

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

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

Silvina Feliciano
nº 5200334

Leiria, outubro 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

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

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO III - ENFERMAGEM DE CUIDADOS
DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UCSP/HOSPITAL



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO
Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no
processo de cuidar

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

Silvina Feliciano nº 5200334
Professor Supervisor: João Frade
Enfermeira Orientadora: Cláudia Santos

RESUMO

Os cuidados de saúde primários são para a sociedade a pedra basilar de uma equidade social em saúde para a promoção e prevenção centrados nas necessidades, preferências e bem-estar das populações. Abordam as determinantes da saúde ao longo do ciclo vital da pessoa, nos mais vastos aspetos, para o equilíbrio da sua saúde física, social e o seu bem-estar e a maioria das necessidades da saúde da pessoa, o que inclui a prevenção, tratamento, reabilitação e os cuidados paliativos.

A intervenção da enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar; fundamentada na relação colaborativa entre enfermeiro e família. A criação da especialidade de Especialista de Família, com as suas competências comuns e específicas, que segundo a Ordem dos Enfermeiros a cada família o seu enfermeiro. É premente que famílias tenham enfermeiro, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde da família ao longo do ciclo vital, a nível dos diferentes níveis. O enfermeiro deve juntamente com a família procurar a melhor forma de integrar as intervenções de enfermagem, num processo decorrente de uma transição na família, a intervenção de enfermagem deve ser no sentido de trabalhar com a família, respeitando a sua autonomia, crenças valores e capacidade de decisão

As atitudes dos enfermeiros dos cuidados da enfermagem perante a família são avaliados através de um estudo com duas partes, a primeira parte apresenta os dados sociodemográficos e a segunda parte é a aplicação da escala IFCE - AE (importância das famílias nos cuidados de enfermagem - as atitudes dos enfermeiros); foi utilizada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, com uma amostra de 26 enfermeiros 19 enfermeiros da consulta da consulta externa e seis enfermeiros do centro de saúde. Nos resultados do estudo pode verificar-se que não existe diferença das atitudes entre os enfermeiros da UCSP e da CE, pode verificar-se ainda que os enfermeiros assumem atitudes positivas e de suporte face às famílias. Os cuidados de saúde devem continuar a ser centrados na família quando um dos seus elementos está em transição, interfere com toda a família. A formação em enfermagem de família é premente, em todas as unidades de saúde, a família está sempre presente. Na população da amostra, tem formação em enfermagem da família 15,4% e não têm formação em enfermagem de família 84,6%.

Palavras-chave: Atitudes. Cuidados de enfermagem. Enfermeiros de família. Famílias.

ABSTRACT

For society, primary health care is the cornerstone of social equity in health for promotion and prevention focused on the needs, preferences and well-being of populations. They address the health determinants throughout the person's life cycle, in the broadest aspects, to balance their physical and social health and well-being and most of the person's health needs, which includes prevention, treatment, rehabilitation and palliative care.

Family-centered nursing intervention is a caring approach; based on the collaborative relationship between nurses and families. The creation of the Family Specialist specialty, with its common and specific skills, which, according to the Order of Nurses, each family is its nurse. It is imperative that families have nurses, with a view to promoting and maintaining family health throughout the life cycle, at different levels. The nurse must, together with the family, seek the best way to integrate nursing interventions, in a process resulting from a transition in the family, the nursing intervention must be aimed at working with the family, respecting their autonomy, values and decision-making capacity

The attitudes of nursing care nurses towards the family are evaluated through a study with two parts, the first part presents sociodemographic data and the second part is the application of the IFCE - AE scale (importance of families in nursing care - the nurses' attitudes); A quantitative, descriptive, analytical and correlational methodology was used, with a sample of 26 nurses, 19 nurses from the external consultation and six nurses from the health center. Our study results show that there is no difference in attitudes between nurses at UCSP and CE, and it can also be seen that nurses assume positive and supportive attitudes towards families. Health care must continue to be family-centered when one of its members is in transition, interfering with the entire family. Training in family nursing is urgent; in all health units, the family is always present. In the sample population, 15.4% had training in family nursing and 84.6% had no training in family nursing.

