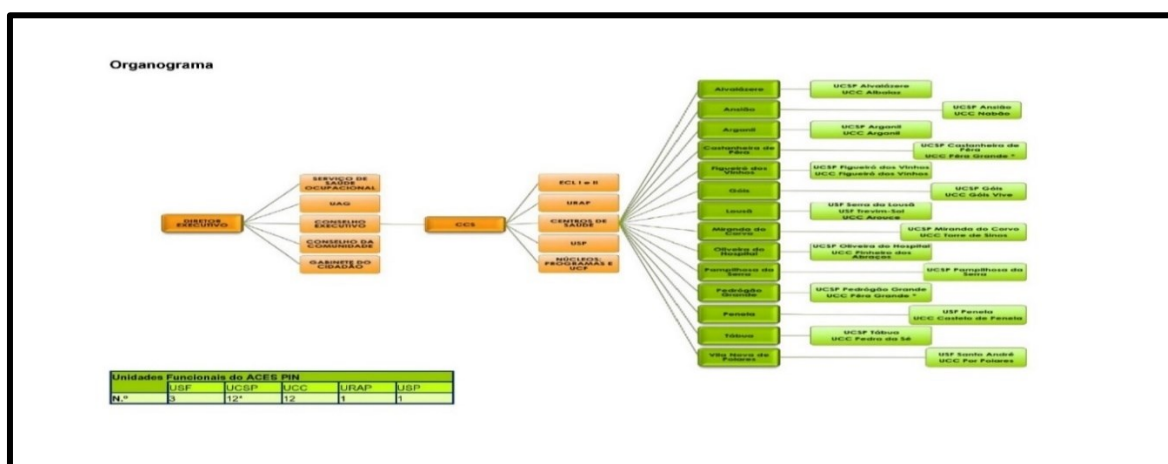


Figura 3: Organograma ACeS PIN ¹

¹ <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-do-pinhhal-interior-norte/>

Os Estágios II, III e IV decorreram na UCSP de Ansião que pertence a este agrupamento (ACeS PIN).

2.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE ANSIÃO

O Centro de Saúde de Ansião encontra-se inserido no concelho de Ansião que faz parte da Região Centro de Portugal Continental, distrito de Leiria, integrado na zona do Pinhal Interior Norte. Está abrangido pela Sub-Região do Pinhal Interior Norte juntamente com outros treze concelhos: Alvaiázere, Arganil, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares (figura 4).

A sua sede é em Ansião e serve as seis freguesias que o compõem. Desta forma, a área de influência da UCSP de Ansião coincide com as seis freguesias existentes no concelho de Ansião: Alvorge, Ansião, Avelar, Chão de Couce, Santiago da Guarda e Pousaflores (figura 5).



Figura 4: Concelhos do ACeS PIN ¹



Figura 5: Área de influência da UCSP de Ansião ²

Este Centro de Saúde foi inaugurado a 4 de abril de 1991 sendo as suas instalações na Rua Dr. Fernando Travassos 3240-110 Ansião. Tem 4 polos situados nas freguesias de Alvorge, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda. A UCSP de Ansião iniciou a sua atividade profissional a 01/10/2014.

¹ [https:// www.arscentro.min- saude.pt](https://www.arscentro.min-saude.pt)

² [https:// www.arscentro.min- saude.pt](https://www.arscentro.min-saude.pt)

2.3 - PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A contratualização é um procedimento que contribui para a melhoria organizacional e relacional de todos os intervenientes e particularmente para a promoção da melhoria contínua das Unidades Funcionais, traduzindo-se em ganhos em saúde. Esta contratualização envolve a negociação entre duas partes com partilha de responsabilidades de forma clara e efetiva, devendo ser um processo que se irá manifestar num consentimento que, para além de uma conjugação de interesses entre a administração e os profissionais de saúde, esteja orientado para resultados em saúde e satisfação dos cidadãos.

Para corresponder a este objetivo, a contratualização deve ser orientada pelo Plano Nacional de Saúde, pelos Planos Regionais de Saúde, Planos Locais de Saúde e, ao nível das Unidades Funcionais, pelos respetivos Planos de Ação.

Nas USF e UCSP existe um compromisso assistencial principal, denominado “carteira básica de serviços”, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os ACeS/ARS, nas épocas para tal definidas e revistos anualmente.

Esse núcleo base de serviços clínicos em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem de saúde familiar está organizado por áreas e subáreas de intervenção e atividade/cuidado prestado pela equipa multiprofissional (médicos e enfermeiros).

De forma a compreender o posicionamento das UCSP face à UCSP padrão, foi estabelecido um sistema para possibilitar comparativamente os indicadores contratualizados. A monitorização e avaliação das UCSP incumbem ao ACeS, num processo global de avaliação e acreditação incidindo sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação.

A escolha dos indicadores a contratualizar deve ter em conta o Plano Local de Saúde (problemas e determinantes), a sua importância (gravidade) e o impacto nos custos (eficiência) na saúde, na qualidade de vida e na satisfação dos cidadãos.

Em 2019, a UCSP de Ansião elaborou um Plano de Ação através do cumprimento de uma carteira básica de serviços avaliados através de indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nos vários programas de saúde que se propunha a atingir, tendo em 2020, reavaliado aqueles que de alguma maneira pretendia melhorar ou atingir. Desta forma, tem como programas de saúde as consultas de vigilância e promoção de saúde no âmbito: do recém-nascido, criança e adolescente (saúde infantil e juvenil); saúde de adultos; saúde

da mulher (saúde materna, planeamento familiar, aconselhamento pré-concepcional e pré-natal e puerpério); vigilância de hipertensos, diabéticos e hipocoagulados; visitação domiciliária; atendimento em situações agudas (consulta aberta); acompanhamento de doença crónica; tratamento de feridas e vacinação a crianças e adultos.

Em 31 dezembro de 2019 o Índice de Desempenho Global (IDG) da UCSP Ansião era de 68,90 de acordo com os dados da página do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Foram contratualizados 94 indicadores referente às 21 dimensões. Para 2020, a UCSP de Ansião contratualizou 108 indicadores nas 21 dimensões, tendo apresentado até ao final de janeiro de 2020 o IDG de 69,20.

2.4 - CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP

O ficheiro clínico da UCSP Ansião é distribuído pelos ficheiros dos 8 médicos de família e respetivos enfermeiros de família.

De acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP a UCSP Ansião contabilizava 12.795 utentes inscritos até 31 de janeiro de 2020, sendo 6.100 do sexo masculino e 6.695 do sexo feminino. A população inscrita na UCSP distribuía-se da seguinte forma de acordo com os dados da plataforma BI-CSP (figura 6):

- Era maioritariamente constituído pelo grupo etário entre os 50-54 anos como é possível observar na pirâmide etária seguinte, que é representativa dos utentes inscritos na UCSP;

- O número de crianças com menos de um ano era de apenas 60 e os idosos com idade superior a 100 anos eram 10, dos quais 9 do género feminino e 1 do género masculino;

- No que respeita à população feminina, 2.339 mulheres estavam em período fértil (15-49 anos);

- Da totalidade do número de utentes inscritos, 12.622 utentes possuíam médico de família (98,65%) e 75 utentes (0,59%) não possuíam.

- O Índice de Dependência Total foi de 68,51%, sendo de 52,01% o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 16,5% de dependência de jovens (< 15 anos). Verificou-se que a UCSP Ansião presta cuidados a uma população bastante envelhecida.

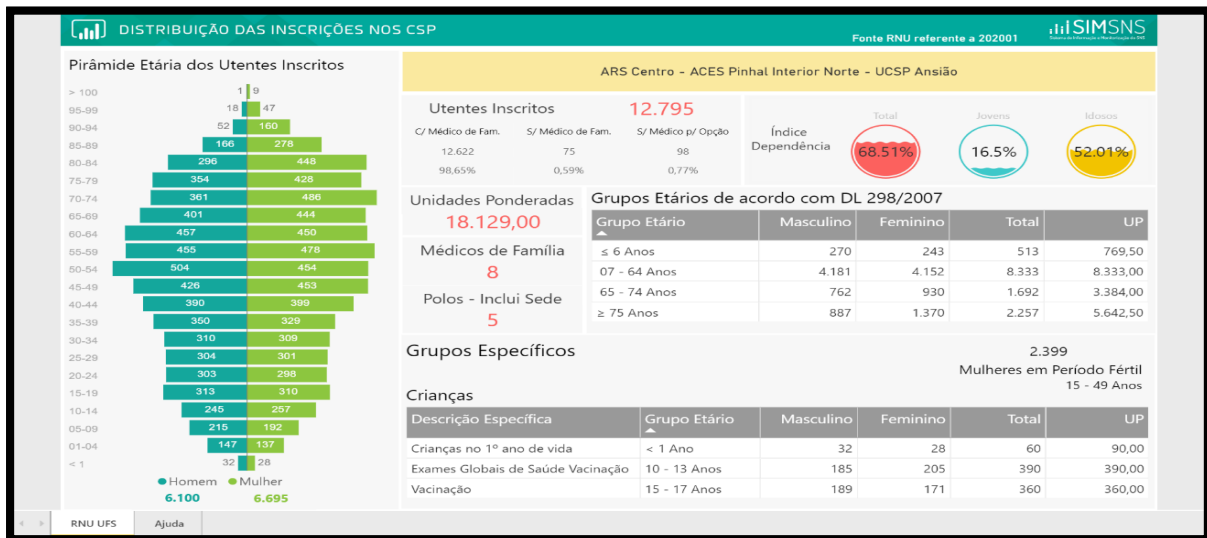


Figura 6: BI-CSP UCSP Ansião

Contudo, estão inscritos alguns utentes que pertencem a concelhos limítrofes (Alvaiázere, Penela, Pombal, Soure e Figueiró dos vinhos) que, por razões de acessibilidade, preferência de equipa de saúde ou por outras razões convenientemente justificadas optaram por utilizar os serviços disponíveis pela UCSP de Ansião. Nestas situações, estão submetidos às limitações previstas na legislação em vigor sobre os cuidados domiciliários.

2.5 - CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DE UM ENFERMEIRO DE FAMÍLIA DA UCSP ANSIÃO

O atual Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) define a norma para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem indicando como limite máximo o número de 1.550 utentes ou 350 famílias de uma determinada área geodemográfica para cada enfermeiro de família, indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela OMS.

Através dos dados fornecidos pela UCSP de Ansião e tratamento de dados (gráfico 1) foi possível concluir que o ficheiro de um enfermeiro de família da UCSP Ansião:

- Era formado por 1296 utentes (630 utentes do sexo masculino e 666 do sexo feminino);
- O grupo etário com maior representatividade foi o dos 50-54 anos (58 utentes do sexo masculino e 43 utentes do sexo feminino);

- O número de crianças com menos de um ano era apenas 6 e o número de idosos com idade superior a 100 anos eram 2;
- No que respeita à população feminina, 239 mulheres estavam em período fértil;
- O Índice de Dependência Total era de 75,13%, sendo o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) de 59,86% e 15,27% de dependência de jovens (< 15 anos). Verificou-se que o enfermeiro de família em estudo presta cuidados a uma população bastante envelhecida.
- A percentagem da população ativa deste ficheiro era de 57,1%.

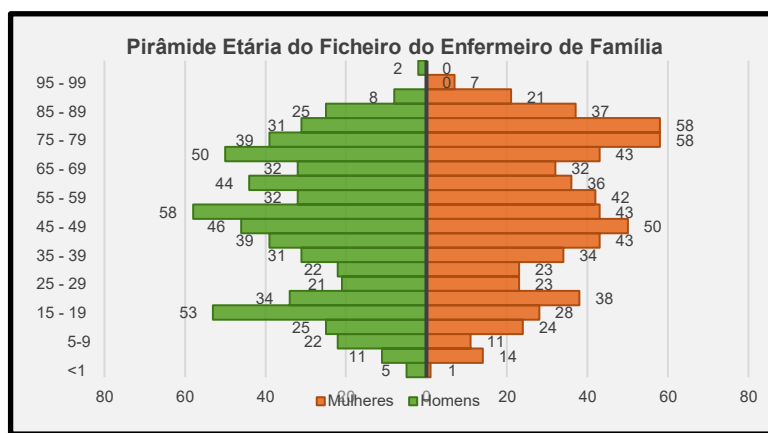


Gráfico 1: Pirâmide Etária do Ficheiro do Enfermeiro de Família

A distribuição do número de famílias do Enfermeiro de Família por área geográfica encontra-se na tabela 1.

Tabela1: Distribuição do número de Famílias do Enfermeiro de Família por área geográfica

	ÁREA GEOGRÁFICA	Nº FAMÍLIAS	Nº UTENTES
CONCELHOS LÍMITROFES	ABIUL	7	21
	AGUDA	1	1
	ALVAIÁZERE	1	4
	REDINHA	1	1
	CUMEEIRA	3	4
	DEGRACIAS E POMBALINHO	1	1
	MACAS DE DONA MARIA	3	5
	POMBAL	1	1
ÁREA DE INFLUÊNCIA: CONCELHOS	ALVORGE	7	13
	ANSIÃO	398	850
	AVELAR	25	51
	CHÃO DE COUCE	29	68
	POUSAFLORES	76	138
	SANTIAGO DA GUARDA	66	138
TOTAL		619	1296

No ficheiro do Enfermeiro de Família, 701 utentes são vigiados em pelo menos um programa de saúde na UCSP de Ansião (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Infantil e Juvenil e Saúde Materna) de acordo com a tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos Programas de Saúde e nº de Utentes no Ficheiro do Enfermeiro de Família

PROGRAMAS CONSULTAS	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSÃO ARTERIAL	PLANEAMENTO FAMILIAR	RASTREIOS ONCOLÓGICOS	SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	SAÚDE MATERNA
Nº UTENTES	116	245	148	123	205	13

3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) do Instituto Politécnico de Leiria, com o objetivo de descrever e evidenciar através de uma análise reflexiva, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar, desenvolvidas ao longo das unidades curriculares: Estágio I, II, III e IV.

Este percurso de aprendizagem permitiu o desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializados na área de Enfermagem de Saúde Familiar baseada em objetivos concretos que me propus alcançar, tendo sempre em conta as linhas orientadoras do plano de estudos da ESSLei e as competências comuns do enfermeiro especialista que se encontram no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar de acordo com Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018 da OE.

Para atingir os objetivos e competências propostas, durante os ensinamentos clínicos foi selecionada uma família pertencente ao ficheiro de um enfermeiro de família da UCSP de Ansião e efetuou-se o seu estudo. Para tal, foi aplicado o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary. Este modelo foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Ele realiza o estudo da família como um sistema e tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio. É um modelo multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. É constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A unidade curricular Estágio I decorreu na USF de Tornada e teve a duração de 54 horas.

As unidades curriculares Estágio II, III e IV decorreram no Centro de Saúde de Ansião, na UCSP e tiveram a duração de 540 horas, 270 horas e 486 horas, respetivamente. A orientação pedagógica foi realizada pelo professor João Manuel Graça Frade, docente da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Seguidamente serão descritas e analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar desenvolvidas no meu processo de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos, tendo em conta o cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, nas diferentes fases do ciclo de vida familiar ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definida pela Ordem dos Enfermeiros encontra-se no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República, estabelecendo desta forma o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades comuns em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde bem como nos diferentes níveis de prevenção. Assim, o enfermeiro especialista deve deter quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.1.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Esta área tem como objetivo desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste sentido, o atual Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde, define que a enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício, sendo estes os documentos determinantes para o exercício e boa prática da profissão.

O REPE define que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p101). Desta maneira, ao desempenhar as funções de enfermeiro, adota-se diariamente o compromisso de cuidar do outro, dos outros e da família ao longo do seu ciclo vital promovendo a sua qualidade de vida.

Considerando o Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro bem como os valores universais a observar na relação profissional que são a liberdade responsável com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça. A dignidade humana surge imperiosamente em todas as decisões e intervenções na qual está incluído o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos da vida, isto é, a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Os valores universais a ter presente na relação profissional, ligam-se diretamente com os princípios éticos. Só se pode ser responsável pelas ações que se escolheu voluntariamente realizar.

Neste sentido, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos procurei promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelo direito dos utentes/família no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral adquirida, à escolha, à privacidade e aos seus valores, costumes e crenças espirituais.

O consentimento informado, esclarecido e livre é muito importante na relação enfermeiro e utente/família. Através dele foi possível entrar no seio de uma família de forma a realizar a sua avaliação e dar continuidade ao meu processo de formação adquirindo novas competências e aperfeiçoando outras. Simultaneamente, a integração na equipa da UCSP de Ansião, possibilitou-me assistir e realizar consultas autónomas e interdisciplinares e de participar com a equipa na construção de tomada de decisões respeitantes ao processo de cuidados ao utente e família promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia.

Neste sentido, considero ter desenvolvido ações no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no meu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3.1.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades com o objetivo de contribuir na conceção, operacionalização,

divulgação e adaptação de projetos institucionais na área da qualidade, até ao nível operacional. Neste sentido, participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional agilizando a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições contribuindo na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

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

Para além destas competências, a gestão do ambiente centrado na pessoa é condição indispensável para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. O enfermeiro atua proativamente e promove a envolvência adequada ao bem-estar gerindo o risco. Neste campo de ação, fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares; fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional; colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; envolve os colaboradores na gestão do risco; coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco; colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos e coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade. Estes constituem ferramentas importantes que auxiliam o papel do enfermeiro junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

Foram identificadas seis categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação

funcional, e organização dos cuidados (Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos enfermeiros, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio e visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua principal missão incide em potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Neste sentido, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Este plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes ligados à prestação de cuidados de saúde sendo também um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos. Neste contexto, compete também às instituições de saúde adequar os recursos e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

No decorrer dos meus ensinamentos clínicos observei que os enfermeiros têm como objetivo principal a segurança do utente e família, baseando a sua prática em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar com o objetivo de uma melhoria de qualidade constante e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Nesta continuidade, desenvolvi a minha prática com base no cumprimento dos protocolos, normas e orientações existentes visto que eles permitem a uniformização de procedimentos, a redução da ocorrência do erro humano e ao mesmo tempo a realização de cuidados de qualidade.

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

Durante os ensinamentos clínicos tive a oportunidade de consultar o plano de formação anual que é elaborado no final de cada ano com base nas necessidades formativas manifestadas pelos profissionais da equipa. Neste cenário, foi realizado e apresentado o trabalho

“Articulação interprofissional e Saúde Familiar” em conjunto com a minha colega de estágio e de curso, Cristina Carvalho para colmatar as dificuldades sentidas pela equipa da UCSP.