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

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

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

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHL - Centro Hospitalar de Leiria

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DR - Diário da República

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

ICN - International Council of Nurses

IDG - Índice de Desempenho Global

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

IFNA - *International Family Nursing Association*

INE - Instituto Nacional de Estatística

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

USF - Unidade de Saúde Familiar

INDÍCE

INDICE DE FIGURAS	vii
INDICE DE QUADROS	vii
INDICE DE GRÁFICOS	vii
INDICE DE TABELA	vii

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	13
1.1 MISSÃO E OBJETIVOS	14
1.2 ESPAÇO FÍSICO	15
1.3 EQUIPAMENTOS	17
1.4 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	17
1.5 RECURSOS HUMANOS DO CENTRO DE SAÚDE	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	18
2.1 AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL	18
2.2 RECURSOS MATERIAIS	18
2.3 RECURSOS HUMANOS	19
2.4 ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DOS UTENTES	20
2.5 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP	21
2.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM	23
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	27
2.1 FAMÍLIA	27
2.2 ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	28
2.3 – TEORIAS DE ENFERMAGEM	33
2.4 ATITUDES	35
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	38
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	38
3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	43
3.1.3 Domínio da gestão de cuidados	46
3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	48
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	50
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
5. METODOLOGIA	56

5.1 TIPO DE ESTUDO.....	56
5.3 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	57
5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	59
5.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	60
5.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	60
6. TRATAMENTO DOS DADOS	63
6.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	64
6.1.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	64
6.1.2 Consistência interna da escala IFCAE-AE	68
6.1.3 Análise inferencial dos resultados das técnicas aplicadas para testar as hipóteses.....	70
7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
8 - CONCLUSÃO.....	81
BIBLIOGRAFIA	84

APÊNDICES

APÊNDICE I - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

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

ANEXO III - PROTOCOLO PARA PEDIDO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO AO CHL

ANEXO IV - PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHL

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

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa área geográfica ACES Pinhal Litoral.....	15
Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Norte.....	15
Figura 1 – Mapa de acesso ao UCSP Monte Redondo.....	20

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 – Utilizadores dos serviços em 2020, distribuídos por grupos etários.....	21
Gráfico 2 – Problemas de saúde mais frequentes na UCSP Norte Monte Redondo.....	22

INDICE QUADROS

Quadro 1 – Recursos humanos da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio).....	16
Quadro 2 – Recursos humanos da UCSP Monte Redondo.....	19
Quadro 3 - Variável dependente.....	59
Quadro 4 - Variáveis independentes	60
Quadro 5 - Dimensões e afirmações da Escala IFCE – AE.....	62

INDICE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de desempenho assistencial em abril 2021.....	26
Tabela 2 - Competências do domínio da responsabilidade ética e legal.....	40
Tabela 3 - Competências do domínio melhoria da qualidade	45
Tabela 4 - Competências do domínio da gestão dos cuidados	47
Tabela 5 -Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	49
Tabela 6 - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	53
Tabela 7 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	55
Tabela 8 - Distribuição de acordo com o sexo.....	65
Tabela 9 - Distribuição de acordo com a idade.....	66
Tabela 10 - Distribuição de acordo com o estado civil.....	66
Tabela 11 - Distribuição de acordo com o grau académico.....	67

Tabela 12 - Distribuição de acordo com a especialidade.....	67
Tabela 13-Distribuição de acordo com o tempo de exercício profissional.....	67
Tabela 14 -Distribuição da amostra com a Pós-graduação.....	68
Tabela 15 - Distribuição da amostra com Mestrado.....	68
Tabela 16 - Distribuição de acordo com o tempo de exercício profissional no serviço atual..	68
Tabela 17 - Distribuição da amostra de acordo com o local onde exercem serviço.....	66
Tabela 18 - Distribuição da amostra de acordo com formação em enfermagem de família...	69
Tabela 19 - Distribuição da amostra de acordo com formação em enfermagem de Família em que contexto.....	69
Tabela 20 - Análise da fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE adaptação portuguesa e no estudo atual.....	70
Tabela 21 – Análise da consistência interna da escala IFCE-AE nos diversos estudos, em Portugal.....	71
Tabela 22 - Teste de Shapiro-Wilk das dimensões da Escala IFCE-AE.....	72
Tabela 23 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman.....	72
Tabela 24 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil - Teste de Kruskal-Wallis.....	73
Tabela 25 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal-Wallis.....	74
Tabela 26 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional – Teste de Mann-Whitney.....	75
Tabela 27 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional – Teste de Spearman.....	75
Tabela 28 – Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde exerce cuidados – Teste de Mann-Whitney.....	76
Tabela 29 – Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família – Teste de Mann-Whitney.....	77

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 4º curso 2º ano de 3º semestre do Mestrado em Enfermagem 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.

A atitude dos enfermeiros é determinante na qualidade que se estabelece entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes

Uma postura positiva perante a família implica considerar os seus saberes, as suas crenças, e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo em situações de divergentes de opinião. O enfermeiro de família na sua prática especializada desenvolve um trabalho de parceria com a família numa abordagem sistémica.

A investigação é o motor de evolução da enfermagem, enquanto profissão, ciência, disciplina e arte. Dela emerge a renovação do conhecimento essencial para a contextualização do campo de intervenção, que compreende o campo da promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado da pessoa e família ao longo do ciclo vital (ICN, 1999).

O estudo de investigação relevante para a teoria e prática de enfermagem de família tem de considerar na perspetiva de Barbiéri (2002), os sentimentos e as atitudes dos enfermeiros sobre a família tendo em vista uma melhoria nos cuidados com a família.

Este trabalho de investigação intitulado “Atitude dos enfermeiros face à importância da família no processo do cuidado”, surge com a finalidade de conhecer as atitudes dos enfermeiros face ao cuidar perante a família, e dessa forma conhecer quais as atitudes dos enfermeiros, perante a família na prestação dos cuidados de enfermagem. proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional com a família e a finalidade de conhecimento de atitudes dos enfermeiros e a sua realidade.

Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de

todas as pessoas implicadas no processo de cuidados (Araújo, 2010). A qualidade destes cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem

Esta investigação decorreu no período do estágio III, que decorreu no período de 13 de setembro de 2021 a 28 janeiro de 2023, com a duração de 297,5 horas de estágio efetivo de 200 horas, em orientação tutorial.

Os objetivos gerais de aprendizagem são deste estágio são:

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

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

Como objetivos específicos de aprendizagem:

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

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

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

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

Como objetivos transversais:

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

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

Esta pesquisa intitulada “Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuida” surge com a finalidade conhecer as atitudes dos enfermeiros por parte dos enfermeiros perante a família, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a mudança de comportamento pode ser conseguida, com o

reforço do conhecimento e disponibilização de informação credível na área da enfermagem de família. Concretiza-se num estudo de carácter quantitativo, que pretende conhecer as eventuais diferenças de atitudes entre os enfermeiros do Centro de Saúde e os Enfermeiros da Consulta Externa, face à família e a sua tradução perante os cuidados de enfermagem e às três dimensões da escala IFCE – AE.

O presente relatório apresenta os contornos desta investigação e tem naturalmente por objetivos:

- identificar as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados.
- Identificar as atitudes dos enfermeiros da consulta externa de um hospital na abordagem a família como parte integrante do processo de cuidados.
- Identificar se as várias variáveis socio demográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.
- Analisar as atitudes dos enfermeiros da UCSP na abordagem à família com parte integrante do processo dos cuidados.
- Analisar as atitudes dos enfermeiros na consulta externa na abordagem à família com parte integrante no processo de cuidados-
- identificar as diferentes atitudes entre os enfermeiros da consulta externa e os enfermeiros da UCSP na abordagem a família parte integrante no processo dos cuidados.

Foram colocadas duas questões de investigação, pretende-se averiguar: “Quais atitudes que os enfermeiros de um serviço hospitalar, consulta externa adotam face à família no processo do cuidar” e “Quais atitudes que os enfermeiros de uma UCSP adotam face à família no processo do cuidar”,

Foi realizada um estudo de investigação, quantitativo, descritivo, analítico e correcional, com uma amostra de 26 enfermeiros a exercerem funções na UCSP de Monte Redondo e Consulta Externa do Hospital de Leiria. O presente relatório é constituído por seis partes: Introdução, Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, Fundamentação Teórica,

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar, Prática Especializada Baseada na Evidência (Investigação) e Conclusão.

1 CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os cuidados de saúde primários são, para a sociedade, a pedra basilar de uma equidade social em saúde para a promoção e prevenção, centrados nas necessidades preferências e bem-estar das populações; abordam as determinantes da saúde ao longo do ciclo vital da pessoa, nos mais vastos aspetos, para o equilíbrio da sua saúde física, social e o seu bem-estar e a maioria das necessidades da saúde da pessoa, o que inclui a prevenção, tratamento, reabilitação e os cuidados paliativos. A OMS define cuidados de saúde com base em três componentes: satisfação das necessidades das pessoas em saúde, prestando cuidados à pessoa e famílias ao longo de toda a vida, como elementos centrais dos cuidados; abordagem de forma sistemática, os determinantes da saúde, desde fatores económicos a fatores comportamentais e por fim a capacitação das pessoas e famílias e comunidades para promoção de políticas que promovam o seu bem-estar, para procurar otimizar a sua saúde e serem agentes ativos na comunidade como “...co criadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros” (OMS, 2021).