Para além desta formação, ao longo dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de:

- Assistir a uma formação profissional “Sistemas de Informação em Enfermagem - CIPE e SClínico” leccionada pela Ordem dos Enfermeiros:

- Manusear o programa informático SClínico com a colaboração dos elementos da equipa durante as consultas;

- Manusear os programas “TAONET” para utentes hipocoagulados, “SIMA Rastreios” para utentes que realizam rastreios do cancro colo do útero e cólon retal e “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” para utentes dependentes que necessitam de reabilitação e/ou manutenção motora e/ou descanso do cuidador;

- Participar, conjuntamente com a equipa profissional da UCSP de Ansião e UCC de Nabão, numa caminhada que teve como objetivo alertar a população para o cancro da pele e promover o convívio entre a população e as unidades de saúde. Neste sentido, eu e a minha colega de estágio e de curso, Cristina Carvalho, elaborámos um folheto informativo “Prevenção do Cancro da Pele” que foi oferecido aos participantes do passeio e que permanecerá na UCSP para os utentes da unidade;

- Apresentar o “Modelo de Calgary - Avaliação Familiar”;

- Apresentar o estudo de caso “Processo Familiar: Avaliação Familiar segundo o Modelo de Calgary” à equipa de Enfermagem da UCSP de Ansião realizado durante o ensino clínico;

- Apresentar o trabalho “Articulação interprofissional e Saúde Familiar” elaborado com a minha colega de estágio e de curso, Cristina Carvalho durante o ensino clínico à equipa de enfermagem da UCSP de Ansião e UCC de Nabão.

Estas atividades contribuíram para a minha formação e de certa forma, uma mais valia para a equipa, de modo a continuar a proporcionar melhor qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Desta forma, considero ter desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade.

Simultaneamente, em todas as ocasiões procurei criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

3.1.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

Esta área tem como objetivo gerir os cuidados de enfermagem da forma mais adequada, otimizando a resposta da equipa em articulação com a equipa multidisciplinar, identificando e ajustando os recursos às necessidades garantindo assim a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e dos cuidados. Para tal, o enfermeiro especialista disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; colabora nas decisões da equipa de saúde; melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde; orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; cria guias orientadores das tarefas a delegar; utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar; avalia a execução das tarefas delegadas; aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; implementa métodos de organização do trabalho adequados; coordena a equipa de prestação de cuidados; negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa; fomenta um ambiente positivo e favorável à prática; aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado; adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências e usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

Neste quadro, aos enfermeiros especialistas são exigidas competências na área da gestão, sendo que estas fazem parte importante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais, mas também a gestão de recursos humanos, instalações e equipamentos, e também a gestão dos cuidados. Estas competências ganham especial importância quando têm como alvo a segurança e a melhoria contínua dos cuidados.

No decorrer dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de acompanhar e de participar em momentos de verdadeira aprendizagem com a enfermeira chefe, especialista em Enfermagem Comunitária e orientadora dos estágios no desempenho das suas funções nomeadamente no que se refere à gestão de recursos humanos e materiais e assessoria aos enfermeiros e equipa. Para além destas atividades, tive a oportunidade de participar na organização, inventário e reposição de stock do armazém de material clínico e não clínico conforme as necessidades do serviço.

Desde a constituição da Ordem dos Enfermeiros que a dotação de enfermeiros constitui um dos seus principais focos de atenção, tornando-se pública a primeira divulgação sobre dotações seguras em enfermagem em 2006, apoiada pelo *International Council of Nurses*.

O atual Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros aprova a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Este regulamento define as condições indispensáveis quanto às orientações e regras necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação. Neste seguimento, contribui simultaneamente para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população protegendo a saúde e a segurança dos destinatários de cuidados de saúde, bem como dos próprios profissionais envolvidos. Desta forma, é considerado um instrumento de apoio à gestão, cabendo em exclusivo aos enfermeiros, o cálculo das dotações seguras e a avaliação do seu cumprimento.

É consensual a definição de que o rácio adequado deve conter aspetos tais como as competências profissionais, a arquitetura da instituição e a descentralização de serviços, entre outros. Como tal, em “defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses (...) todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário.” (Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Neste seguimento, verifiquei que os enfermeiros que pertencem à UCSP de Ansião possuem no seu ficheiro o número de utentes recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, contudo, se forem contabilizados o número de famílias, isso já não se verifica. Para as UCSP o recomendado é um enfermeiro por 1.550 clientes, ou um enfermeiro por cada 1917 unidades ponderadas ou um enfermeiro por 350 famílias (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Neste campo de ação, considero ter gerido os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

3.1.4 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste campo de ação é necessário existir uma avaliação das capacidades e competências do enfermeiro bem como a identificação dos seus pontos fortes e fracos, ou seja, demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto

singular, profissional e organizacional. Desta maneira, o enfermeiro especialista otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; consciencializa a influência pessoal na relação profissional; otimiza a congruência entre auto e heteropercepção; gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; atua eficazmente sob pressão; reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade e utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Simultaneamente, consolida os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Neste sentido, atua como formador oportuno em contexto de trabalho; diagnostica necessidades formativas; gere programas e dispositivos formativos; favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; avalia o impacto da formação: atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; investiga e colabora em estudos de investigação; interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discute as implicações da investigação; contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada; possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada; revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas; usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados e assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Em qualquer contexto clínico, torna-se fundamental a interação do estudante sob a orientação de profissionais que o auxiliem a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspetiva de construção do seu profissionalismo e da sua identidade profissional, através da mobilização dos conhecimentos adquiridos e emergentes. A minha integração e adaptação ao ensino clínico foi ligeiramente difícil. Contudo, com o decorrer do mesmo e com o esforço, dedicação, empatia e aceitação de toda a equipa da UCSP de Ansião considero que consegui integrar-me e adaptar-me não só enquanto estudante de mestrado, mas também como colega. Pude verificar que, de um modo geral, os elementos da equipa demonstravam respeito mútuo e reconhecimento pelas funções de cada um, assumindo-se

como uma relação profissional sólida baseada na confiança, promovendo a expressão de ideias e opiniões distintas tendo sempre o mesmo objetivo: o melhor cuidado. Estes requisitos foram essenciais e de extrema importância para a minha formação bem como para melhorar a prestação de cuidados.

Como já foi referido anteriormente, o enfermeiro especialista deve ter sempre presente a constante necessidade de desenvolvimento cognitivo, de formação contínua e atual, baseando a sua prática na evidência científica sólida e documentada, devendo sempre que possível, transmitir esses mesmos conhecimentos aos seus pares em momentos formativos (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Neste caso, procurei obter sempre informações nas várias pesquisas bibliográficas realizadas e nas partilhas de experiências com os enfermeiros orientadores e outros enfermeiros do serviço que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem revelando-se enriquecedoras no meu processo de aprendizagem.

A presença em algumas formações e realização de alguns trabalhos, já referidos anteriormente, bem como a execução do trabalho de investigação que visa abordar a componente de investigação e que se encontra na Parte II do presente relatório, contribuíram para ter adquirido e desenvolvido uma quantidade significativa de novos conhecimentos científicos que se revelaram como fundamentais no meu processo de desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista. Assim sendo, considero ter desenvolvido o meu autoconhecimento e a minha assertividade baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

O perfil das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar definida pela Ordem dos Enfermeiros encontra-se no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. As competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar dividem-se em duas áreas:

- a) Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

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

Para atingir os objetivos e competências propostas, durante os ensinamentos clínicos foi selecionada uma família pertencente ao ficheiro de um enfermeiro de família da UCSP de Ansião e efetuou-se o seu estudo elaborando planos de cuidados, tanto a nível individual como familiar, em que constavam os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os objetivos pretendidos de modo a obter ganhos em saúde. Conjuntamente a este objetivo, foram descritas as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar bem como as atividades realizadas durante o processo que permitiram a aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O processo de enfermagem encontra-se no Apêndice I.

3.2.1 - Competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Neste campo de ação, o enfermeiro especialista cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Para esse fim, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar:

1 - Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, abordando a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades, estimulando a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma e estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde, reforçando os pontos fortes da família no âmbito da saúde, concebendo um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma;

2 - Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família, solicitando o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde; integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal; utiliza instrumentos de avaliação familiar; identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões; avalia a capacidade

da família para se manter unida, agilizando processos de mudança e apoiando todos os membros na sua interação com o meio ambiente e identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida;

3 - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, mobilizando conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão; analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas; considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas e avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente;

4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica utilizando um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar; capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde criando um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis; analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família e colabora com ela no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma;

5 - Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas promovendo o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. Para alcançar esse objetivo utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família; codesenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde; incorpora respostas comportamentais biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem; integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar; desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar; garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados, promovendo ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde;

6 - Facilita a resposta da família em situações de transição complexa, encorajando a mesma a partilhar a sua história promovendo o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança. Neste seguimento, identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria

dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio; identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança; explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos; analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos; dá feedback à família de forma sistemática, centrando -se nos seus pontos fortes; discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisando os desafios que a sua realização implica e partilhando observações sobre o seu crescimento, incentivando assim ao feedback familiar e documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente;

7 - Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, procurando orientação a fim de melhorar a sua práxis em enfermagem de saúde familiar. Assim, avalia continuamente a sua prática, no sentido de melhorar o seu desempenho refletindo sobre as interações enfermeiro/família. Simultaneamente, avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados; presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados; promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar e colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar;

8 - Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem criando momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados; avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Neste âmbito, foi realizada a avaliação de uma família através da aplicação do Modelo de Calgary e alguns instrumentos de avaliação (Genograma, Ecomapa, Escala de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, Escala de Avaliação Social de Grafar, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, Escala FACES II adaptada, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal e Questionário das Forças Familiares) que permitiram reforçar essa mesma avaliação familiar.

Ao longo da avaliação, tive em consideração a etapa do desenvolvimento familiar e individual de modo a identificar as tarefas e vínculos existentes neste período de crise e os recursos internos e externos. Foram elaborados diagnósticos de enfermagem e cumpridas algumas das intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades da família.

Para este procedimento se realizar foram efetuadas três visitas domiciliárias com a colaboração da equipa de enfermagem e auxiliares após marcação prévia pela enfermeira de família. A família demonstrou uma grande confiança com a sua enfermeira de família e com outros enfermeiros da equipa da UCSP, o que facilitou a minha presença como estagiária no seio familiar de modo a conseguir realizar a entrevista para o estudo. Verifiquei que o diálogo e a disponibilidade da minha parte para com a família e vice-versa facilitou o processo terapêutico de modo a auxiliá-la no processo de crise que estavam a atravessar.

Toda a dinâmica e ligação na UCSP e todo o contato com a família, juntamente com novas experiências vivenciadas, permitiram-me ter uma visão mais ampla de como cuidar de uma família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

Desta forma, foi possível:

- Estabelecer uma relação com a família de modo a promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas estimulando-a na consecução dos seus objetivos, seguindo o seu ponto de vista;

- Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família utilizando instrumentos de avaliação familiar (Modelo de Calgary, genograma, ecomapa, entre outros instrumentos), avaliar a sua capacidade para se manter unida, agilizando processos de mudança e apoiar todos os membros na sua interação com o meio ambiente e identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida;

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

- Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseado na evidência científica capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde e colaborando com a mesma no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados por si desejados;

- Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, promovendo o diálogo de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos e desenvolvendo com a mesma, maneiras de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar;

- Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa analisando com a mesma os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos;

- Envolver-me de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar procurando orientação a fim de melhorar a minha prática, elaborando um plano de cuidados de intervenção à família (estudo de caso), prestando cuidados de enfermagem de saúde familiar ao utente e à família nas visitas domiciliárias com o enfermeiro orientador e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.

3.2.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família. Ele articula com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde familiar; referência a família para outros profissionais de saúde de forma a orientá-la para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais; gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família e assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Simultaneamente, gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção participando no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família e utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Neste seguimento, a família em estudo teve a necessidade de recorrer a outros recursos e desta forma foi orientada para outros profissionais. A equipa de UCC Nabão foi bastante recetiva e desta forma promoveu-se a colaboração entre equipas. Durante o ensino clínico foi

possível participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados de saúde à família em estudo com a enfermeira de família e com a restante equipa da UCSP de Ansião e UCC Nabão.

A articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família proporcionou a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde e a referenciação da família em estudo para outros profissionais. Para além disso, participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar e criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção permitiu gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Em síntese, este percurso de aprendizagem permitiu:

a) Reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica, possibilitando identificar a família como um sistema social que se auto define e que desenvolve funções internas e externas, específicas do seu desenvolvimento. Para além disso, possibilitou reconhecer a unicidade da família, perspetivando-a num contexto desenvolvimental ecossistémico e interpretar a unidade familiar incorporando as suas múltiplas formas de organização, associadas à diversidade de configurações familiares. Posto isto, foi também possível identificar a família como um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de suprasistema mais amplo;

b) Conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital. Para esse fim, reconhecer a relação entre os níveis de saúde individual e familiar, percebendo os diferentes níveis de saúde entre membros da família; identificar o ciclo vital como o percurso transversal previsível a todas as famílias com eventos típicos associados a entradas e saídas de elementos; diferenciar os fatores de stress familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença, que ocorrem no seu percurso de desenvolvimento e identificar os processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família, foram saberes adquiridos ao longo da formação;

c) Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases do mesmo. Neste âmbito, na abordagem familiar, foi possível identificar as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente utilizando diversos níveis de abordagem familiar de acordo com o contexto de cuidados e considerando que qualquer que seja o nível de cuidados, serão mais

eficazes quando é dada maior ênfase à família. Para tal, foram utilizados modelos conceptuais de enfermagem de família que orientaram tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções tendo em conta o reconhecimento e o respeito pela competência da família para tomar decisões, gerir o seu modo de vida e abordar a doença;

d) Realizar a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados, à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Neste contexto, avaliar o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos seus membros; avaliar a funcionalidade da família pelo equilíbrio dinâmico entre a harmonização das forças que a impellem para a mudança e os mecanismos que apoiam a estabilidade do sistema; integrar na avaliação a perceção de todos os membros quanto ao funcionamento da família; analisar a perspectiva dos valores e crenças da família na compreensão dos seus processos de transição; identificar o estágio do ciclo vital que mais se adequa à família, focando-se nas tarefas que concorrem para o seu desenvolvimento; identificar os recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição e avaliar as suas preocupações relacionadas com a saúde, os seus pontos fortes e limitações só foi viável, utilizando diferentes estratégias e outros meios de avaliação culturalmente adequados na recolha de dados. A utilização de diferentes instrumentos permitiram a sistematização da avaliação familiar de modo a efetuar a avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar bem como a análise dos dados objetivos e subjetivos que asseguraram uma prestação de cuidados mais seguros à família;

e) Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar. Nesta perspectiva, foi possível demonstrar conhecimentos que permitiram a identificação de novos focos de atenção face à alteração do funcionamento da família ou do estado de saúde de um dos membros e realizar diagnósticos de necessidades específicas da família com base nos problemas por si percebidos, tendo em conta os dados colhidos relativos à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais. Simultaneamente, foram mobilizados conhecimentos aprofundados para situações que comprometem as tarefas fundamentais ao desenvolvimento familiar e utilizados modelos, como a gestão de casos da família e outros, apropriados para trabalhar com as famílias no planeamento de cuidados;

f) Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar mudanças no funcionamento familiar enumerando os problemas identificados e priorizando-os de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos para o restabelecimento da saúde familiar. Para alcançar esse fim, colaborei com a família e os seus membros no sentido de enfrentar as alterações da situação de saúde e abordar situações de

stress; promovi o seu comprometimento com os objetivos estabelecidos com base num processo de negociação com a mesma e fomentei a participação da família, de acordo com os seus recursos internos e externos, incentivando os seus membros a explorar possíveis soluções para os problemas. Neste seguimento, foi possível validar com a família as intervenções para os problemas identificados, verificando se estas permitiam fortalecer a capacidade funcional da família, mobilizando com a mesma, outros recursos para a maximização do seu potencial de saúde. Em qualquer contexto de prestação de cuidados à família foram tomadas decisões fundamentadas com base na evidência científica, mas esteve sempre presente a compreensão e a disposição para incorporar nos cuidados as práticas curativas tradicionais benéficas ou inócuas que as famílias utilizam. As intervenções de enfermagem integraram respostas afetivas e cognitivas que decorreram no contexto da interação entre enfermeiro e família, utilizando métodos participativos que interessam e promovem a sua capacidade para os seus próprios cuidados de saúde.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico caracteriza-se pela definição de um tema ou de uma área de investigação. Para que o estudo seja possível, o seu domínio deverá ser delimitado de forma organizada no que se refere à formulação de ideias e à documentação científica alusiva a um conteúdo específico, o que levará a uma conceção clara e estruturada do objeto em estudo (Fortin, 2009).

Os cuidados de enfermagem à família têm sido influenciados pelos acontecimentos históricos, sociais e profissionais. A teoria, a prática, o ensino e a investigação, bem como, as políticas internacionais e nacionais, são disso exemplo (Hanson, 2005).

Desde 1971, Portugal tem sido pioneiro em muitas reformas tendo considerado os cuidados de saúde primários (CSP) como a principal “porta de entrada” no sistema de saúde e consagrado o conceito de centro de saúde como elemento de base para a proteção e fomento da saúde nas comunidades.

Com a criação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde em 1971 é destacado o enquadramento social das atividades da saúde e da assistência à família, enquanto instituição básica do desenvolvimento integral do homem e a primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros (Silva et al., 2013).

Em 1983, dá-se a reestruturação dos CSP com a criação dos centros de saúde de segunda geração. Eram unidades prestadoras de cuidados primários orientadas para o indivíduo, família e comunidade, privilegiando as relações entre os profissionais de saúde e os utentes.

No ano 2000, na Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS - Região Europeia, perspetivou-se o enfermeiro como pivot central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (World Health Organization, 2000).

Nas políticas de Saúde Para Todos no Século XXI também é evidenciado o papel do enfermeiro de família e defendida a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com maior ênfase nos CSP, aludindo-se ao enfermeiro de Saúde Familiar como o profissional de saúde responsável por proporcionar um amplo leque de aconselhamento acerca de estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários a um número limitado de família (OMS, 2003).

Com a nova reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, volta a dar-se relevo às USF e às equipas multiprofissionais de saúde, levando à reconfiguração dos centros de saúde

e implementação das USF. Foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família como elemento facilitador do desenvolvimento do modelo de trabalho em equipa, a necessidade de clarificação do papel profissional aos utentes e a outros parceiros profissionais, devendo aproveitar-se a proximidade das famílias no acesso aos cuidados para evidenciar oferta de cuidados terapêuticos, de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida (Silva et al., 2013).