A utilização dos CSP pela comunidade e a aplicação dos programas de saúde de forma eficaz e eficiente, são uma forma de melhorar a qualidade de saúde, uma redução de encargos económicos a nível do sistema público; leva a uma diminuição de internamentos hospitalares, está comprovado que existem ganhos em saúde, com uma maior prevenção e a melhoria do bem-estar das pessoas.

A reforma dos cuidados de saúde em Portugal emergiu da necessidade da gestão de recursos de saúde em 2005 e assentava na premissa de uma modernização e reconfiguração, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade; indo de encontro à Lei de Bases da Saúde - lei nº 48/90 de 24 de agosto de 1990, os CSP “são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades”.

Após esta reforma, estabelece-se a criação, estrutura e o funcionamento dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, os denominados: ACeS. Decreto-lei nº 28/2008.

Com este Decreto-Lei, em 2008, foram criados as USF: equipas multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas que operam nos centros de saúde, dão resposta de forma autónoma e flexível às necessidades de saúde de um conjunto de famílias de modo personalizado; são constituídas por médico, enfermeiro e administrativo, para o mesmo número de famílias. As UCSP têm uma estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam

também cuidados personalizados garantindo a acessibilidade a continuidade e a globalidade dos mesmos a equipa composta por médico enfermeiro e administrativo.

O plano local de saúde tem como missão assegurar os cuidados de saúde primários com segurança, eficiência, humanização e qualidade à população. Esta orientação vai ao encontro do que é preconizado pela OMS, na sua definição de cuidados de saúde quando, em 2021 diz “...que os cuidados de saúde primários são uma abordagem de toda a sociedade a saúde e bem-estar, centrado nas necessidades e preferências das pessoas famílias e comunidades”.

O plano local de ação do ACES Pinhal litoral é o orientador para todas as unidades funcionais do mesmo e tem como missão:

“Identificar problemas e necessidades de saúde da população; constituir-se como uma referência para as políticas de saúde locais; promover a melhoria da saúde da comunidade, através das projeções pretendidas, operacionalizadas em metas a alcançar; ser um instrumento de gestão com vista à tomada de decisão dos líderes de saúde locais; promover um trabalho em rede com as diferentes entidades de saúde locais, outros setores de atividade e sociedade; integrar, articular e potenciar esforços dos parceiros, numa abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas; comunicar o estado de saúde da população, quer a nível interno quer com a comunidade; promover uma maior participação e capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu capital individual e social de saúde, na coprodução de políticas de saúde; servir de guia para a operacionalização das estratégias nacionais, regionais e locais propostas e permitir a monitorização e avaliação do desempenho.”(ACES PL, 2018)

1.1 MISSÃO E OBJETIVOS

A missão e os objetivos para a USCP Norte (Arnaldo Sampaio) têm como base o plano de ação local do ACES PL de 2019.

A UCSP Norte (Arnaldo Sampaio) e o ACES negociaram e comprometeram-se a assegurar o plano de ação, nos termos de referência para a contratualização de Cuidados de Saúde do SNS em 2019, assim como na sua operacionalização. A missão é fundamentada no direito do cidadão aos cuidados de saúde segundo o BI-CSP é assegurar os cuidados de saúde primários com segurança, eficiência, humanização e qualidade à população da UCSP Norte.

Os objetivos da unidade para a área de enfermagem são:

- Melhorar o controle da TA dos doentes hipertenso.
- Prevenir a violência contra os profissionais de saúde.
- Aumentar o número de consultas pelo enfermeiro de família.

Restantes objetivos da unidade

- Aumentar a prescrição da vacina antigripal nos grupos de risco;
- Diminuir o número de consultas programadas entre as 8 e as 18 horas e aumentar o número de consultas programadas entre as 17 e 20 horas;
- Remover o registo de FEV1 na ficha individual do utente;
- Diminuir a prescrição de cefalosporina;
- Aumentar a taxa de utentes dos 50/75 anos com rastreio de cancro Colorretal;
- Aumentar o registo da ecografia do primeiro trimestre de gravidez;
- Aumentar a taxa de visitação médica domiciliária.