Para além das políticas nacionais realçarem a importância da família nos cuidados, também os Planos Nacionais de Saúde: 2004-2010 e 2012-2016, evidenciam a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, com base numa perceção mais integrada dos problemas de saúde. O recente Plano Nacional de Saúde, revisto e alargado a 2020, promove uma relação de continuidade e proximidade baseada na confiança entre enfermeiros e cidadãos enfatizando o papel do enfermeiro na personalização dos cuidados e na responsabilização do cidadão pela sua própria situação de saúde.

Nas diretrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, é demonstrada a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro com esta estabelece no processo de cuidados (Silva et al., 2013). É defendido que, se os enfermeiros acreditarem que a família e o relacionamento com ela são importantes para a qualidade dos cuidados, estarão mais propensos a iniciar interações com as famílias (Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K., Berg, A. & Saveman, B., 2008b).

O conceito de atitude surge assim como um conjunto de visões mentais e de avaliações, relativamente a uma ideia, objeto ou uma pessoa, patente numa combinação de crenças, sentimentos ou avaliações (Gleitman, Fridlund & Eisberg, 2011), podendo ser considerada uma resposta a um estímulo. A presença da família no ambiente de cuidado em saúde é o estímulo necessário para desencadear as atitudes que o enfermeiro assumirá para com ela, refletidas em sentimentos e emoções, pensamentos e crenças, e nas tendências para reagir Angelo, M., Cruz, A. S., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014).

A participação da família nos cuidados é reconhecida como essencial para o atendimento das suas necessidades e para o bem-estar de todos os membros. Neste sentido, providenciar cuidados centrados na família significa que o profissional agrega ao cuidado e, desta forma, o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida de cada um dos seus elementos que, por sua vez, são afetados e igualmente afetam aqueles com

quem têm relacionamentos, e ainda que, ao incluir as famílias no processo de cuidar, os seus elementos receberão cuidado com maior qualidade (Angelo, et al., 2014).

Nesse contexto, as atitudes dos enfermeiros em relação aos indivíduos e às famílias refletem a importância que atribuem ao sistema familiar no processo de cuidado, ditando o tipo de relacionamento que se estabelecerá entre as partes. Manter uma atitude de apoio constitui um importante pré-requisito para apelar à participação das famílias nos cuidados de enfermagem, podendo tais atitudes estimular atitudes facilitadoras entre enfermeiros e famílias (Angelo, et al., 2014).

Prover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem de Família pode ampliar a sua maneira de trabalhar com famílias e modificar o seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família, tornando-o capaz de considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e a importância do cuidado da família e das suas experiências de saúde e doença (Angelo, et al., 2014).

Atualmente, os enfermeiros começam a reconhecer a importância do contributo das famílias nos cuidados de enfermagem e a olhar as suas necessidades (Wright & Leahey, 2009). Para tal, é necessário um repensar de dimensões pessoais, organizacionais, políticas e sociais, extrapolando apenas a dimensão biológica a qual até agora foi a mais valorizada. Na atualidade, existem tipologias de famílias tão distintas e com grande variedade dinâmica, o que vai exigir dos enfermeiros diferentes atitudes perante a individualidade de cada família.

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

Dada a variação de atitudes para com as famílias entre os profissionais de enfermagem torna-se elementar a sua sensibilização para a importância que as suas atitudes para com as famílias têm e que repercussões delas advêm para o doente, família e enfermeiro para a qualidade dos cuidados.

Enquanto conceito, a Enfermagem de Família apresenta-se como uma abordagem aos cuidados da família. Sendo principalmente fundamentada em teorias de enfermagem, possui também influência de outras áreas científicas como a teoria geral dos sistemas ou as teorias da mudança e da adaptação (Santos, 2012).

O enfermeiro de família, regulado pelo Decreto-Lei n.º 118 de 5 de agosto de 2014, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas

diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis (...) contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O enfermeiro de família direciona a sua prática para auxiliar pessoas e famílias a ultrapassar situações de crise ou vulnerabilidade, assim como a lidar com inabilidades crónicas, oferecendo a maior parte desta prática ao acompanhamento de cada indivíduo/família no seu ambiente natural. A sua prática não se limita às diligências para a recuperação, alargando-se à prevenção de comportamentos de risco e ensino de estilos de vida que visem a manutenção da saúde.

Araújo (2010) refere que as alterações que têm vindo a acontecer no contexto social evidenciam a identificação de novas necessidades na área da saúde, exigindo que a prática profissional centrada na família adote um modelo integrador, onde os problemas individuais devem ser vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Oliveira et al. (2009) realçam a importância da investigação na área da saúde familiar, com o propósito de melhorar os cuidados de saúde prestados neste contexto, adotando a escala de “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa, instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação.

Em todos os contextos em que operam, os enfermeiros direcionam a sua prática para a família com o intuito de intervir tanto na família como uma unidade como em cada um dos seus elementos em particular (Figueiredo, 2009).

Neste sentido, como futura Enfermeira de Família, surgiu a necessidade de conhecer a atitude dos Enfermeiros quanto à importância da família no cuidar.

A investigação teve início com as indecisões acerca do tema, o que levou a uma meditação, de modo a dar resposta às minhas motivações, desejos, necessidades pessoais e profissionais e ter aplicabilidade prática. Só assim se tornava verdadeiramente interessante.

O presente estudo “Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” surge no culminar do processo formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem

Comunitária na área de Saúde Familiar tendo em vista o desenvolvimento de competências como futura enfermeira de Saúde Familiar pretendendo o desenvolvimento pessoal e profissional na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

O estudo empírico encontra-se dividido em 4 capítulos: o 1º capítulo refere-se ao enquadramento teórico e o 2º capítulo ao enquadramento metodológico. No seu seguimento, apresenta-se no 3º capítulo os resultados do estudo e a sua análise. O 4º capítulo exhibe a discussão dos resultados obtidos, estabelecendo associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos semelhantes ao realizado. Para finalizar, apresentam-se as conclusões do estudo.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico aglomera procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Nesta etapa, especifica-se o tipo de estudo realizado, a conceptualização, a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos de recolha de dados e estatísticos (Fortin, 2009).

É neste contexto que Fortin (2009) salienta que “a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” e “quer o método quantitativo, como o qualitativo são técnicas que permitem a conduta de uma investigação” (p. 4).

Sendo a investigação um processo metódico, rigoroso e científico com a intenção de desenvolver o conhecimento nas diversas áreas, faz todo o sentido, este processo ser benéfico no desenvolvimento da enfermagem, dando resposta a perguntas e resolvendo problemas em benefício do utente/família. A enfermagem como todas as disciplinas necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos, de forma a alcançar a autonomia, o prestígio e a sua credibilidade (Araújo, 2010).

O conhecimento que resulta da investigação em enfermagem permite exercer a prática com base na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. A enfermagem, enquanto disciplina, sustenta-se na investigação sobre focos de atenção, intervenções e resultados (OE, 2006).

Face ao enunciado, a fase metodológica do trabalho de investigação sobre a temática “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” é constituída por a contextualização do estudo, o tipo de estudo, os objetivos, a questão de investigação, as hipóteses, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, a operacionalização das variáveis, o procedimento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico.

2.1 - TIPO DE ESTUDO

Com vista ao alcance dos objetivos propostos: “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros”, definiu-se como metodologia um estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal, de modo a descrever as atitudes

dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem e estabelecer relações destas atitudes com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

A metodologia quantitativa é especialmente planeada para produzir medidas precisas e confiáveis mediante condições de muito controlo com recurso a procedimentos estatísticos para tratamento da informação (Fortin, 2009; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Para além de quantitativo, o estudo é descritivo o que permite descrever os acontecimentos referentes a uma população, possibilitando aumentar os conhecimentos sobre as particularidades de um problema; é analítico e correlacional, permitindo efetuar a análise dos dados e relacioná-los, estabelecendo relações entre as variáveis e transversal, incidindo num único grupo representativo da população em estudo, sendo a sua avaliação realizada em um único momento. Neste estudo, os dados foram reunidos entre 10 de fevereiro e 23 de março de 2020.

2.2 - OBJETIVOS

Os objetivos são enunciados na forma declarativa que especificam e evidenciam as variáveis, o teor de estudo e a população. Uma vez que os objetivos do estudo são as principais orientações do mesmo, é necessário que o investigador os tenha sempre presentes durante todo o trabalho final de curso (Fortin, 2009; Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

O presente estudo tem como objetivo geral:

- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Como objetivos específicos:

- Conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar;
- Associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família.

2.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação integra um elemento fundamental do início de uma investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população que se pretende estudar (Fortin 2009; Quivy & Campenhoudt, 1998).

Para a realização do presente estudo, delineou-se a seguinte questão de investigação:

“Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem?”.

2.4 - HIPÓTESES

As hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema da investigação e que poderão ser confirmadas ou rejeitadas com a evolução da pesquisa. Elas são um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provém da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos (Fortin, 2000; Vilelas, 2009).

Para este estudo, formulou-se um conjunto de hipóteses para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família e as variáveis sociodemográficas e profissionais, que se descreve de seguida:

H1 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

H2 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

H3 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas.

H4 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

H5 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização.

H6 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem saúde familiar.

H7 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e os anos de experiência profissional.

H8 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o serviço onde o profissional exerce as suas funções.

H9 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

H10 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o método de organização dos cuidados.

H11 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a abordagem geral para o cuidado das famílias

H12 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

H13 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o estabelecimento dos enfermeiros inquiridos.

2.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida por um conjunto de sujeitos ou elementos de um grupo definido, que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação (Fortin, 2009), ou ainda, por uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit et al., 2004).

Esta população raramente é acessível ao investigador, pelo que este vai estudar a população acessível, com o objetivo de a generalizar à população alvo.

Por população alvo, entende-se o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações. A amostra refere-se aos casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que estão ao alcance do pesquisador (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

Sendo o objetivo deste estudo analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e as possíveis relações ou diferenças com fatores sociodemográficos e profissionais, selecionou-se como população os Enfermeiros.

Assim, a amostra do presente estudo é constituída por 6 enfermeiros do Centro de Saúde de Ansião e 7 enfermeiros do 3º Curso Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria que acederam participar e que se encontram em exercício na prática direta dos cuidados, contactando por isso com familiares dos utentes.

2.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O questionário aplicado no estudo encontra-se no Anexo I e é constituído por duas partes distintas. A primeira parte do questionário é composta por as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, de modo a obter dados para a

caraterização da amostra. A segunda parte é constituída pela escala " Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros" (IFCE-AE). A escala é uma adaptação da Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por enfermeiros e investigadores, nomeadamente Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman (Benzein et al., 2008a).

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizada por Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., ...Martins, M. (2011).

Este instrumento de colheita de dados pretende medir as atitudes dos enfermeiros, sobre a importância de cuidar famílias. Desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do que relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas importantes. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009).

A versão portuguesa da escala IFCE-AE com 26 itens contempla três dimensões: Família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens), sendo o score variável entre 12 a 48; Família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens) com score variável entre 10 a 40 e Família como um fardo (4 itens), com score variável entre 4 a 16. Para a sua análise utiliza-se uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4) num intervalo de 26 a 104 pontos (Oliveira et al., 2011), como se pode verificar no quadro 1 (página seguinte).

Quadro 1: Versão portuguesa da escala IFCE-AE

Dimensões	Item	Indicadores	Score
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente	Entre 12 e 48
	6 - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente		
	9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro		
	12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente		
	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		
	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			
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1 - É importante saber quem são os membros da família do utente	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente	Entre 10 e 40
	3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho		
	5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)		
	7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança		
	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		
	13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos		
	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		
Família como um fardo	2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente	Entre 4 e 16
	8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias		
	23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar		
	26 - A presença de membros da família deixa-me em stress		

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

Consistência interna da Escala IFCE-AE

Na escolha do instrumento pesou, essencialmente, o carácter de desenvolvimento de estratégias impulsionantes de atitudes de suporte nos cuidados prestados pelos enfermeiros promovendo as práticas promotoras de saúde familiar e o grau de fiabilidade encontrado por Oliveira et al. (2009, 2011), na sua aplicação à população portuguesa, conforme se verifica na tabela 3.

Tabela 3: Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa

Dimensões	Itens	α Cronbach (adaptação Portuguesa)
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84
Família: fardo	2, 8, 23 e 26	0,49
α Cronbach da Escala total		0,87

Fonte: Oliveira et al. (2011)

A consistência interna no estudo realizado por Oliveira et al. (2011), 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 (Oliveira et al., 2011).

O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, de forma a estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em pesquisa. Ele mede a correlação entre as respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos participantes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. É calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição, podendo variar de 0 a 1.

Na opinião de Gliem e Gliem (2003), não há limite inferior para o coeficiente, sendo que, um coeficiente de alfa mais próximo de 1, maior será a consistência interna dos itens da escala. Alguns autores sugerem que a consistência interna dos itens deva ser classificada da seguinte forma: valores $\geq 0,9$ são considerados excelentes; $\geq 0,8$ são considerados bons; $\geq 0,7$ são aceitáveis; $\geq 0,6$ são questionáveis; $\geq 0,5$ são pobres e $\leq 0,5$ são considerados inaceitáveis (Gliem & Gliem, 2003).

No sentido de verificar a consistência interna do instrumento de recolha de dados para a presente população, foi calculado o α de Cronbach, para o resultado total da escala e de cada uma das dimensões da escala do presente estudo.

A avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE do estudo atual, determinou um $\alpha=0,836$. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,879 e 0,696 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a constituem. Na tabela 4 encontram-se os resultados obtidos, para uma melhor análise e compreensão.

Tabela 4: Análise da fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE adaptação portuguesa e no estudo atual

Dimensões	Itens	α Cronbach (adaptação Portuguesa)	α Cronbach (estudo atual)
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,879
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,696
Família: fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,746
α Cronbach da Escala total		0,87	0,836

De seguida, apresenta-se a operacionalização das variáveis do estudo.

2.7 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Segundo Vilelas (2009), operacionalizar variáveis, significa definir os conceitos de forma a que possam ser observados e medidos.

Uma variável representa uma qualidade, uma propriedade ou uma característica de pessoas, de objetos ou de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, sendo consideradas unidades de base de investigação (Fortin, 2009).

As variáveis são características que podem variar perante uma situação experimental. Estas são mensuráveis e observáveis, podendo apresentar diferentes valores ou ser agrupadas em categorias (Almeida & Freire, 2008; Ribeiro, 2008).

Relativamente ao papel das variáveis, existem as variáveis independentes, ou seja, afetam outras variáveis, mas não estão obrigatoriamente relacionadas com as mesmas e as variáveis dependentes, que durante a investigação podem ser alteradas devido à sua relação com as variáveis independentes (Almeida & Freire, 2008).

Fortin (2009) considera que a operacionalização de um conceito é o processo pelo qual a variável traduzida, especificando as suas dimensões e determinando os indicadores para a sua medição.

Neste estudo, foram escolhidas variáveis que foram consideradas relevantes para descrever a “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros”.

Relativamente às variáveis, considerou-se a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar como variável dependente e como variáveis independentes considerou-se as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.

A operacionalização da variável dependente teve por base a Escala IFCE-AE- “A importância das famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros” validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011). A atitude do enfermeiro face à família indica a perceção que este profissional possui sobre a importância de envolver a família nos cuidados e é reveladora do seu comportamento.

No quadro 2 apresenta-se a operacionalização da variável dependente: a atitude do enfermeiro face à família (página seguinte).

Quadro 2: Variável dependente: a atitude do enfermeiro face à família

Variável dependente	Dimensões	Item	Indicadores
A atitude do enfermeiro face à família	Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente
		6 - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	
		9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	
		12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	
		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	
		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		
	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1 - É importante saber quem são os membros da família do utente	
		3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	
		5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)	
		7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	
		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	
		13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos	
		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		
	Família como um fardo	2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	
		8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias	
		23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	
26 - A presença de membros da família deixa-me em stress			

No quadro 3 apresenta-se a operacionalização das variáveis independentes: características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.

Quadro 3: Variáveis independentes: características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Variável	Dimensões	Item	Indicadores
Sociodemográficas e profissionais	Género	Pergunta 1	Masculino Feminino
	Idade	Pergunta 2	Anos completos
	Título Profissional	Pergunta 3	Enfermeiro Enfermeiro Especialista
	Habilitações académicas	Pergunta 4	Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
	Experiência profissional	Pergunta 5	Anos completos
	Unidade onde exerce funções	Pergunta 6	USF UCSP UCC USP Hospital Lar/UCCI
	Tempo de exercício profissional na unidade	Pergunta 7	< 1 ano 1-3 anos 4-6 anos 7-9 anos > 9 anos
	Método de organização de cuidados	Pergunta 8	Método Funcional Método de Equipa Método de Enfermeiro de Família
	Habilitações profissionais	Pergunta 9	Sim, Saúde Comunitária Sim, Reabilitação Não
	Formação em Enfermagem de família	Pergunta 10	Sim, em contexto académico Sim, em formação contínua Sim, em autoformação Sim, noutros contextos Não
	Abordagem geral para o cuidado das famílias	Pergunta 11	Sim Não
	Experiências anteriores dos enfermeiros com familiares gravemente doentes	Pergunta 12	Sim Não
	Estabelecimento	Pergunta 13	Escola Superior de Saúde Centro Saúde

De seguida, dá-se a conhecer o procedimento de colheita de dados.

2.8 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada com enfermeiros que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários no Centro de Saúde de Ansião, no período compreendido entre 10 fevereiro 2020 e 23 março 2020.

Para tal, foi pedida a colaboração da Enfermeira Chefe, no sentido de enviar o *link* para os enfermeiros do Centro de Saúde de Ansião para o preenchimento do questionário via *online*. Dos 11 questionários foi excluído um por não se encontrar preenchido enquanto que 4 enfermeiros não aceitaram participar.

No mesmo período de tempo, foi enviado outro *link*, com o mesmo questionário para os 17 enfermeiros que se encontravam a frequentar o 1º ano do 3º Curso do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria. Dos 17 enfermeiros, 10 não acederam ao *link*.

Tendo em atenção esta condicionalidade, a amostra foi constituída por 13 inquiridos.

2.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A participação humana em projetos de investigação implica a ponderação de condicionantes éticos, de modo a salvaguardar o respeito e a proteção da pessoa. Por vezes, a exigência de rigor metodológico pode conflitar com a garantia do bem-estar dos participantes do estudo (Vilelas, 2009). Concordando com Fortin (2000, p. 114), a ética no seu sentido mais amplo é ... “a ciência da moral e arte de dirigir a conduta”.

Como refere Ribeiro (2008), sem um código de ética que indique os limites e oriente o caminho metodológico, é a própria investigação que fica em causa. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem que assumir um comportamento ético, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

O respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente nunca pode ser ultrapassado.

A escolha esclarecida assenta no princípio de que a pessoa selecionada tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, participar ou não, ou mesmo cessar a sua participação em qualquer momento da investigação (Fortin, 2009).

Num estudo de investigação o participante tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança de que os dados colhidos se manterão confidenciais. A garantia da confidencialidade assegura que os dados do sujeito da investigação serão usados de modo a que mais ninguém além do investigador conhece a sua fonte. O investigador compromete-se a manter ocultos os dados recolhidos durante e após o estudo não podendo comunicá-los a ninguém, sem autorização expressa do sujeito (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). Do mesmo modo que terá que proteger o investigado contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazer mal ou de o prejudicar, como também informar todos os sujeitos da natureza, fim e a duração da investigação (Vilelas, 2009).

Assim, na aplicação do estudo foram considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- Princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não foram prejudicados com a investigação, pois as informações importantes relativas à investigação constavam na primeira página do questionário.

- Princípio da autonomia, o consentimento livre e esclarecido, sendo que os intervenientes participaram voluntariamente, através da submissão dos questionários devidamente preenchidos como prova de aceitação para participar no estudo e para obtenção e apresentação dos dados. Os enfermeiros que recusaram participar, simplesmente optaram por não responder.

- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Todos os princípios se encontram no consentimento livre e informado (Anexo II).

Antecedente à aplicação do instrumento de colheita de dados foram realizados os seguintes procedimentos:

- Parecer à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo III);

- Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados dirigido ao Conselho Clínico e de Saúde ACeS PIN e autorização do mesmo (Anexo IV);

- Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados dirigido ao Sr. Diretor da Escola Superior de Saúde de Leiria e autorização do mesmo (Anexo V).

Após as autorizações concedidas procedeu-se à colheita dos dados e posteriormente ao tratamento estatístico.

2.10 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A Estatística pode ser considerada a ciência dos dados. Segundo o dicionário da língua portuguesa Infopédia, é uma “Ciência que tem por objeto obter, organizar e analisar dados, determinar correlações que apresentem e tirar delas as suas consequências para descrição e explicação do que se passou, e previsão e organização do futuro”.

Para Polit et al. (2004), o tratamento estatístico numa investigação consiste em organizar, clarificar e codificar os dados colhidos de modo a permitir a análise dos mesmos e apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível. Do mesmo modo, que consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: tabelas, gráficos e indicadores numéricos de modo a responder a questões concretas, interpretando de modo adequado toda a informação disponível (Vilelas, 2009).

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. A estatística descritiva permite caracterizar os dados de determinada amostra e responder à questão de investigação enquanto a estatística inferencial se propõe, com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se podem generalizar resultados obtidos à população em geral (Fortin, 2009; Pocinho, 2009; Ribeiro, 2008).

O tratamento estatístico foi efetuado com a utilização do programa estatístico para Ciências Sociais- *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 25.

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva:

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

Com o objetivo de verificar como as variáveis influenciaram ou não a atitude dos enfermeiros, foram utilizadas as técnicas de estatística inferencial aplicada, os testes paramétricos:

- Teste de ajustamento à normal de Shapiro-Wilk como teste da normalidade de distribuição da amostra;
- Teste de Levene para determinar a homogeneidade das variâncias populacionais;
- Correlação de r Pearson para determinar as correlações entre as dimensões da variável dependente;

- Análise de variância One-Way ANOVA e o Teste t-student, para testar a diferenças entre as médias, entre as variáveis em estudo.

Após o tratamento adequado dos dados, os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, de modo a facilitar a sua leitura e interpretação, tornando-a mais clara, simples e compreensível.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS

Na primeira parte realizou-se o tratamento estatístico de forma a criar uma análise descritiva dos dados e que serve para apresentar a “fotografia do grupo estudado” (Ribeiro, 2008, p.126). De seguida, foi utilizada a estatística indutiva ou inferencial.

De modo a fornecer uma ligação lógica com a questão de investigação e as hipóteses em estudo, os resultados obtidos são apresentados através de tabelas, de gráficos e de indicadores estatísticos, acompanhados de uma descrição.

3.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como variáveis sociodemográficas e profissionais do estudo considerou-se o género, o grupo etário, o título profissional, as habilitações académicas, a experiência profissional, a unidade onde exerce as funções, o tempo de serviço, o método de organização de trabalho, a abordagem geral para o cuidado das famílias, a pós-licenciatura em enfermagem/pós-graduação/mestrado, a formação em enfermagem de família e em que contexto, a experiência anterior com familiares gravemente doentes e o estabelecimento que os enfermeiros frequentam.

Os resultados obtidos são ilustrados em frequências absolutas (n) e frequências relativas (%).

• Caraterização da amostra segundo o estabelecimento

A tabela 5 apresenta o número de enfermeiros de cada estabelecimento que aceitaram participar neste estudo. Verifica-se que 7 (53,3%) são enfermeiros do Centro de Saúde de Ansião e 6 (46,2%) são enfermeiros que se encontram a frequentar o 1º ano do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Tabela 5: Caraterização da amostra segundo o estabelecimento

Estabelecimento	n	%
Escola Superior de Saúde	7	53,8%
Centro Saúde Ansião	6	46,2%
Total	13	100,0%

• **Caraterização da amostra segundo o género**

Da análise da tabela 6 constata-se que os enfermeiros participantes no estudo são maioritariamente do género feminino 84,6% (11), sendo esta distribuição caraterística do universo da Enfermagem em Portugal, conforme publicação da OE (2018), onde 82% dos profissionais de enfermagem são mulheres.

Tabela 6: Caraterização da amostra segundo o género

Género	n	%
Masculino	2	15,4%
Feminino	11	84,6%
Total	13	100,0%

Mo = Feminino

• **Caraterização da amostra segundo o grupo etário**

Na tabela 7 verifica-se que a idade dos inquiridos varia entre os 28 e os 58 anos, sendo a média de idade dos enfermeiros de 42 anos.

Tabela 7: Caraterização da amostra segundo o grupo etário

Grupo etário	n	%
28-33 anos	2	15,4%
34-39 anos	4	30,8%
40-45 anos	2	15,4%
46-51 anos	2	15,4%
52-57 anos	2	15,4%
> 58 anos	1	7,6%
Total	13	100,0%

\bar{x} = 42,15 Anos; Mo = [34-39] anos

• **Caraterização da amostra segundo o título profissional**

Relativamente ao título profissional dos enfermeiros da amostra, pode-se constatar no gráfico 2, que 23,1% (3) dos participantes referem possuir o título profissional de Especialização em Enfermagem e 76,9% (10) o título profissional de Enfermeiro.

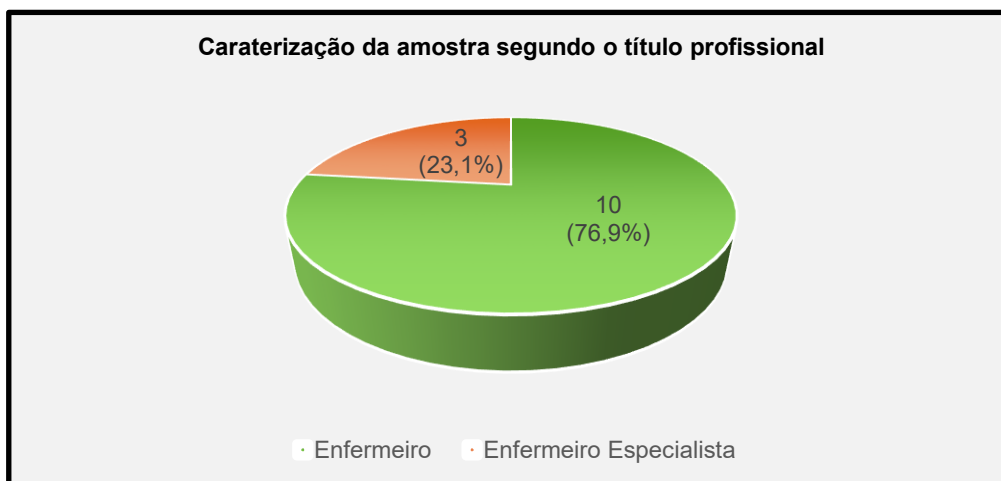


Gráfico 2: Caracterização da amostra segundo o título profissional

• Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas

Na tabela 8, nota-se que 92,3% (12) dos enfermeiros são licenciados e um enfermeiro (7,7%) possui a equivalência de Bacharelato. Nenhum enfermeiro possui o mestrado ou o doutoramento.

Tabela 8: Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas

Habilitações Académicas	n	%
Bacharelato	1	7,7%
Licenciatura	12	92,3%
Mestrado	0	0,0%
Doutoramento	0	0,0%
Total	13	100,0%

Mo= Licenciatura

• Caracterização da amostra segundo os anos da experiência profissional

Em relação aos anos de experiência profissional, como se pode verificar na tabela 9, 30,7% (4) dos profissionais tem entre [11- 15] anos de experiência. É de salientar que 23,1% (3) dos enfermeiros têm uma experiência na profissão superior a 30 anos. A moda situa-se nos [11-15] anos de experiência profissional.

Tabela 9: Caracterização da amostra segundo os anos de experiência profissional

Experiência Profissional	n	%
< 5 anos	1	7,7%
5-10 anos	1	7,7%
11-15 anos	4	30,7%
16-20 anos	1	7,7%
21-25 anos	3	23,1%
26-30 anos	0	0,0%
> 30 anos	3	23,1%
Total	13	100,0%

\bar{x} = 19,69 anos; Mo= [11-15] anos

• Caracterização da amostra segundo a unidade onde exerce funções

No gráfico 3 constata-se que 46,1% (6) e 23,1% (3) dos enfermeiros da amostra exercem as suas funções em UCSP e USF respetivamente, seguida da unidade hospital com 15,4% (2). As unidades onde os enfermeiros exercem menos funções são a UCC e o Lar/UCCI, com apenas 7,7% (1) para cada unidade.

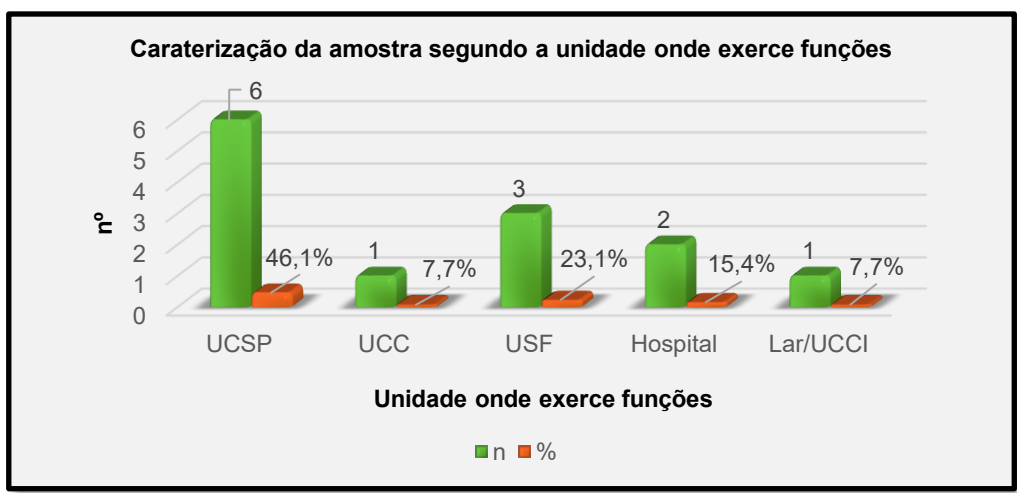


Gráfico 3: Caracterização da amostra segundo a unidade onde exerce funções

• Caracterização da amostra segundo o tempo de serviço onde exerce funções

Na tabela 10, verifica-se que 46,1% (6) dos enfermeiros da amostra exercem a sua atividade profissional há mais de 9 anos no mesmo serviço, e que nenhum enfermeiro se encontra há menos de 1 ano no serviço.

Tabela 10: Caraterização da amostra segundo o tempo de serviço onde exerce funções

Tempo	n	%
< 1 ano	0	0,0%
1-3 anos	3	23,1%
4-6 anos	2	15,4%
7-9 anos	2	15,4%
> 9 anos	6	46,1%
Total	13	100,0%

Mo= > 9 anos

• Caraterização da amostra segundo o método de organização de trabalho

Na tabela 11, verifica-se que 61,5% (8) dos enfermeiros utilizam como método de organização de trabalho o método de equipa e 38,5% (5) utilizam o método de enfermeiro de família. Nenhum dos participantes utiliza o método de trabalho funcional ou de tarefa.

Tabela 11: Caraterização da amostra segundo o método de organização de trabalho

Método de Organização de Trabalho	n	%
Método Funcional ou de Tarefa	0	0,0%
Método de Enfermeiro de Família	5	38,5%
Método de Equipa	8	61,5%
Total	13	100,0%

Mo= Método de Equipa

• Caraterização da amostra segundo a abordagem geral para o cuidado das famílias

Da análise do gráfico 4 verifica-se que a maioria dos enfermeiros (61,5%) apresenta uma abordagem geral para o cuidado das famílias.

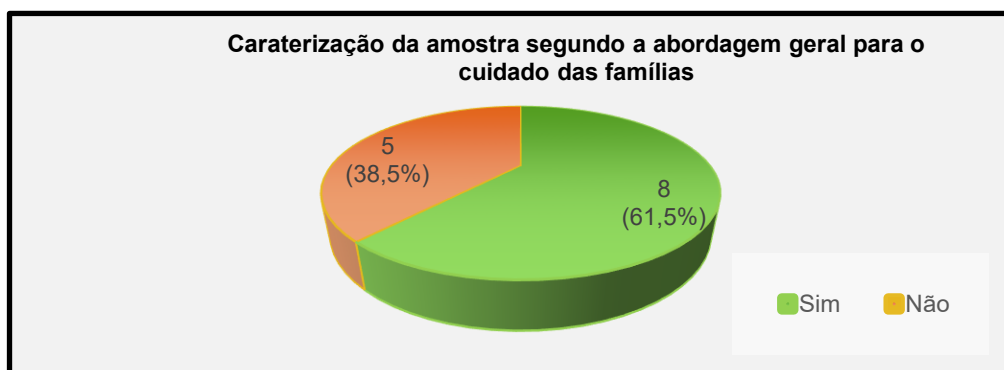


Gráfico 4: Caraterização da amostra segundo a abordagem geral para o cuidado das famílias

• **Caraterização da amostra segundo a pós-licenciatura em enfermagem**

Quanto à formação pós-licenciatura em Enfermagem, verifica-se na tabela 12, que 76,9% (10) dos enfermeiros não tem formação Pós-Licenciatura em Enfermagem. Constatase que dos 23,1% (3) que têm formação Pós-licenciatura em Enfermagem, 15,4% (2) tem a Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e 7,7% (1) é especialista de Reabilitação.

Tabela 12: Caraterização da amostra segundo a pós-licenciatura em enfermagem

Pós-Licenciatura	n	%
Saúde Comunitária	2	15,4%
Reabilitação	1	7,7%
Não tem	10	76,9%
Total	13	100,0%

• **Caraterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Família**

Na tabela 13 constata-se que 7 inquiridos (53,8%) referiram não possuir formação em enfermagem de família e 6 inquiridos (46,2%) responderam que sim.

Tabela 13: Caraterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Família

Formação em Enfermagem de Família	n	%
Sim	6	46,2%
Não	7	53,8%
Total	13	100,0%

• **Caraterização da amostra segundo o Contexto da Formação em Enfermagem de Família**

Dos participantes que referiram ter formação em enfermagem de família, 66,6% (4) foi em contexto académico e os restantes em formação contínua e em processo de autoformação, como se pode verificar na tabela 14.

Tabela 14: Caraterização da amostra segundo o contexto da formação em Enfermagem de Família

Contexto da Formação em Enfermagem de Família	n	%
Contexto Académico	4	66,6%
Formação Contínua	1	16,7%
Processo de autoformação	1	16,7%
Total	6	100,0%

• Caraterização da amostra segundo a experiência anterior com familiares gravemente doentes

No gráfico 5, pode-se verificar que a experiência pessoal com familiares gravemente doentes foi confirmada por 84,6% (11) dos inquiridos.

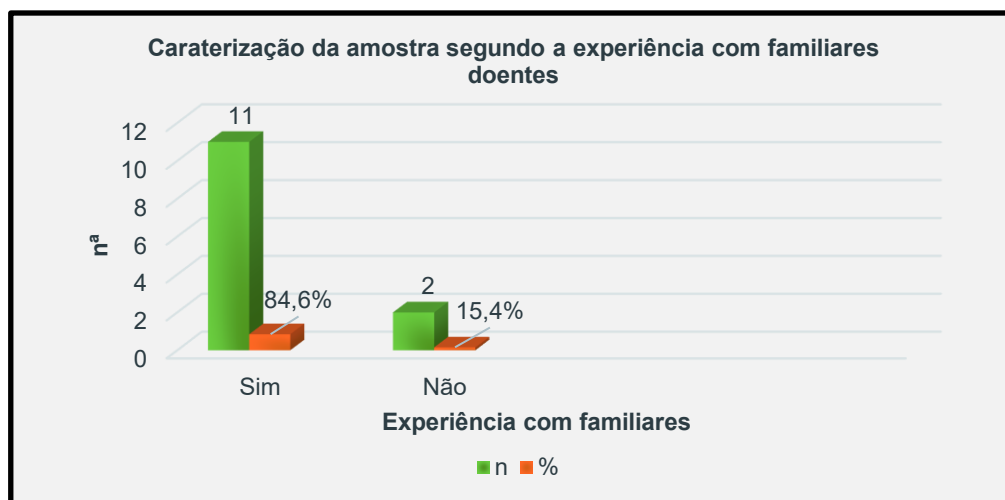


Gráfico 5: Caraterização da amostra segundo a experiência anterior com familiares gravemente doentes

Assim, de acordo com os dados apresentados pode-se constatar que 13 enfermeiros consentiram participar neste estudo, dos quais 7 (53,3%) são enfermeiros do Centro de Saúde de Ansião e 6 (46,2%) são enfermeiros que se encontram a frequentar o 1º ano do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria.

O género mais representativo da amostra é o feminino com 84,6% (11). Relativamente à idade dos inquiridos, evidencia-se as idades compreendidas entre os [34 - 39] anos de idade com 38,4% (4 participantes).

Em relação ao título profissional constata-se que 10 dos inquiridos têm o título profissional de Enfermeiros (76,9%) e 92,3% (12) têm como habilitações académicas a licenciatura em enfermagem.

Em relação aos anos de experiência profissional, 30,7% (4) dos profissionais têm entre [11- 15] anos de experiência e 23,1% (3) dos enfermeiros têm experiência na profissão superior a 30 anos.

As unidades onde exercem a sua atividade profissional são a UCSP com 46,1% (6) e USF com 23,1% (3), sendo as mais representativas, e 46,1% (6) exercem a sua atividade profissional há mais de 9 anos no mesmo serviço.