1.2 ESPAÇO FISICO

Aquando da criação dos agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), para uma melhor organização dos cuidados de saúde, incrementação do acesso aos mesmos e gerir os ganhos em saúde, pelo decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro; foi decretado pelo artigo nº 7 que os ACES devem compreender entre outras, as seguintes unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados Personalizados. Sendo as características comuns de cada unidade funcional da sua constituição: uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica que atua em intercooperação com as demais unidades do centro de saúde e do ACES. O artigo 10º do mesmo decreto-lei caracteriza a UCSP como a unidade que presta cuidados personalizados, garantindo a continuidade e a globalidade dos mesmos; refere ainda que a equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

A criação dos ACES foi sofrendo sucessivas alterações, até que em 2012, pela portaria nº 394 de 29 de novembro foi criado agrupamento do ACES Pinhal Litoral que se situa na faixa Litoral e no sudoeste da região centro. Está delimitada a Norte pela sub-região do Baixo Mondego, a Este pelas sub-regiões do Pinhal Interior Norte e Médio Tejo, a Sul pela sub-região da Lezíria do Tejo, a Sudoeste pela sub-região do Oeste e a Ocidente pelo Oceano Atlântico.

1.3 EQUIPAMENTOS

Na UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), a unidade de saúde possui sala de enfermagem, gabinetes médicos, salas de espera e receção. Os gabinetes de enfermagem são atribuídos um a cada enfermeiro, estão equipados com todo o material necessário à prestação de cuidados: material de penso, balança pediátrica, balança de adulto, medidor de tensão arterial, material específico para a consulta de diabetes, entre outros.

Não possui viatura própria, todas as deslocações necessárias para visita domiciliária são realizadas em táxi.

1.4 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento da UCSP Norte Monte - Largo dos Combatentes da Grande Guerra, 3 – Monte Redondo: 2ª a 6ª feira das 8:00 às 20:00 horas.

Polo da Bajouca – Rua dos Andreses, Bajouca de Cima: 2ª a 6ª feira das 9:00 às 13:00 horas e 14:00 às 17:00 horas.

Polo do Coimbrão - Largo D. Dinis de Melo, Coimbrão: 2ª a 6ª feira das 8:00 às 16:00 horas.

Polo de Monte Real/Carvide – Rua da Telheira, Monte Real: 2ª a 5ª feira 8:00 às 13.00 horas e 14:00 às 16:00 Horas e 6ª feira das 8.00 às 12:00 horas.

1.5 RECURSOS HUMANOS DO CENTRO DE SAUDE

Os recursos humanos da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), são de 25 elementos, distribuídos de acordo com o quadro 1.

Quadro 1 – Recursos humanos da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio)

Nº de profissionais	
Médicos	8
Enfermeiros	8
Secretários clínicos	8
Outros profissionais	1

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A UCSP de Monte Redondo, teve o seu início em 11 de janeiro de 2016, a sede fica localizada na União de freguesias Monte Redondo Carreira, no centro da Freguesia de Monte Redondo, num edifício que pertence à junta de freguesia composta de 2 pisos.

2.1 AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL

A UCSP tem um horário das 8:00 às 20:00 horas; o horário das consultas médicas é das 8:00-17:00 horas para todos os médicos e posteriormente o horário das 17:00-20:00 horas com consulta aberta, consultas no próprio dia para médico que se encontra de escala.

O horário das 9:00 – 16:00 horas, tem a equipe formada por: médico, enfermeiro e técnico administrativo, são três equipes multidisciplinares que funcionam individualmente com o seu ficheiro. Funcionam aplicando o modelo acompanhando a família ao longo do ciclo vital – do nascer ao morrer – a cada família o seu enfermeiro.

A estrutura interna da UCSP é constituída por: Coordenador (médico) e Conselho Técnico (médico, enfermeira e administrativo)

2.2 RECURSOS MATERIAIS

Para a gestão dos recursos materiais, para um processo de melhoria continua de instituições e serviços é necessário um planeamento organizado e o controlo efetivo dos materiais, desde a sua aquisição à sua distribuição, e assim teremos com toda a certeza melhores resultados em saúde.

Para Chiavenato as cited in Henriques (2013) os recursos materiais são mais “recursos necessários para as operações básicas da empresa, seja prestar serviços especializados, seja produzir bens ou produtos. Os recursos materiais constituem o próprio espaço físico, os prédios, edifícios e terrenos, o próprio processo produtivo, a tecnologia que o orienta, os métodos e processos de trabalho voltados para a produção dos bens e dos serviços produzidos pela empresa.” Para Medeiros as cited in Henriques (2013), a gestão de recursos materiais é “a ciência que trata do campo específico materiais, nas suas diversas etapas: Previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, distribuição, conservação, venda e controlo de inventário.”

Os gastos em saúde têm crescido a um ritmo acelerado, em recursos materiais e humanos trazendo grandes dificuldades a quem gere quer os recursos humanos, quer os recursos materiais, os mesmos representam cerca de 30 a 45% das despesas das instituições de saúde. No que concerne UCSP Monte Redondo, onde é realizado o estágio, é um edifício de dois pisos, com acesso entre eles por escadas ou elevador. Tem quatro gabinetes de enfermagem, cada enfermeiro tem um gabinete de enfermagem onde realiza todas as atividades de enfermagem relativas ao utente.