Como método de organização de trabalho, 61,5% (8) dos enfermeiros utilizam o método de equipa e 38,5% (5) utilizam o método de enfermeiro de família. A maioria dos enfermeiros (61,5%) apresenta uma abordagem geral para o cuidado das famílias.

Quanto à formação pós-licenciatura em Enfermagem, 76,9% (10) dos enfermeiros não tem formação Pós-Licenciatura em Enfermagem e 15,4% (2) tem a Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Em relação à formação em enfermagem de família, 66,6% (4) responderam que foi em contexto académico e os restantes em formação contínua e em processo de autoformação.

Quanto à experiência pessoal com familiares gravemente doentes, o valor mais representativo é 84,6% (11) de afirmação.

3.2 - CARATERIZAÇÃO DA ESCALA "IFCE-AE"

Paralelamente aos aspetos sociodemográficos e profissionais, foi aplicada a estatística descritiva à distribuição dos inquiridos segundo os dados da Escala IFCE-AE cujos resultados se apresentam na tabela 15 (página seguinte).

Tabela 15: Distribuição dos inquiridos segundo os dados da Escala IFCE-AE

Escala IFCE-AE		1 (Discordo plenamente)		2 (Discordo)		3 (Concordo)		4 (Concordo plenamente)	
Dimensão	Item	n	%	n	%	n	%	n	%
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	92,3%
	6	1	7,7%	1	7,7%	5	38,5%	6	46,1%
	9	1	7,7%	1	7,7%	6	46,1%	5	38,5%
	12	0	0,0%	1	7,7%	4	30,8%	8	61,5%
	14	0	0,0%	2	15,4%	7	53,8%	4	30,8%
	15	0	0,0%	1	7,7%	8	61,5%	4	30,8%
	16	0	0,0%	0	0,0%	7	53,8%	6	46,1%
	17	0	0,0%	0	0,0%	5	38,5%	8	61,5%
	18	0	0,0%	0	0,0%	6	46,1%	7	53,8%
	19	0	0,0%	0	0,0%	5	38,5%	8	61,5%
	24	1	7,7%	2	15,4%	7	53,8%	3	23,1%
25	0	00,0%	0	0,0%	4	30,8%	9	69,2%	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	100%
	3	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	11	84,6%
	5	0	0,0%	1	7,7%	3	23,1%	9	69,2%
	7	1	7,7%	0	0,0%	9	69,2%	3	23,1%
	10	0	0,0%	4	30,8%	7	53,8%	2	15,4%
	11	0	0,0%	0	0,0%	5	38,5%	8	61,5%
	13	0	0,0%	0	0,0%	2	15,4%	11	84,6%
	20	0	0,0%	0	0,0%	5	38,5%	8	61,5%
	21	0	0,0%	0	0,0%	4	30,8%	9	69,2%
	22	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	92,3%
Família: fardo	2	4	30,8%	7	53,8%	2	15,4%	0	0,0%
	8	3	23,1%	3	23,1%	6	46,1%	1	7,7%
	23	1	7,7%	10	76,9%	2	15,4%	0	0,0%
	26	5	38,5%	7	53,8%	1	7,7%	0	0,0%

Na análise da escala total verifica-se que, relativamente à dimensão da escala “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, 12 inquiridos (92,3%) consideram importante o convite à participação dos familiares nos cuidados de enfermagem prestados ao utente bem como a importância de dedicar tempo às próprias famílias. No que diz respeito à dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, 13 inquiridos (100%) valorizam a importância de saber quem são os membros da família.

Na dimensão “Família como um fardo”, 6 dos inquiridos (46,1%) concorda que não tem tempo para cuidar das famílias e 10 inquiridos (76,9%) discordam que a presença dos membros da família os faz sentir que os estão a avaliar.

Na tabela 16 são apresentados os valores da média, mediana, moda e desvio padrão das dimensões da escala IFCE-AE e da escala total.

Na dimensão que se relaciona diretamente com as atitudes dos enfermeiros (dimensão Família como um parceiro dialogante e recurso de coping) observa-se uma média de 41,15, com um desvio-padrão de 5,08. Na dimensão que exhibe as opiniões dos participantes relativamente à Família como recurso nos cuidados de enfermagem verifica-se uma média de 36,07, apresentando um desvio-padrão de 2,62. Relativamente à dimensão menos positiva, ou seja, a dimensão Família como um fardo, observa-se uma média baixa de 8,00, com um desvio-padrão de 2,12. É de salientar que a média total da escala é de 85,23, para um score máximo de 104, o que exhibe níveis positivos altos das atitudes dos enfermeiros, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Tabela 16: Estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE e da escala global

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	31,00	48,00	41,1538	41,0000	41,00	5,08013
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	31,00	40,00	36,0769	36,0000	35,00	2,62874
Família: fardo	5,00	13,00	8,0000	8,0000	8,0000	2,12132
Escala Global	70,00	93,00	85,2308	86,0000	93,00	6,82097

3.3 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS DAS TÉCNICAS APLICADAS PARA TESTAR AS HIPÓTESES

Tendo em conta a questão de investigação, existiu a necessidade de utilizar a estatística inferencial recorrendo a testes paramétricos. Para Marôco (2007), os testes paramétricos podem ser utilizados desde que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogéneas nas situações em que estejamos a comparar duas, ou mais de duas populações.

Neste sentido, determinou-se a normalidade da amostra (<30), realizando o teste de ajustamento à normal de Shapiro-wilk (Laureano, 2011). O nível global de significância foi fixado de 0,05 ($p=0,05$).

Através da tabela 17 pode-se assumir que a distribuição da média amostral é normal.

Tabela 17: Teste de Shapiro-Wilk das dimensões da Escala IFCE-AE e da escala global

Dimensões	Shapiro-Wilk (Sig.)
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0,542
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	0,857
Família: fardo	0,190
Escala Global	0,270

Para se verificar a aplicabilidade dos testes às variáveis, antes da aplicação de cada um dos testes testou-se a homogeneidade das variâncias. O teste utilizado foi o teste Levene com a probabilidade de erro de 5% ($p=0,05$), tendo-se obtido um valor de significância superior a 0,05, o que garante a sua homogeneidade.

Com o objetivo de determinar correlações ou a existência de um relacionamento entre as dimensões da variável dependente, recorreu-se à medida de associação do teste de correlação, *r de Pearson*. Instituiu-se um nível de correlação significativa, o valor de 0,01 ($p < 0,01$).

Na tabela 18 apresentam-se os resultados adquiridos na avaliação da intensidade da relação entre as dimensões da escala IFCE-AE. Observa-se uma correlação positiva forte e significativa nas atitudes que realçam uma atitude positiva para com a família nas dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”. Paralelamente verificou-se que na dimensão que transmite uma atitude menos positiva, “Família como um fardo”, existe uma correlação negativa, não significativa, com as duas outras dimensões da escala IFCE-AE.

Tabela 18: Correlação de Pearson das dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões		Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Família: fardo
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Correlação de Pearson	1	0,841*	-0,410
	Sig. (2 extremidades)	---	0,000	0,164
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Correlação de Pearson	0,841*	1	-0,389
	Sig. (2 extremidades)	0,000	---	0,190
Família: fardo	Correlação de Pearson	-0,410	-0,389	1
	Sig. (2 extremidades)	0,164	0,190	---

*. A correlação é significativa no nível 0,01

Para determinar a diferença entre as médias de mais de dois grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “atitude dos enfermeiros face à família”, pelos respetivos enfermeiros, foi utilizada a análise de variância (One-Way ANOVA).

Para determinar a diferença entre as médias das respostas de duas amostras independentes foi utilizado o Test t-student.

O nível global de significância foi fixado de 0,05 (p=0,05).

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses enunciadas anteriormente, uma vez que o objetivo do investigador quando realiza uma investigação sobre um conjunto de dados é verificar a existência e a natureza das relações e as diferenças entre as variáveis do estudo (Ribeiro, 2008; Vilelas, 2009).

H1 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

Como se pode verificar na tabela 19, os profissionais do género feminino apresentam valores médios ligeiramente mais elevados, perante as atitudes que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem do que os profissionais do género masculino. No que respeita a considerar a família como um fardo, ambos os géneros apresentam o mesmo valor médio.

O Teste t-student indica que não existem evidências estatísticas (p>0,05) para se afirmar que as atitudes dos homens e mulheres são diferentes para as três dimensões.

Tabela 19: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do género (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Género	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Feminino	11	42,2727	p = 0,58*
	Masculino	2	35,0000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Feminino	11	36,8182	p = 0,09*
	Masculino	2	32,0000	
Família: fardo	Feminino	11	8,0000	p = 1,000*
	Masculino	2	8,0000	
Escala Global	Feminino	11	87,0909	p = 0,13*
	Masculino	2	75,0000	

* Sig. (2 extremidades)

H2 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

Com o objetivo de analisar a associação das médias entre os grupos etários dos participantes, recorreu-se ao teste One-way ANOVA. Verificou-se que para $p > 0,05$, não existe associação significativa entre a idade e as atitudes dos enfermeiros no cuidado prestado à família, quer na “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, quer na “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, quer na “Família como fardo”, como se pode verificar pela tabela 20.

Tabela 20: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da idade (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Idade	n	\bar{x}	ANOVA
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	28-33 anos	2	42,0000	p = 0,307
	34-39 anos	4	41,0000	
	40-45 anos	2	36,0000	
	46-51 anos	2	40,5000	
	52-57 anos	2	48,0000	
	> 58 anos	1	38,0000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	28-33 anos	2	37,5000	p = 0,081
	34-39 anos	4	35,7500	
	40-45 anos	2	33,0000	
	46-51 anos	2	35,0000	
	52-57 anos	2	40,0000	
	> 58 anos	1	35,0000	
Família: fardo	28-33 anos	2	10,5000	p = 0,196
	34-39 anos	4	8,2500	
	40-45 anos	2	8,5000	
	46-51 anos	2	7,5000	
	52-57 anos	2	5,0000	
	> 58 anos	1	8,0000	
Escala Global		13	85,2308	p = 0,232

H3 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas

A tabela 21 procura clarificar de que modo as habilitações académicas interferem nas atitudes demonstradas pelos enfermeiros perante a família. Verifica-se crescentes médias nas atitudes favoráveis à presença da família “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” na habilitação bacharelato.

No entanto, ao utilizar o Teste t-student entre cada uma das dimensões da escala IFCE-AE, averigua-se que não existem associações significativas ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a hipótese formulada.

Tabela 21: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função das habilitações académicas (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Habilitações Académicas	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Bacharelato	1	48,0000	p = 0,170*
	Licenciatura	12	40,5833	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Bacharelato	1	40,0000	p = 0,124*
	Licenciatura	12	35,7500	
Família: fardo	Bacharelato	1	5,0000	p = 0,148*
	Licenciatura	12	8,2500	
Escala Global	Bacharelato	1	93,0000	p = 0,252*
	Licenciatura	12	84,5833	

* Sig. (2 extremidades)

H4 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional

A tabela 22 transmite a diferença entre o título profissional do enfermeiro e a sua atitude face à família. O Teste t-student demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos de enfermeiros, com ou sem especialidade, na atitude de envolver a família nos cuidados ($p > 0,05$), não considerando verdadeira a hipótese formulada para as dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família como um fardo”.

Tabela 22: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do Título Profissional (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermeiro	10	41,6000	p = 0,586*
	Enfermeiro Especialista	3	39,6667	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	10	36,4000	p = 0,443*
	Enfermeiro Especialista	3	35,0000	
Família: fardo	Enfermeiro	10	8,1000	p = 0,771*
	Enfermeiro Especialista	3	7,6667	
Escala Global	Enfermeiro	10	86,1000	p = 0,425*
	Enfermeiro Especialista	3	82,3333	

* Sig. (2 extremidades)

H5 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização.

A tabela 23 procura explicar de que modo a especialização em enfermagem dos enfermeiros interfere nas atitudes demonstradas pelos profissionais perante a família. Para as dimensões da Escala IFCE-AE não existem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativa ($p > 0,05$) com a formação especializada dos enfermeiros, pelo que se elimina a hipótese formulada.

Tabela 23: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Formação Especializada	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	3	39,6667	p = 0,586*
	Não	10	41,6000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	3	35,0000	p = 0,443*
	Não	10	36,4000	
Família: fardo	Sim	3	7,6667	p = 0,771*
	Não	10	8,1000	
Escala Global	Sim	3	82,3333	p = 0,425*
	Não	10	86,1000	

* Sig. (2 extremidades)

H6 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem saúde familiar

Da análise da tabela 24, verificou-se que não existe diferença estatística significativa ($p > 0,05$) entre a variável formação em enfermagem de família e as dimensões da escala. Apesar dos enfermeiros possuírem esta experiência formativa na área da enfermagem de família, ela não está ligada diretamente às suas atitudes para com a família. Deste modo, rejeita-se a hipótese enunciada.

Tabela 24: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da formação em enfermagem saúde familiar (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Formação em enfermagem saúde familiar	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	6	40,6667	p = 0,764*
	Não	7	41,5714	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	6	36,5000	p = 0,613*
	Não	7	35,7143	
Família: fardo	Sim	6	8,6667	p = 0,315*
	Não	7	7,4286	
Escala Global	Sim	6	85,8333	p = 0,782*
	Não	7	84,7143	

* Sig. (2 extremidades)

H7 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e os anos de experiência profissional.

A tabela 25 demonstra os resultados obtidos pela aplicação do teste One-Way ANOVA da associação das dimensões da escala com a variável anos de experiência profissional. Obteve-se valores $p > 0,05$ nas três dimensões da escala, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família. Assim, a hipótese formulada é rejeitada.

Tabela 25: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência profissional (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Experiência Profissional	n	\bar{x}	ANOVA
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	< 5 anos	1	41,0000	p = 0,390
	5-10 anos	1	43,0000	
	11-15 anos	4	41,0000	
	16-20 anos	1	31,0000	
	21-25 anos	3	40,6667	
	> 30 anos	3	44,6667	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	< 5 anos	1	38,0000	p = 0,184
	5-10 anos	1	37,0000	
	11-15 anos	4	35,7500	
	16-20 anos	1	31,0000	
	21-25 anos	3	35,0000	
	> 30 anos	3	38,3333	
Família: fardo	< 5 anos	1	8,0000	p = 0,085
	5-10 anos	1	13,0000	
	11-15 anos	4	8,2500	
	16-20 anos	1	8,0000	
	21-25 anos	3	8,0000	
	> 30 anos	3	6,0000	
Escala Global		13	85,2308	p = 0,157

H8 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o serviço onde o profissional exerce as suas funções.

Como se pode verificar pela análise da tabela 26, após a aplicação do teste One-way ANOVA, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). O serviço onde o enfermeiro exerce a sua função não se encontra associado à sua atitude face à família, rejeitando-se então a hipótese enunciada.

Tabela 26: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do serviço onde exerce as funções (n=13) (continua)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Serviço onde exerce funções	n	\bar{x}	ANOVA
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	UCSP	6	42,1667	p = 0,505
	UCC	1	47,0000	
	USF	3	37,0000	
	Hospital	2	40,5000	
	Lar/UCCI	1	43,0000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	UCSP	6	36,8333	p = 0,712
	UCC	1	36,0000	
	USF	3	6,0000	
	Hospital	2	36,5000	
	Lar/UCCI	1	37,0000	
Família: fardo	UCSP	6	7,3333	p = 0,066
	UCC	1	6,0000	
	USF	3	7,6667	
	Hospital	2	9,0000	
	Lar/UCCI	1	13,0000	
Escala Global		13	85,2308	p = 0,372

H9 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

As respostas dos enfermeiros da amostra foram sujeitas à análise do teste One-way ANOVA com a finalidade de avaliar as associações entre as atitudes e o tempo de exercício no serviço em que se encontravam. Através da tabela 27 verifica-se que não existe associação estatística com o tempo de serviço, o que leva a inferir que não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala ($p > 0,05$).

Tabela 27: Resultados do teste One-way ANOVA referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do tempo no serviço (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Tempo no Serviço	n	\bar{x}	ANOVA
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	1-3 Anos	3	40,3333	p = 0,224
	4-6 Anos	2	45,5000	
	7-9 Anos	2	45,5000	
	> 9 Anos	6	38,6667	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1-3 Anos	3	35,3333	p = 0,573
	4-6 Anos	2	36,5000	
	7-9 Anos	2	38,5000	
	> 9 Anos	6	35,5000	
Família: fardo	1-3 Anos	3	8,3333	p = 0,844
	4-6 Anos	2	7,0000	
	7-9 Anos	2	9,0000	
	> 9 Anos	6	7,8333	
Escala Global		13	85,2308	p = 0,201

H10 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o método de organização dos cuidados

A tabela 28 demonstra a diferença entre o método de organização dos cuidados dos enfermeiros e a sua atitude face à família. O Teste t-student apresenta a não existência de diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois métodos de organização dos cuidados ($p > 0,05$). Perante os dados, não se considera verdadeira a hipótese formulada para as dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família como um fardo”.

Tabela 28: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do método de organização dos cuidados (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Método de organização dos cuidados	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Método de Enfermeiro de Família	5	40,6000	p = 0,771*
	Método de Equipa	8	41,5000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Método de Enfermeiro de Família	5	35,8000	p = 0,778*
	Método de Equipa	8	36,2500	
Família: fardo	Método de Enfermeiro de Família	5	7,2000	p = 0,302*
	Método de Equipa	8	8,5000	
Escala Global	Método de Enfermeiro de Família	5	83,6000	p = 0,519*
	Método de Equipa	8	86,2500	

* Sig. (2 extremidades)

H11 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a abordagem geral para o cuidado das famílias

Da análise da tabela 29 e através da aplicação do teste t-student verificou-se que existe diferença estatística significativa entre a variável abordagem geral para o cuidado das famílias e as dimensões da escala “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p < 0,05$), expressando que os enfermeiros possuem atitudes positivas para o cuidado das famílias. Deste modo, aceita-se a hipótese enunciada para estas dimensões e para a globalidade da Escala IFCE-AE.

Na dimensão da escala “Família como fardo” observa-se que não existe associação estatística significativa ($p > 0,05$), rejeitando-se a hipótese formulada para esta dimensão.

Tabela 29: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE e a abordagem geral para o cuidado das famílias (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Abordagem geral para o cuidado das famílias	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	8	43,6250	p = 0,018*
	Não	5	37,2000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	8	37,2500	p = 0,035*
	Não	5	34,2000	
Família: fardo	Sim	8	7,7500	p = 0,613*
	Não	5	8,4000	
Escala Global	Sim	8	88,6250	p = 0,015*
	Não	5	79,8000	

* Sig. (2 extremidades)

H12 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

A tabela 30 demonstra a diferença entre as experiências anteriores com familiares gravemente doentes e a atitude do profissional perante a família. Na interpretação dos dados existe associação estatística significativa ($p = 0,009$) entre a variável e a dimensão da escala “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, confirmando deste modo que a experiência pessoal com familiares doentes está associada diretamente às atitudes dos enfermeiros para com a família, o que não se mantém nas outras dimensões da escala ($p > 0,05$) onde não existe associação estatística significativa. Deste modo, aceita-se a hipótese formulada para a dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e para a globalidade da Escala IFCE-AE, em que $p = 0,013$.

Tabela 30: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Experiência anterior com familiares gravemente doentes	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	11	42,2727	p = 0,058*
	Não	2	35,0000	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	11	36,8182	p = 0,009*
	Não	2	32,0000	
Família: fardo	Sim	11	8,0000	p = 1,000*
	Não	2	8,0000	
Escala Global	Sim	11	87,0909	p = 0,013*
	Não	2	75,0000	

* Sig. (2 extremidades)

H13 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o estabelecimento dos enfermeiros inquiridos.

A tabela 31 exibe se existem diferenças entre as atitudes dos enfermeiros e os estabelecimentos onde foi realizado o estudo. O Teste t-student revela que os enfermeiros do Centro de Saúde apresentam valores médios mais altos nas dimensões que revelam uma atitude mais favorável face à família e valores médios mais baixos em considerar a família como um fardo do que os enfermeiros da Escola Superior de Saúde. No entanto estas diferenças não são significativas ($p > 0,05$) o que leva a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 31: Resultados do Teste t-student referente à comparação das dimensões da Escala IFCE- AE e o estabelecimento dos enfermeiros inquiridos (n=13)

Dimensões da Escala IFCE-AE	Estabelecimento	n	\bar{x}	Teste t-student
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Escola Superior de Saúde	7	39,4286	p = 0,198*
	Centro Saúde	6	43,1667	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Escola Superior de Saúde	7	35,2857	p = 0,258*
	Centro Saúde	6	37,0000	
Família: fardo	Escola Superior de Saúde	7	9,0000	p = 0,062*
	Centro Saúde	6	6,8333	
Escala Global	Escola Superior de Saúde	7	83,7143	p = 0,410*
	Centro Saúde	6	87,0000	

* Sig. (2 extremidades)

Resumido, através da tabela 32 é possível verificar que existe associação das variáveis “Abordagem geral para o cuidado das famílias” e “Experiências anteriores com familiares gravemente doentes” e a Escala Total IFCE-AE ($p < 0,05$), não se observando associações para as restantes variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 32: Associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a Escala Total IFCE-AE

Variáveis		Resultados da Escala Total IFCE-AE	
		ANOVA	TESTE T-STUDENT
Sociodemográficas e Profissionais	Género	-----	$p = 0,13^*$
	Idade	$p = 0,232$	-----
	Habilitações académicas	-----	$p = 0,252^*$
	Título Profissional	-----	$p = 0,425^*$
	Experiência profissional	$p = 0,157$	-----
	Unidade onde exerce funções	$p = 0,372$	-----
	Tempo de exercício profissional na unidade	$p = 0,201$	-----
	Método de organização de cuidados	-----	$p = 0,519^*$
	Formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização	-----	$p = 0,425^*$
	Formação em Enfermagem de família	-----	$p = 0,782^*$
	Abordagem geral para o cuidado das famílias	-----	$p = 0,015^*$
	Experiências anteriores com familiares gravemente doentes	-----	$p = 0,013^*$
	Estabelecimento	-----	$p = 0,410^*$

* Sig. (2 extremidades)

Após a conclusão da análise dos dados, é fundamental interpretar a informação obtida através da discussão dos resultados adquiridos, estabelecendo associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos semelhantes ao realizado no âmbito da importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados tendo em conta a questão de investigação e os objetivos previamente definidos, comparando-os com a literatura existente acerca da temática trabalhada e com outros estudos de investigação na mesma área, nomeadamente, a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

A discussão de resultados vai estar estruturada de acordo com cada um dos objetivos determinados inicialmente.

Objetivo geral: Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Para a identificação das atitudes dos enfermeiros foi utilizada a Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009), avaliando as dimensões respeitantes às atitudes dos enfermeiros e a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, nas dimensões: “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” (atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta e no reconhecimento das suas competências para superar a situação), “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” (atitude positiva face à família, reconhecendo o valor da sua presença nos cuidados de enfermagem) e “Família como um fardo” (atitude negativa perante a família, considerando a sua participação como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem).

A escala IFCE-AE- “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros” validada para a população portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de 0,87 (Oliveira et al., 2011) e no presente estudo de investigação apresentou um valor de $\alpha = 0,836$, pelo que se considera um instrumento fidedigno e válido. Na avaliação da fidelidade da escala o α variou entre 0,879 e 0,696 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a constituem.

Quanto maior o score obtido nas dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e menor na

dimensão “Família como um fardo”, mais atitudes de suporte são reveladas e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Angelo et al., 2014; Silva et al., 2013).

Sobre as diferentes dimensões da escala IFCE-AE, os valores obtidos neste estudo são semelhantes a outros estudos. Tendo em consideração os valores máximos para cada dimensão: “Família como parceiro dialogante e recurso ao coping” (valor máximo de 48), “Família como recurso nos cuidados” (valor máximo de 40) e “Família como fardo” (valor máximo de 16), para o estudo atual, verificou-se na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” uma média de 41,15 e na dimensão “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” uma média de 36,07, excedendo ambas as dimensões o ponto médio da subescala. Relativamente à dimensão menos positiva, ou seja, a dimensão “Família como um fardo”, observou-se uma média de 8,00.

Conclui-se assim, que no atual estudo, de entre as atitudes mais favoráveis, os enfermeiros percebem a família em primeiro lugar como parceiro dialogante e recurso de coping, o que é corroborado por Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., ...Carvalho, J. C. (2010), Sousa (2011), Rodrigues (2013), Angelo et al. (2014) e Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). No entanto, os estudos de Oliveira et al. (2011), Alves (2011), Silva et al. (2013) apontam a família como recurso nos cuidados de enfermagem como a dimensão mais distinguida na atitude dos enfermeiros.

Esta diferença no tipo de atitudes adotadas pelos enfermeiros pode estar no facto de os mesmos exercerem funções em diferentes serviços com especificidades e necessidades distintas. O estudo de Oliveira et al. (2009) foi realizado em contexto comunitário e o de Alves (2011) em contexto hospitalar, enquanto que o presente estudo foi realizado a enfermeiros em vários contextos de trabalho e desta forma com necessidades diferentes.

Assim, para o estudo atual, a média total da escala IFCE-AE foi de 85,23, para um score máximo de 104, o que revelou que os enfermeiros que participaram neste estudo apresentam uma atitude favorável face à importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Estes resultados são semelhantes a outros estudos de âmbito nacional (Sousa, 2011; Alves, 2011; Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013) e internacional (Benzein et al., 2008b; Angelo et al., 2014), indo ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e da assunção pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados (OE, 2001; Wright & Leahey, 2009).

Objetivo específico: Conhecer as atitudes que os enfermeiros adotam face à importância da família no processo de cuidar

Na análise da escala total verificou-se que, relativamente à dimensão da escala “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” os enfermeiros responderam “concordo completamente” a algumas atitudes das quais se destacam “É importante saber quem são os membros da família do utente” e “Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente”. Para Wright e Leahey (2009), família é quem os seus membros dizem que são. A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros. O convite dos enfermeiros para os familiares participarem nos cuidados vai fomentar uma relação com a família de forma a conhecer os seus membros e naturalmente promover a saúde, prevenir as doenças e controlar situações mais complexas.

Simultaneamente, os enfermeiros ajudam a família a identificar os agentes stressores e as forças da família de modo a planear conjuntamente intervenções que vão ao encontro das necessidades da mesma (Kaakinen & Hanson, 2010), intervindo no sentido, de promover a capacitação da família face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. Os enfermeiros do estudo atual demonstraram valorizar a atitude “Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações”.

Através da parceria família/enfermeiro e o diálogo, é possível conhecer o histórico familiar e hereditário, identificar a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o seu estado de saúde. A relação terapêutica torna-se assim o pilar fundamental para o início de uma ligação com a família, tendo como objetivo encontrar soluções que vão ao encontro das suas próprias necessidades. As atitudes “Considero os membros da família como parceiros” e “Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente” foram evidenciadas pelos enfermeiros do estudo.

Os enfermeiros são o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde bem como o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital. São parceiros na gestão da promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia. Face ao mencionado, “Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação” e “É importante dedicar tempo às famílias” são outras atitudes favoráveis que os enfermeiros deste estudo revelaram ter face à importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à dimensão “Família como fardo”, a atitude menos favorável para com a família foi a de “Não tenho tempo para cuidar das famílias”.

Considerar a família como um fardo significa não ter tempo para cuidar das famílias e considerar a sua presença uma fonte de stress e de dificuldades para a concretização do trabalho de enfermagem (Benzein et al., 2008b).

Contudo, no estudo realizado por Astedt-Kurki et al. (2001), alguns enfermeiros referiram várias determinantes que impedem a sua interação com a família, nomeadamente, a sua própria timidez, a situação de trabalho stressante e a sua crença de que a presença das famílias tem um efeito negativo sobre o seu trabalho. Neste contexto, eles também reconheceram a pouca atenção prestada à família nas suas necessidades de apoio.

As restantes atitudes pertencentes à dimensão “Família como fardo”: “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho”; “A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar” e “A presença de membros da família deixa-me em stress” evidenciam não ser uma barreira para os enfermeiros inquiridos (responderam “discordo” com respostas acima de 50%).

De acordo com Ângelo et al. (2014) é essencial chamar a atenção para o facto de que considerar a família como um fardo constitui uma barreira para o desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre enfermeiros e famílias.

Objetivo específico: Associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família

Os resultados obtidos das associações das variáveis sociodemográficas e a escala IFCE-AE indicam a não existência de associações estatísticas significativas das dimensões da escala com as variáveis: género, idade, habilitações académicas, anos de experiência profissional, unidade onde exerce funções, tempo em anos de exercício profissional na unidade onde exerce funções, método de organização de cuidados, formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização, formação em enfermagem de família e estabelecimento. Contudo, nas variáveis: abordagem geral para o cuidado das famílias e experiências anteriores com familiares gravemente doentes foi observado diferenças estatísticas significativas.

Seguidamente, serão analisados estes resultados comparando-os com a literatura existente acerca da temática trabalhada e com outros estudos de investigação na mesma área.

• Género

Para a variável género, verificou-se que a amostra é maioritariamente formada por elementos do género feminino 84,6% (11), convergindo com outros estudos tais como Benzein et al. (2008b), Galinha (2009), Oliveira et al. (2009), Martins et al. (2010), e Sousa (2011) e, em particular, com os dados fornecidos pela OE (2018), nos quais está inscrito que mais de 82% dos enfermeiros (60 737) são do género feminino.

Os enfermeiros do género feminino deste estudo apresentaram valores médios ligeiramente mais elevados perante as atitudes que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem do que os enfermeiros do género masculino, o que vai ao encontro dos estudos de Åstedt-Kurki et al. (2001) que referem que as enfermeiras estão mais predispostas a reconhecer a importância das famílias e de Benzein et al. (2008b) em que ser enfermeiro do género masculino é condição para uma atitude menos favorável sobre a importância da família nos cuidados.

No que respeita a considerar a família como um fardo, ambos os géneros apresentaram o mesmo valor médio, o que vai ao encontro da investigação realizada por Rodrigues (2013).

No entanto, no presente estudo, não existem evidências estatísticas que permitam afirmar que as atitudes dos homens e mulheres são diferentes para as três dimensões ($p>0,05$).

Em relação ao global da escala, não se verificou evidência estatística significativa ($p>0,05$), o que coincide com os estudos de Oliveira et al. (2009), ao analisar as atitudes dos enfermeiros face à família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e ao de Sousa (2011) realizado a 480 enfermeiros que desempenhavam funções num hospital. Contudo, Galinha (2009) não obteve os mesmos resultados na sua investigação a 90 enfermeiros do serviço de urgência de um hospital, em que verificou que a variável “género” apresentou diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família.

• Grupo etário

Relativamente ao grupo etário, a amostra apresenta uma média de 42 anos sendo o grupo etário mais predominante o dos 34 aos 39 anos (30,8%). A idade dos inquiridos varia entre os 28 e os 58 anos. De acordo com os dados fornecidos pela OE (2018), os grupos etários com maior representatividade são os dos 31-35 anos (14 933 enfermeiros) e dos 36-40 anos (11 481 enfermeiros), no total de 73 912 enfermeiros portugueses ativos.

Os resultados obtidos da análise da associação entre o grupo etário e a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar mostraram que os enfermeiros entre os 52-57 anos apresentam atitude mais favorável nas dimensões positivas “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família recurso nos cuidados de enfermagem” e consequentemente valores médios mais baixos em considerar a “Família como fardo”. Os enfermeiros mais novos (28-33 anos) são os que apresentam atitude mais desfavorável, considerando a família como um fardo.

Este estudo corrobora os estudos de Benzein et al. (2008b) a 634 enfermeiros de CSP e de cuidados de saúde diferenciados e Silva et al. (2013) a 871 enfermeiros de CSP na ARS do Centro, quando afirmam que são os enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte para com as famílias.

Contudo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala e na sua globalidade, o que vai ao encontro dos estudos realizados por Freitas (2009), Alves (2011), Rodrigues (2013), Fernandes et al. (2015) e Tavares (2017). O mesmo não se verificou nos estudos de Sousa (2011), Silva et al. (2013) e Angelo et al. (2014) em que se confirmaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idades e a escala IFCE-AE.

• **Habilitações académicas**

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros são maioritariamente licenciados (92,3%). Estes dados, vão também ao encontro do estado atual da formação inicial em Enfermagem e da possibilidade de realização do Curso de Complemento em Enfermagem, que confere o grau de licenciado. Trata-se de um grau académico importante no âmbito de avaliações curriculares, sendo também necessário no acesso a formações complementares (especializações, pós-graduações e mestrados).

No presente estudo, verificaram-se crescentes médias nas atitudes favoráveis à presença da família “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” na habilitação bacharelato. Estes resultados são contrários aos obtidos por outros autores que afirmam que quanto mais diferenciado o nível de ensino mais favoráveis são as atitudes verificadas (Freitas, 2009; Sousa, 2011; Martins et al, 2012; Santos, 2012 e Silva et al., 2013).

Relativamente à dimensão “Família como um fardo”, o valor da média mais alto foi observado nos enfermeiros com a licenciatura, indo ao encontro dos resultados encontrados por Rodrigues (2013) e Tavares (2017).

Tal como Oliveira et al. (2009), Alves (2011), Rodrigues (2013) e Tavares (2017), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que revelem associações das habilitações académicas sobre a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

No entanto, Freitas (2009) no seu estudo a 372 enfermeiros dos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, indica que os enfermeiros licenciados são o grupo que maior importância dá ao trabalho com as famílias, tendo verificado diferenças estatisticamente significativas. Também Sousa (2011) encontrou significado estatístico na dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família.

• Título profissional

Em relação ao título profissional, 76,9% (10) detêm o título profissional de enfermeiro e 23,1% (3) de enfermeiros especialista, o que é corroborado pela OE (2018a) quando apresenta um total nacional de 55 273 enfermeiros e um total de 18 682 enfermeiros especialistas a nível nacional.

No presente estudo, constatou-se que são os profissionais com o título profissional de enfermeiro quem maior importância atribui à família o que é testemunhado por Tavares (2017). Porém, os resultados obtidos por Sousa (2011), Rodrigues (2013) e Silva et al. (2013) mostram que são os enfermeiros especialistas os que apresentam atitudes de maior suporte relativamente à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem, defendendo o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no seu regulamento das competências do enfermeiro especialista que salienta a importância da aquisição de conhecimentos específicos e aprofundados num domínio particular da enfermagem.

Relativamente à diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional não se observou significado estatístico o que vai ao encontro dos estudos de Alves (2011), Fernandes et al. (2015) e Tavares (2017). Todavia, Sousa (2011), Rodrigues (2013) e Silva et al. (2013) encontraram significado estatístico na variável título profissional face à atitude do enfermeiro perante a família.

Como já foi mencionado anteriormente, a especialização em enfermagem é o título profissional de 23,1% (3) dos participantes, sendo 15,4% (2) referentes à Enfermagem de Saúde Comunitária e 7,7% (1) à especialidade de Reabilitação. Neste seguimento, para a variável formação especializada não se observou existirem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativa.

• Formação em Enfermagem

Dos 13 profissionais que participaram neste estudo, 6 enfermeiros (46,2%) detêm formação em enfermagem de família sendo 4 em contexto académico e os restantes em formação contínua e em processo de autoformação.

Apesar de menos de metade dos enfermeiros possuírem esta experiência formativa na área da enfermagem de família, verificou-se que não existem diferenças significativas relativas à atitude dos enfermeiros com e sem formação em enfermagem de família tanto nas dimensões da escala como na globalidade da mesma. Verificou-se também, que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentaram resultados mais elevados nas dimensões “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família: fardo” enquanto que os enfermeiros sem formação em enfermagem de família apresentaram resultados mais altos na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”.

Resultados semelhantes foram testemunhados por Fernandes et al. (2015) e Tavares (2017), não obtendo também diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões da escala IFCE-AE.

Contudo, Silva et al. (2013), constataram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: fardo”, em que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam valores mais representativos face à dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, revelando assim atitudes de maior suporte para com a família. Igualmente, Angelo et al. (2014) obtiveram resultados semelhantes, observando valores médios mais altos nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” nos enfermeiros com formação em enfermagem, encontrando diferenças estatisticamente significativas nestas dimensões e na escala global.

Os resultados do atual estudo vieram evidenciar que a formação em enfermagem de família não é uma variável que se encontra associada à atitude dos enfermeiros face à família, contrariando os resultados de estudos nacionais (Freitas, 2009; Martins et al, 2010; Oliveira et al., 2011; Sousa, 2011).

• Exercício profissional

No que concerne aos anos de exercício profissional, os enfermeiros com tempo de exercício profissional superior a 30 anos apresentaram os valores médios mais altos nas dimensões favoráveis ao envolvimento da família: “Família: parceiro dialogante e recurso de

coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e naturalmente, os valores mais baixos ao considerar a “família como um fardo”, o que foi também concluído no estudo de Benzein et al. (2008b). Para Benzein et al. (2008b), os enfermeiros com alguns anos de experiência são capazes de considerar mais que o doente que cuidam, incluindo os membros da família como unidade de cuidados.

Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional possuírem menos experiência, concentrando simultaneamente os seus objetivos na execução de técnicas e tarefas específicas aos utentes, não prestando cuidados holísticos e capacidade de comunicação e atuação perante a família (Benner, 2005; Silva et al., 2013).

Porém, apurou-se que relativamente aos anos de experiência profissional, não existiam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala IFCE-AE e na sua nota global, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Galinha (2009), Alves (2011) e Rodrigues (2013). No entanto, Benzein et al. (2008b), Sousa (2011) e Silva et al. (2013) encontraram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala e os anos de experiência profissional.