Na sua organização física a UCSP, tem gabinetes médicos que possuem marquês polivalente, para a realização de observação ginecológica, nas consultas de planeamento familiar e saúde materna ou quando necessário, todas as consultas relativas aos diferentes programas são realizadas no gabinete da médica de família do utente. A realização do rastreio do cancro do colo do útero é realizada em sala independente, onde existe todo o material necessário para o procedimento – espéculos vaginais, material para citologia (usada por todos os médicos de família da unidade de saúde).

Pode-se ainda na organização física do centro de saúde encontrar: uma sala de reuniões, sala de espera (ampla e com muita luminosidade), salas de arrumos, armazém de material clínico e hoteleiro (da sede sai todo o material clínico e hoteleiro necessário nos polos), casas de banho (para ambos os géneros e para pessoas com dificuldades motoras), vestiários e refeitório.

2.3 RECURSOS HUMANOS

Nas instituições de saúde as pessoas fazem parte de um todo, não existem organizações sem pessoas. As organizações para funcionarem necessitam de recursos, não só materiais, porque uma instituição de saúde é feita por pessoas e é destinada a pessoas, sendo fundamental uma adequada gestão dos recursos humanos. As pessoas são consideradas como recursos da organização.

Os recursos humanos da UCSP Monte Redondo é de 12 pessoas, distribuídas de acordo com o quadro 2.

Quadro 2 – Recursos humanos da UCSP Monte Redondo

Nº de profissionais	
Médicos	3
Enfermeiros	4
Secretários clínicos	4
Outros profissionais	1

2.4 ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DOS UTENTES

A acessibilidade aos cuidados de saúde é um conceito complexo, atualmente em Portugal, devido ao impacto da pandemia Covid -19 associado a fatores económicos e sociais o setor da saúde foi inevitavelmente afetado.

Segundo dados sobre o impacto da Covid-19 na atividade e no acesso no SNS, a atividade de consultas médicas nos CSP nos meses de março a maio de 2020, reduziu-se em 15% face ao período homólogo do ano anterior, uma redução de 1.156.689 consultas. A atividade de enfermagem em período homólogo, reduziu-se em 29% face ao ano anterior, uma redução de 1.510.415 contactos de enfermagem. Devido à Covid - 19, tornou-se difícil a acessibilidade dos utentes à unidade de saúde, pela redução de consultas médicas e de enfermagem. Embora o sistema de saúde português proporcione acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, a pandemia de Covid-19 veio realçar algumas debilidades de carácter estrutural, nomeadamente um baixo investimento em profissionais e equipamentos de saúde. A acessibilidade deve ser pautada pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade, relacionando-se com aspetos económicos, a oferta de serviços e a capacidade física de aceder às unidades de saúde. A mobilização dos profissionais de saúde para os centros de vacinação Covid - 19, veio demonstrar a falta de profissionais.

Os programas de saúde da UCSP Monte Redondo, então enquadrados nos CSP, são assim cumpridos os seguintes programas: Saúde Infantil e Juvenil, Diabetes, Hipertensão, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Rastreio do Cancro do Colo do Útero (realizado de 5 em 5 anos, no grupo etário dos 25 aos 64 anos), Saúde de Adultos, Saúde de Idosos e Saúde Materna. Cumpre o Plano Nacional de Vacinação e no momento atual de Pandemia Covid-19 em que se realiza a vacinação da população, é realizada a vacinação no domicílio para utentes em a deslocação para o centro de vacinação é dificultada pelo estado de saúde.

Na saúde materna a 1ª consulta é realizada na UCSP, posteriormente é realizada a referenciação para a consulta de Obstetrícia do Centro Hospitalar Leiria, para a realização da

ecografia e rastreio bioquímico, quando tudo estiver normal a grávida regressa para seguimento na UCSP.

No Rastreio do cancro do colo do útero se houver alterações, a utente é orientada para a consulta de Patologia Cervical do CHL.

A acessibilidade física é uma das prioridades a ter em consideração, na localização do Centro de Saúde e na sua construção. A UCSP, fica localizado junto à estrada nacional 109, tem uma vasta rede de transportes públicos e táxis de Monte Redondo, fig. 3.

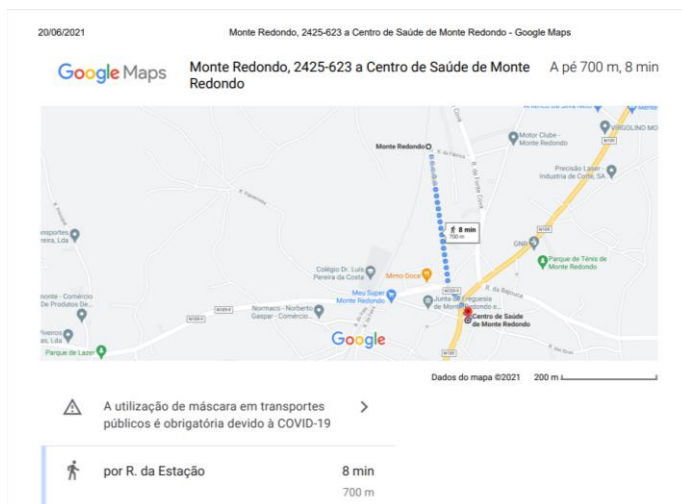


Figura 2 – Mapa de acesso ao UCSP Monte Redondo

Fonte: *Google maps*

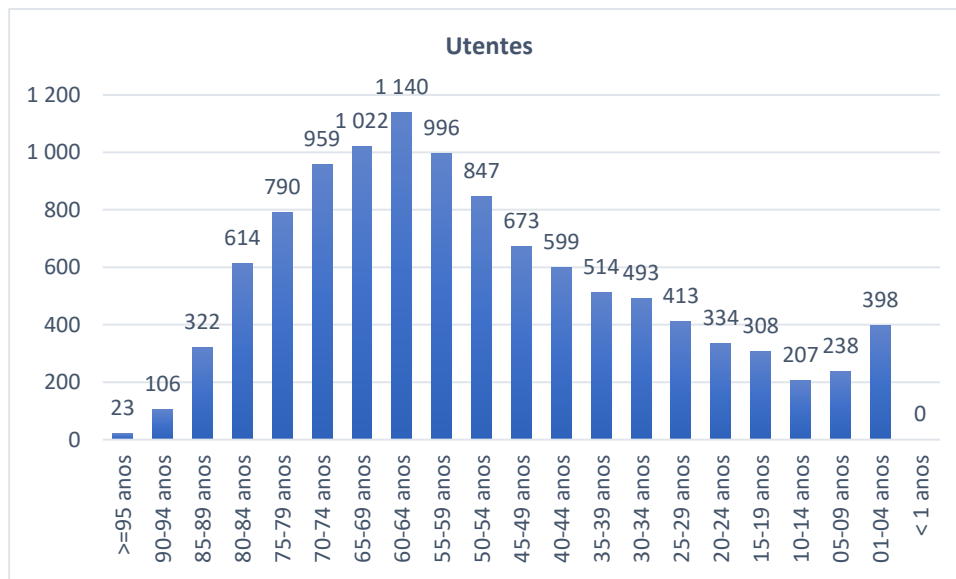
A UCSP, tem acesso ao interior do edifício por uma porta larga, que dá para entrada de uma cadeira de rodas ou de uma maca, tem rampa de acesso. A zona lateral esquerda tem um parque de estacionamento. No interior o acesso do entre os dois piso é realizado por um elevador.

2.5 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP

Em setembro de 2021 na UCSP de Monte Redondo estão inscritos 5 722 utentes, 41,35 % dos utentes da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio).

No que se refere aos utilizadores dos serviços de saúde da UCSP Monte Redondo, no ano de 2020, nos diferentes programas de saúde: Planeamento Familiar, Saúde de Adultos e Idosos, Saúde Infantil, Saúde Materna e Especialidade, foram um total de 10 994 utilizadores, que se encontram distribuídos de acordo com os grupos etários apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Utilizadores dos serviços em 2020, distribuídos por grupos etários



A população da unidade, que mais procura cuidados é na faixa etária dos 60 aos 70 anos, com mais comorbidades e mais problemas de saúde; sendo a promoção da saúde e prevenção da doença é fulcral para diminuir a procura dos serviços de saúde.

A lista de problemas de saúde de uma população, leva que a atuação dos programas de Saúde tenha um impacto importante. A necessidade de conhecer os problemas da população, para adequação dos programas a implementar, tendo por finalidades as necessidades da mesma. Uma população necessita de cuidados de saúde para promover a sua saúde física, mental, psicológica e bem-estar.