• **Unidade onde exerce funções**

Os Enfermeiros que exercem funções nas UCC são quem apresenta valores mais elevados na dimensão “Família parceiro dialogante e recurso de coping” enquanto que os enfermeiros que exercem funções em USF são os que apresentam um valor mais baixos.

Na dimensão “Família como fardo”, os enfermeiros que exercem funções em Lar/UCCI apresentam valores mais elevados e os que exercem funções em UCC mostram os valores mais baixos. Estes resultados são o oposto dos resultados obtidos por Oliveira et al. (2011) e Silva et al. (2013) que afirmam que os enfermeiros que exercem em USF apresentam valores médios superiores aos dos restantes enfermeiros.

Estes resultados poderão ser explicados pela diversidade do contexto de cuidados que cada serviço apresenta bem como pelas diferentes formas de organização funcional dos cuidados das mesmas. Para além destas fundamentações, a reforma de 2005 dos CSP requereu novas adaptações dos profissionais e naturalmente uma preparação antecipada, como a formação em enfermagem de família, que penso que não se verificou.

Da análise da associação do tipo de unidade onde os enfermeiros exercem funções e as dimensões da escala IFCE-AE não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas, bem como na escala global, o que vem corroborar os estudos de Oliveira et al. (2011), Rodrigues (2013) e Fernandes et al. (2015). Porém, Silva et al. (2013) encontraram no seu estudo diferenças estatisticamente significativas.

• Tempo de serviço onde exerce funções

Respeitante ao tempo de serviço verificou-se que não existe associação estatística com o tempo de serviço, o que leva a inferir que não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala, o que vai ao encontro dos estudos de Freitas (2009), Rodrigues (2013), Silva et al. (2013) e Fernandes et al. (2015).

Observou-se que os enfermeiros que têm entre 4 a 6 anos de serviço na mesma unidade apresentam valores mais elevados na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping e conseqüentemente valores mais baixos na dimensão Família: fardo.

• Método de organização dos cuidados

Dos 13 profissionais que acederam participar no estudo, 8 enfermeiros mencionaram que utilizam como método de organização dos cuidados o método de equipa, tendo os restantes referido o método de enfermeiro de família. Após a comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do método de organização dos cuidados verificou-se que existe predomínio do método de equipa nas três dimensões da escala em detrimento do método de enfermeiro de família.

Silva et al. (2013) no seu estudo referem que o método de equipa é o que apresenta valores mais elevados na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”. Na dimensão “família como fardo”, o método de enfermeiro de família apresenta o menor valor de média, o que vai ao encontro do atual estudo. Todavia, Oliveira et al. (2009), encontrou resultados diferentes, em que o método funcional era o mais utilizado.

Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois métodos de organização dos cuidados no presente estudo, o que não vai ao encontro do estudo de Silva et al. (2013) que verificou existirem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões.

• Abordagem geral para o cuidado das famílias

Relativamente à variável abordagem geral para o cuidado das famílias, observou-se que a maioria dos enfermeiros respondeu afirmativamente a esta questão, verificando-se valores de média altos nas dimensões da escala “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” expressando desta forma atitudes positivas para o cuidado das famílias.

Da análise da associação da variável com a dimensões da escala IFCE-AE concluiu-se que existem diferenças estaticamente significativas nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e globalidade da escala.

Para Hanson (2005), o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias tem como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade, diferenciando assim vários tipos de abordagem da família.

Para Wright e Leahey (2012) existem diferentes abordagens, as enfermeiras generalistas, utilizam o conceito de família como um contexto ou recurso, enquanto que as especialistas, usam o conceito de família, como foco de cuidados.

Como já foi referido anteriormente, Friedman, Bowden e Jones (2003), distinguiram cinco níveis de prática de enfermagem de cuidados à família:

NÍVEL I (família como contexto); NÍVEL II (família como soma das suas partes: o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família);

NÍVEL III (subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados: o foco são os subsistemas familiares);

NÍVEL IV (família como cliente onde o alvo é a família como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente);

NÍVEL V (família como componente da sociedade).

Os mesmos autores, defendem ainda que a enfermagem de Família pode e deve ser exercida por todos os enfermeiros aos níveis I, II e III (primeiros níveis). Contudo o nível IV, ou seja, a enfermagem de sistemas de família e a enfermagem interpessoal avançada de famílias com disfunções estão destinadas a especialidades de enfermagem avançada, detentoras de saberes e aptidões na teoria e prática de família.

• **Experiência pessoal com familiares doentes**

Relativamente à variável experiência pessoal com familiares doentes, 11 enfermeiros responderam afirmativamente à questão. Verificou-se que na dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, existe associação da variável experiência anterior com familiares gravemente doentes e as suas atitudes para com as famílias. O mesmo se verificou na globalidade da Escala IFCE-AE.

Os resultados obtidos são defendidos por Benzein et al. (2008b) no seu estudo sobre a Escala IFCE-AE, onde demonstram que os enfermeiros que afirmam ter tido experiência com familiares doentes, apresentam atitudes mais favoráveis na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” do que aqueles que não tiveram qualquer experiência pessoal com familiares doentes. As mesmas autoras concluíram que a boa comunicação entre os enfermeiros e família é facilitada, se a pessoa enfrentou uma doença grave dentro da própria família. De acordo com Schwind (2004), o conhecimento profundo e a interpretação de uma experiência de doença auxiliam os profissionais a promover um cuidar holístico que revela a grande finalidade da enfermagem. Igualmente, Sousa (2011), reporta a ideia de que a experiência anterior com familiares gravemente doentes se encontra associada às atitudes dos profissionais. Porém, nem todos os autores concordam com este conceito, é o caso de Alves (2011) e de Rodrigues (2013) que nos seus estudos verificaram o oposto, considerando que esta experiência de vida dos enfermeiros não é determinante na sua relação com a família.

• **Estabelecimento**

No que diz respeito à atitude dos enfermeiros que se encontram a frequentar a formação no estabelecimento de ensino na Escola Superior de Saúde, verificou-se que são o grupo que apresentou valores médios mais baixos em considerar a família como “parceiro dialogante e recurso de coping” e como “recurso nos cuidados de enfermagem” e conseqüentemente valores mais altos ao considerar a família como “fardo”. Este resultado poderá dever-se ao facto de ser um grupo de enfermeiros que se encontra no 1º ano de formação e que ainda não terminou o mesmo ciclo de formação. Desta forma, este grupo ainda não adquiriu conhecimentos mais claros sobre os conceitos: enfermeiro de família, família, contexto familiar, família como objeto de cuidados, família como sistema, entre outros conceitos. No entanto, foi verificado que não existe associação entre a variável estabelecimento e as dimensões da Escala IFCE-AE.

5 - CONCLUSÃO

Partindo da questão de investigação: “Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem?” foi possível conhecer o valor da família na participação nos cuidados de enfermagem para os enfermeiros que colaboraram neste estudo.

O trabalho desenvolvido foi capaz de dar resposta ao objetivo geral: “Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à participação da família nos cuidados de enfermagem”. Verificou-se que os enfermeiros têm uma atitude favorável face à importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. A média total da escala IFCE-AE foi de 85,23, para um score máximo de 104.

Foi possível compreender que os enfermeiros percebem em primeiro lugar a família como parceiro dialogante e como recurso de coping (média de 41,15) e depois como recurso nos cuidados de enfermagem (média de 36,07).

Em relação ao objetivo específico “as atitudes que os enfermeiros mais adotam face à importância da família no processo de cuidar” destacam-se: “É importante saber quem são os membros da família do utente”, “Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente” e “É importante dedicar tempo às famílias”.

Relativamente ao objetivo específico: “Associar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática de cuidados centrados na família” verificou-se a não existência de associações estatísticas significativas das dimensões da escala com as variáveis género, idade, habilitações académicas, anos de experiência profissional, unidade onde exerce funções, tempo em anos de exercício profissional na unidade onde exerce funções, método de organização de cuidados, formação Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização, formação em enfermagem de família e estabelecimento e a existência de diferenças estatísticas significativas nas variáveis abordagem geral para o cuidado das famílias e experiências anteriores com familiares gravemente doentes.

Estes resultados vão ao encontro das diretrizes do foco da prática de cuidados do enfermeiro tendo por fundamento uma interação entre enfermeiro e paciente, família, grupos e comunidade.

O facto de a colheita de dados ter sido realizada num período antecedente ao estado de emergência decretado em Portugal no dia 18 de março de 2020 devido à pandemia

provocada por SARS - CoV 2 (Decreto n.º 2-A de 18 de março de 2020), foi por mim considerada a condicionante mais significativa deste desafio. A pandemia gerou sentimentos de insegurança, incerteza, medo e impotência, dificultando o quotidiano do ser humano. A articulação da gestão do tempo para a realização da investigação e o exercício das funções laborais e familiares foram também limitadoras, pois a sensação de que o tempo é escasso para abarcar todas essas funções/atividades, foi uma constante.

Como limitação do estudo destaco o número reduzido de participantes.

Neste desafio, posso dizer que ficou por formalizar a divulgação dos resultados do estudo de investigação e o desenvolvimento de intervenções de modo a melhorar as boas atitudes que já existem nos enfermeiros para com as famílias.

Perante o exposto, sugere-se a replicação deste estudo junto de um maior número de instituições e em diferentes áreas sociodemográficas do país, de forma a ter uma visão ampliada da importância da família na prestação de cuidados de enfermagem bem como das atitudes dos profissionais de saúde envolvidos nessa relação.

O investimento na formação contínua dos enfermeiros na respetiva área de modo a contribuir para a adoção de boas práticas e promoção da saúde das famílias e dos elementos que as constituem e a formação a nível académico, reforçando o melhor conhecimento deste tema aos alunos de enfermagem preparando-os assim para um futuro melhor de confraternização com os utentes e seus familiares, são algumas propostas apresentadas.

Com a finalização desta investigação, vivencia-se uma sensação de realização e de concretização dos objetivos propostos contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde muito significativos, bem como para o enaltecimento do papel dos enfermeiros. A elaboração deste relatório permitiu que o meu crescimento decorresse não só a nível profissional, mas também a nível pessoal, na medida em que consegui ultrapassar as dificuldades que se depararam enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista.

Através da descrição das atividades realizadas foi possível dar importância e visibilidade ao caminho formativo de desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar.

Apesar das dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho, são evidentes as aprendizagens e as experiências que irei, certamente, levar para a minha prática diária enquanto enfermeira especialista, desempenhando assim um papel ativo e dinâmico, no seio da equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos, com vista à prestação de cuidados altamente qualificados e de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., (2000). Desequilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto.
- Almeida, L. & Freire, T., (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Editor Psiquilíbrios.
 - Alves, C., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>.
 - Angelo, M., Cruz, A. S., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48, 75-81. doi: 10.1590/S0080-623420140000600011.
 - Antunes, L. (2009). A família e a Escola. Universidade do Minho.
 - Araújo, I. M. B., (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutl Isabel.pdf>.
 - Astedt - Kurki, P., et al. (2001). Interaction between adult patients's family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Finlândia. Vol.15. p.142-150.
 - Barker, P., (2000). Fundamentos da Terapia Familiar. Lisboa. Climepsi.
 - Benner, P., (2005). De iniciado a perito (2ª ed.). Coimbra. Quarteto.
 - Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B. I., (2008a). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Development. Journal of Family Nursing, 14(1), pp. 97-117. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Britt-Inger-Saveman/publication/5569850_Families%27_Importance_in_Nursing_Care_Nurses%27_Attitudes-An_Instrument_Development/links/00b7d528ef30895d3c000000/Families-Importance-in-Nursing-Care-Nurses-Attitudes-An-Instrument-Development.pdf
 - Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I., (2008b). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. Journal of Family Nursing, 14(2), pp. 162-180. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5371556_Nurses'_Attitudes_About_the_Importance_of_Families_in_Nursing_Care_A_Survey_of_Swedish_Nurses
 - Bertalanffy, L., (2008). Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis (RJ): Vozes.
 - Decreto n.º 14-A/2020 de 18 de março do Presidente da República (2020). Regulamenta a aplicação do estado de emergência. Diário da República, Série I - 1º Suplemento, N.º 57. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/130519527>.
 - Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Série I. N.º 38. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/247597>.
 - Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 abril do Ministério da Saúde (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República, Série I-A. N.º 93. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/175644>.
 - Decreto-lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde (2014). Estabelecimento dos princípios e do enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República, Série I. N.º 149. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>.
 - Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, Série II. N.º 28. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/66457154>.
 - Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, Série II. N.º 102. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67318639>.
 - Despacho n.º 10321/2012 de 1 de agosto do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2012). Determina a constituição do grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família. Diário da República, Série II. N.º 148. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/2653862>.

- Dias, M., (2011). Um Olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf.
- Dicionário da Língua Portuguesa Infopédia. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estat%2Bistica>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.
- Direcção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumo): Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos favoráveis à saúde ao longo da vida. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf.
- Direcção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020). Disponível em: <http://1nj5ms2li5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 7 (21-30). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>.
- Figueiredo, M., (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>.
- Fortin, M., (2000). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (2ª ed.) Loures. Lusociência.
- Fortin, M., (2009). Fundamentos e Etapas do processo de Investigação. Lisboa. Lusociência.
- Freitas, A., (2009). Enfermagem com famílias: Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamiliasAlexandraFreitas.pdf>.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice* (4th ed.). Connecticut, USA: Appleton & Lange.
- Friedman, M., Bowden, V., e Jones, E., (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. Upper Saddle River, USA: Prentice Hall/Pearson Education.
- Galinha, F., (2009). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Inicial Galinha, F., *Mediar para cuidar* (pp 160-177). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20863/1/Cap%20c3%a9adulo%209%20e2%80%93%20Contributos%20das%20t%20c3%a9nicas%20de%20media%20c3%a7%20c3%a3o%20familiar.pdf>.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Eisberg, D. (2011). *Psicologia: serviço de educação e bolsas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gliem, J., Gliem R., (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. Columbus: Midwest Research- to- Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, pp. 82-88. Disponível em: <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/gliem+&+gliem.pdf?sequence=1>.
- Hanson, S., (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures. Lusociência.
- Hanson, S., Kaakinen, J., (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência.
- International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Kaakinen, V, Hanson, S., (2010). Theoretical Foundations for the nursing of families. In Kaakinen, Gedaly-Duff, Coelho, & Hanson, *Family Health Care Nursing "Theory, Partice and Research"*. Philladelphia: Davis plus, (4ªed.), p.63-102.
- Laureano, R., (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS. O meu Manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-628-1.
- Marôco, J., (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa. Sílabo.
- Martins, J., (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., ...Carvalho, J. C., (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... J. C. Carvalho (Eds.), Redes de conhecimento em enfermagem de família (pp. 20-33). Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf• Maturana, H., Varela, F. (1992). The tree of knowledge: The biological roots of human understanding. Boston, USA: Shambhala.
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, C., (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In Carvalho, J. (Ed). Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família (pp. 44-54). Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf.
- McCubbin, M., McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel- Bissel & P. WinsteadFry (Eds). Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention (pp. 21-63). St Louis: Mosby- Year Book.
- Minuchin, S., (1979). Familles en thérapie. Paris, J. P. Delarge. Edição original, 1974.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed.
- Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G., (2012). Medicina de Família y Comunitaria. Volume II. (2ª Ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-8930-17-8.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... & Martins M., (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In: E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família, pp. 34-48. ISBN 978-989-96103-2-3.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., ...Martins, M., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista Escola de Enfermagem da USP, 45(6), pp.1331-1337. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2002). A cada família o seu enfermeiro. Lisboa. Editora Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.
- Ordem dos Enfermeiros, (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar. Disponível em: <https://silo.tips/download/regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 124. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67626882>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, Série II, n.º 135. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115698536>
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Dados estatísticos especialistas. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018a). Dados estatísticos especialistas. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, n.º 26. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., ...Carvalho, J. C., (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... J. C. Carvalho (Eds.), Redes de conhecimento em enfermagem de família (pp. 20-33). Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf• Maturana, H., Varela, F. (1992). The tree of knowledge: The biological roots of human understanding. Boston, USA: Shambhala.
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, C., (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In Carvalho, J. (Ed). Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família (pp. 44-54). Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf.
- McCubbin, M., McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel- Bissel & P. WinsteadFry (Eds). Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention (pp. 21-63). St Louis: Mosby- Year Book.
- Minuchin, S., (1979). Familles en thérapie. Paris, J. P. Delarge. Edição original, 1974.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed.
- Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G., (2012). Medicina de Família y Comunitaria. Volume II. (2ª Ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-8930-17-8.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... & Martins M., (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In: E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família, pp. 34-48. ISBN 978-989-96103-2-3.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., ...Martins, M., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista Escola de Enfermagem da USP, 45(6), pp.1331-1337. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2002). A cada família o seu enfermeiro. Lisboa. Editora Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.
- Ordem dos Enfermeiros, (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar. Disponível em: <https://silo.tips/download/regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 124. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67626882>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, Série II, n.º 135. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115698536>
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Dados estatísticos especialistas. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018a). Dados estatísticos especialistas. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, n.º 26. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

- Ordem dos Enfermeiros, (2019). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, Série II, n.º 184. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>.
- Organização Mundial Saúde (2003). Saúde para todos no século XXI: uma Introdução. Lisboa: Lusociência.
- Pocinho, M., (2009). Manual de estatística. Volume I. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. Disponível em: https://www.academia.edu/19525804/Estatistica_teorica_e_exercicios_passo_a_passo_Volume_I.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B., (2004) – Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Quivy, R., Campenhoudt, L., (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª ed. Lisboa. Gradiva.
- Relvas, A., (1982). A Família: introdução ao seu estudo numa perspetiva Sistémica. Revista Portuguesa de Pedagogia. XVI (I), pp. 307-319.
- Relvas, A., (1996). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A., (2000). O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Relvas, A., (2003). Por detrás do espelho: da Teoria à terapia com a família. (2ª ed). Coimbra. Quarteto.
- Relvas, A., Alarcão, M., (2002). Novas formas de família. Coimbra, Quarteto.
- Ribeiro, J.L., (2008). Metodologia da investigação em psicologia da saúde (2ª ed.). Porto. Legis editora.
- Rodrigues, L. M. O., (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27078&code=743>
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P., (2006). Metodologia de La Investigación (4ª ed.). México: McGrawHill.
- Santos, M. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/u1sd_re1182_td.pdf
- Schwind, J., (2004). When nurse-teachers become ill: a narrative inquiry into the personal illness experience of three nurse-teachers. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Curriculum, Teaching and Learning, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, Canada.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Silva, S. (2003). Adaptação Académica, Pessoal e Social do Jovem adulto ao Ensino Superior: Contributos do Ambiente Familiar e do Autoconceito (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Universidade de Coimbra). Disponível em: http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docentes/S_Silva/Tese.M.pdf
- Silva, M., Costa, M., & Silva, M., (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, 3 (11), 19-28. doi: 10.12707/R1113105.
- Sousa, E. S. A. S., (2011). A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf.
- Tavares, C. M. T., (2017). Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar (Relatório final Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Viseu). Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4532/1/MonicaCatarinaMartinsTavares%20DM.pdf>.
- Vilelas, J., (2009). Investigação: o processo de construção do conhecimento. Lisboa. Sílabo.
- World Health Organization. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2000/the-family-health-nurse-context,-conceptual-framework-and-curriculum&prev=search&pto=aue>
- Wright, L., & Leahey, M., (1990). Trends in nursing of families. Journal of Advanced Nursing. 15. pp. 148-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x>
- Wright, L & Leahey, M., (1994). Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention. (2ª ed.) Philadelphia. FA Davis.

- Wright, L., & Leahey, M., (2002). Enfermeiros e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. (3ªEd). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L., & Leahey, M., (2009). Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família (4ª ed.). Lisboa: Roca.
- Wright, L., & Leahey, M., (2012). Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família (5ª ed.). Lisboa: Roca.

APÊNDICE

APÊNDICE I: PROCESSO DE ENFERMAGEM

Plano de Cuidados da Família M (continua)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			DIMENSÃO ESTRUTURAL		
Foco	Juízo	Critério de Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados	Avaliação
Rendimento familiar	Insuficiente	-Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar se situar no grau 4 - rendimento inferior ao mínimo nacional por pessoa)	-Orientar família para serviços sociais; -Promover gestão de rendimentos familiares -Promover o conhecimento e capacidade da família sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	- Que a família consiga gerir eficazmente os recursos económicos da família garantindo os bens essenciais (bens alimentares, produtos de higiene pessoal e da casa e vestuário) necessários para a satisfação das necessidades	Não foi possível avaliar até 4/6/2019
	Não demonstrado				
Arranjar a casa	Comprometido	- Cozinha revelava má higienização apresentando-se suja (pó) e com acumulação de comida e louça suja	- Avaliar a existência de produtos de higiene para a casa - Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional - Motivar para a higienização da casa - Avaliar as capacidades do prestador de cuidados	- Que a família apresente uma habitação higienizada	Não foi possível avaliar até 4/6/2019
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			DIMENSÃO DESENVOLVIMENTISTA		
Papel Prestador Cuidados	Comprometido	- Acontecimento imprevisível (dependência mais acentuada de MPM e hospitalizações)	- Avaliar papel de prestador de cuidados - Planear encontro com o prestador de cuidados - Assistir o prestador de cuidados a adequar o "tomar conta" - Apoiar o prestador de cuidados no "tomar conta" - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação	- Que o cuidador aceite e se adapte a esta nova etapa do ciclo vital (cuidador de adulto dependente)	Durante contatos com cuidadora CSM, verificou-se uma aceitação e uma adaptação gradual positiva
Luto	Presente	-Falecimento recente de irmão de CSM	- Avaliar processo de luto - Apoiar no luto - Ensinar pessoa sobre o luto	-Que realize processo de luto sem intercorrências	-Não foi possível avaliar até 4/6/2019

APÊNDICE I: PROCESSO DE ENFERMAGEM

Plano de Cuidados da Família M (continuação)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			DIMENSÃO FUNCIONAL		
Foco	Juízo	Critério de Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados	Avaliação
Processo Familiar	Sem compromissivo	Processo Familiar altamente funcional, segundo Apgar Familiar de Smilkstein Familiar (pontuação 10)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o APGAR de Smilkstein Familiar, de forma a conhecer a funcionalidade da família - Avaliar coping e stress familiar - Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes - Identificar obstáculos à comunicação; - Promover, estimulando a comunicação expressiva das emoções - Otimizar padrão de ligação promovendo o envolvimento da família - Manter avaliação do processo familiar não disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> - Que a família consiga manter motivação para a resolução dos problemas familiares. - Que a família mantenha a comunicação de forma assertiva com as redes de apoio que lhe prestam cuidados 	Família funcional
	Risco de compromisso	Avaliação da Escala Faces II, a família apresenta um nível de coesão 7 (muito ligada) e um nível de adaptabilidade de 7 (muito flexível) sendo uma família equilibrada (valor 7).			
Papel Prestador Cuidados	Adequado	-CSM encontra-se disponível para satisfazer as necessidades humanas básicas de MPM	<ul style="list-style-type: none"> - Manter avaliação do papel de prestador de cuidados - Elogiar o envolvimento do prestador cuidado - Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Que CSM mantenha a prestação de cuidados a MPM 	Papel prestador de cuidados adequado

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

PARTE I

Assinale a opção correspondente à sua resposta:

1. 1. Género *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outro

2. 2. Idade (anos) *

3. 3. Título Profissional *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

4. 4. Habilitações Académicas *

Marcar apenas uma oval.

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. 5. Experiência Profissional (anos) *

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

6. 6. Unidade onde exerce funções *

Marcar apenas uma oval.

- UCSP
- UCC
- Outra

7. 6.1 Se respondeu "Outra" na questão anterior indique, por favor, qual:

8. 7. Há quanto tempo exerce a sua função nesta Unidade? *

Marcar apenas uma oval.

- < 1 Ano
- 1-3 Anos
- 4-6 Anos
- 7-9 Anos
- > 9 Anos

9. 8. Método de Organização dos Cuidados *

Marcar apenas uma oval.

- Método Funcional ou de Tarefa
- Método de Enfermeiro de Família
- Método de Equipa

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

10. 9. Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. 9.1 Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor indique qual ou quais.

12. 10. Tem formação em Enfermagem da Família? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. 10.1 Se respondeu "Sim" na questão anterior, por favor assinale a opção:

Marcar apenas uma oval.

Em contexto académico

Em formação contínua

Em processo de autoformação

Noutros contextos

14. 11. Existe uma abordagem geral para o Cuidado das Famílias, no seu local de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

15. 12. Experiência anterior com familiar gravemente doente? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Escala "Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros" (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. et al., 2009)

PARTE II

- Não há respostas certas ou erradas.
- Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.
- Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e assinale a sua opinião, conforme o seguinte:

- 1 - Discordo completamente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo completamente

16. 1. É importante saber quem são os membros da família do utente. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

17. 2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

18. 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 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"/>

20. 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"/>

21. 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"/>

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

22. 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"/>

23. 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. 9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

26. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 12. Procuo 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"/>

28. 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"/>

29. 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"/>

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

30. 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"/>

31. 16. Pergunto às famílias como as posso apoiar. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. 18. Considero os membros da família como parceiros. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

34. 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. 22. É importante dedicar tempo às famílias. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

38. 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. 24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. 26. A presença de membros da família deixa-me em stress. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção sem título

Obrigada pela sua colaboração.

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM"

Ana Rita Bértolo e Cristina Lourenço Carvalho, enfermeiras, a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar um estudo com o título "Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem", vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento deste Questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de Investigação e tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros que frequentam a 3.ª edição do referido Mestrado, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes distintas: a primeira parte é constituída por doze questões, onde se pretende colher dados, para a caracterização da amostra e das variáveis independentes, relevantes para o estudo; a segunda parte é constituída pela Escala IFCE-AE ("A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros").

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas, exclusivamente, para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Assim sendo, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si. Mais informamos que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

***Obrigatório**

CONSENTIMENTO
LIVRE E
INFORMADO

Ao responder a este questionário, está a confirmar o seguinte:

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar;
- Tem conhecimento de que os dados obtidos, e por si respondidos, serão usados somente para fins científicos;
- Reconhece que não terá qualquer encargo económico, nem receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;
- Foi-lhe assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a sua privacidade e identidade;
- Compreende que é livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

ANEXO II: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

04/08/2021

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE DE ANS...

"IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE DE ANSIÃO"

Ana Rita Bértolo e Cristina Lourenço Carvalho, enfermeiras, a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar um estudo com o título "Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Ansião", vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento deste Questionário.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de Investigação e tem como objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham neste Centro de Saúde, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes distintas: a primeira parte é constituída por doze questões, onde se pretende colher dados, para a caracterização da amostra e das variáveis independentes, relevantes para o estudo; a segunda parte é constituída pela Escala IFCE-AE ("A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros").

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas, exclusivamente, para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretendendo apenas recolher opiniões pessoais. Assim sendo, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si. Mais informamos que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

***Obrigatório**

CONSENTIMENTO
LIVRE E
INFORMADO

Ao responder a este questionário, está a confirmar o seguinte:

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- Compreende que tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar;
- Tem conhecimento de que os dados obtidos, e por si respondidos, serão usados somente para fins científicos;
- Reconhece que não terá qualquer encargo económico, nem receberá nenhum pagamento, ou gratificação, pela participação no referido estudo;
- Foi-lhe assegurado que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a sua privacidade e identidade;
- Compreende que é livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

**ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer N° 561/ 02-2019

Título do Projecto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade, Carolina Henriques, outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.

Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.

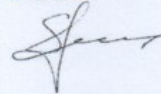
Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.

Estão descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será *on line*. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido.

O relator:



Data: 12/03/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Manuela Nunes Botelho



ANEXO IV: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE ACeS PIN E AUTORIZAÇÃO DO MESMO



POLITÉCNICO
DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Conselho Clínico e de Saúde

Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte

Ex.mos Srs.

Somos alunas do 2.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Júlia Maria Avelar Santos, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, e do Sr. Professor João Manuel Graça Frade.

No âmbito da investigação do Mestrado referido vimos, por este meio, solicitar a V.ª Excelência a autorização para realização de um estudo cujo domínio da investigação visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde de Ansião, nomeadamente na UCSP de Ansião e na UCC Nabão, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

O título do estudo é “Importância atribuída à Família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Ansião” e tem como objetivos “conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante no processo de cuidados; identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados”.

Este estudo já tem a aprovação de uma Comissão de ética, cujo parecer enviamos em anexo.

Para a realização deste estudo, necessitamos de realizar uma colheita de dados, através da aplicação de um questionário, organizado em dois grupos: Grupo I – Recolhe dados Sociodemográficos e Profissionais dos Enfermeiros e Grupo II – Avalia “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” através da Escala IFCE-AE, traduzida e adaptada culturalmente à população portuguesa e tradução realizada por Oliveira *et al* 2009, àqueles profissionais, durante o mês de janeiro de 2020.

Considerando as questões éticas e deontológicas que uma investigação neste âmbito assume, comprometemo-nos a respeitar os princípios de confidencialidade, privacidade e a livre vontade dos participantes em colaborar neste estudo, a assegurar que os dados são recolhidos de forma anonimizada, bem como ceder os resultados desta investigação, caso o desejem.

Agradecendo, desde já, a colaboração e disponibilidade demonstradas.
Os melhores cumprimentos.

Pedem Deferimento
10 de janeiro de 2020

Ana Rita Bértolo

(Ana Rita Bértolo)

Cristina Lourenço Carvalho

(Cristina Lourenço Carvalho)

ANEXO IV: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE ACeS PIN E AUTORIZAÇÃO DO MESMO

De: Cristina Lourenço Carvalho <5180011@my.ipleiria.pt>
Enviado: 28 de janeiro de 2020 13:34
Para: PCCS Pinhal Interior Norte <pccs.pin@arscentro.min-saude.pt>
Assunto: Investigação Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Conselho Clínico e de Saúde
Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte
Ex.mos Srs.

Somos alunas do 2.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.

No âmbito da investigação do Mestrado referido vimos, por este meio, solicitar a V.ª Excelência a autorização para realização de um estudo cujo domínio da investigação visa a caracterização das atitudes dos enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde de Ansião, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Este estudo já tem a aprovação de uma Comissão de ética, cujo parecer enviamos em anexo, bem como os respetivos instrumentos de colheita de dados.

Agradecendo, desde já, a colaboração e disponibilidade demonstradas.
Os melhores cumprimentos.

Ana Rita Bértolo e Cristina Lourenço Carvalho

De: Cristina Lourenço Carvalho
Enviado: 29 de janeiro de 2020 09:46
Para: Ana Rita Bértolo
Assunto: FW: Investigação Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

De: PCCS Pinhal Interior Norte <pccs.pin@arscentro.min-saude.pt>
Enviada: 29 de janeiro de 2020 09:43
Para: Cristina Lourenço Carvalho <5180011@my.ipleiria.pt>
Cc: Julia Maria Avelar Santos <JMSantos2@arscentro.min-saude.pt>; PCCS Pinhal Interior Norte <pccs.pin@arscentro.min-saude.pt>; DE Pinhal Interior Norte <de.pin@arscentro.min-saude.pt>
Assunto: RE: Investigação Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

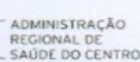
EXmas. Senhoras Enfermeiras Ana Rita Bértolo e Cristina Lourenço Carvalho

O CCS analisou o projeto de investigação proposto, e considera pertinente e de todo o interesse o tema abordado.

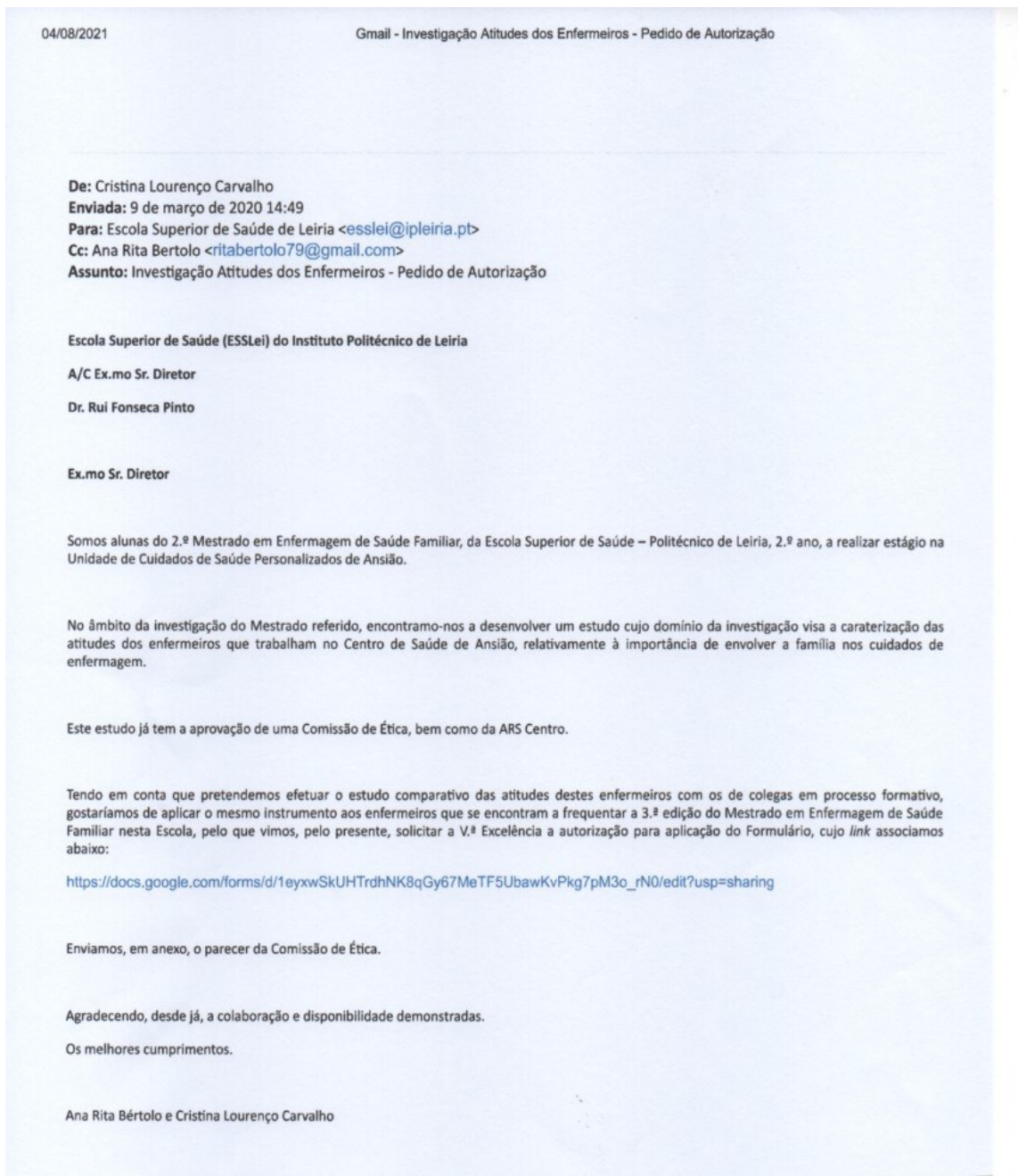
O CCS autoriza desta forma a realização do estudo e solicita às investigadoras que partilhem os resultados ao CCS.

Com os melhores cumprimentos,

Célia Mendes
Conselho Clínico e de Saúde
ACeS Pinhal Interior Norte
Av. Coelho da Gama, nº 32, 3200-200 Lousã
Telefone - 239 077 000
pccs.pin@arscentro.min-saude.pt



ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS AO SR. DIRETOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA E AUTORIZAÇÃO DO MESMO



ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS AO SR. DIRETOR DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA E AUTORIZAÇÃO DO MESMO

Investigação Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

Cristina Lourenço Carvalho <5180011@my.ipleiria.pt>
Para: Ana Rita Bertolo <ritabertolo79@gmail.com>

13 de março de 2020 às 10:45

De: Expediente ESSLEI <expediente.esslei@ipleiria.pt>
Enviada: 13 de março de 2020 10:21
Para: Cristina Lourenço Carvalho <5180011@my.ipleiria.pt>
Assunto: RE: Investigação Atitudes dos Enfermeiros - Pedido de Autorização

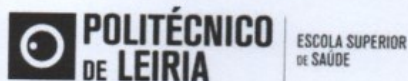
Exmas. Senhoras,

Encarrega-me a Sra. Subdiretora da ESSLei, Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, de levar ao conhecimento de Vossas Excelências, o despacho sobre o pedido infra, que se dá integralmente por reproduzido:

"No uso de competência delegada/subdelegada no âmbito do Despacho N.º 10/2020, de 26 de fevereiro, autorizo sendo que os estudantes devem acordar com o coordenador de curso a melhor estratégia para o fazer. Saliento que o envio deste tipo de inquéritos não pode ser enviado para emails pessoais dos estudantes. Dar conhecimento aos estudantes e ao coordenador do mestrado, a professora Clarisse Louro".

Com os melhores cumprimentos,

Gabriela Freitas
Expediente Geral



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Campus 2

Morro do Lena – Alto do Vieiro

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL
Tel. (+351) 244 845 300 | Ext. 210277
expediente.esslei@ipleiria.pt | www.ipleiria.pt

<https://mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=8ca21950c6&view=lg&permmsgid=msg-f:1661045427042520591>

1/3