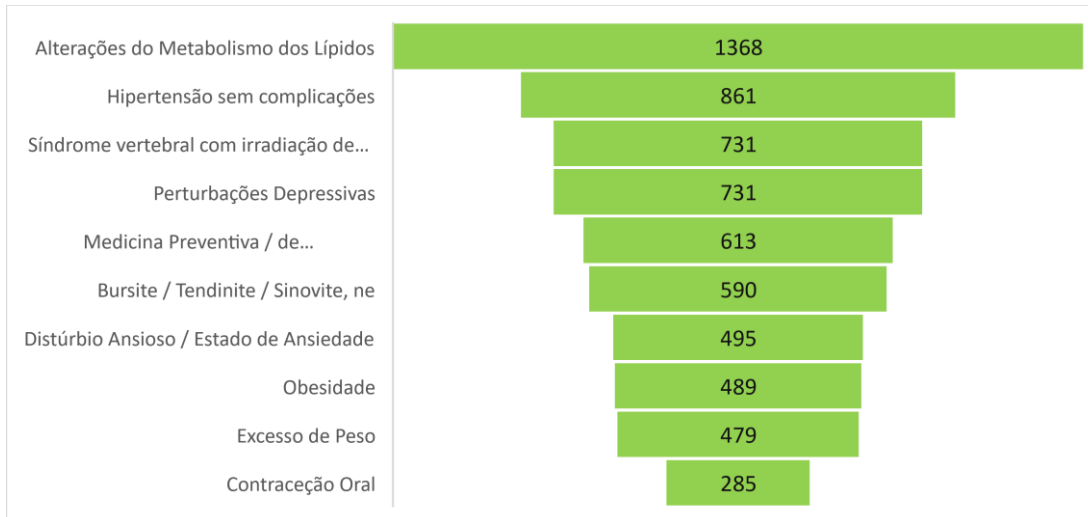
Pela avaliação do ficheiro por Médico de Família, onde é realizado o estágio, na plataforma mim@uf (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais), foram analisados os problemas mais frequentes na unidade de saúde do mês de setembro de 2021, dessa lista estão nos primeiros 3 lugares: alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão sem complicações e síndrome vertebral com irradiações de dores. Pela pesquisa da literatura, a lombalgia e cervicalgia é a principal causa de morbilidade em Portugal, que se enquadra nos dados obtidos na avaliação do ficheiro (Gráfico - 2).

O comportamento pela procura de saúde, deve mostrar disponibilidade, pela parte dos enfermeiros, para a realização de educação para a saúde, em todas as oportunidades.

Os problemas do top 3 – 1º e 2º, alteração do metabolismo dos lípidos e hipertensão sem complicações, são alterados pela falta de hábitos de vida saudável – exercício físico,

alimentação e gestão terapêutica. Educar a população e avaliar os seus hábitos; programar visitas regulares para avaliar a progressão.

Gráfico 2 – Problemas de saúde mais frequentes na UCSP Norte Monte Redondo (sede)



Pela mesma plataforma foi analisada a lista de problemas, no mesmo período, do ficheiro enfermeira orientador do estágio, os problemas considerados pela plataforma Top 3, que colidem com os da unidade: alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão sem complicações e síndrome vertebral com irradiações de dores.

2.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A UCSP Norte (Arnado Sampaio) e o ACES negociaram e comprometem-se a assegurar o cumprimento do Plano de Ação, conforme previsto nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2019, assim como na Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2019. A UF tem um plano de ação com a datado de 2019, com de acordo com o mesmo as metas deveriam ser cumpridas e avaliadas pelo ACES, mas devido ao período pandémico atual pelo Covid-19, com o seu início em março de 2020, não houve cumprimento do plano de ação, nem avaliação do mesmo. Os elementos posteriormente apresentados tem como base este plano de ação.

Para a Ordem dos enfermeiros, o enfermeiro de família deve ter 1 550 utentes, o número de utentes do ficheiro da enfermeira orientadora, cumpre os critérios – 1 545 utentes.

A realização de domicílios de enfermagem, só se efetua a doentes acamados, são só curativos ou substituição de sondas vesicais ou nasogástricas.

O número reduzido de enfermeiros na unidade de saúde, saída dos enfermeiros para o centro de vacinação, diminui o número presente na unidade. Estes fatores interferem com a visita domiciliar e os momentos para a promoção, prevenção ocorrem no momento da vacinação (plano nacional de vacinação), consultas HTA e Diabetes. Momentos para falar de hábitos de vida saudável.

Pode também ser realizado quando alta de um utente da instituição hospitalar, se for dependente, esta visita domiciliar é realizada pelo enfermeiro de família e médico de família

Indicadores

Um indicador em saúde pública é obtido através de determinado dado trabalhado, que ao ser analisado produz informação, que por sua vez ao ser interpretada gera conhecimento. O indicador em Saúde é um construto útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes quer seja uma população ou uma pessoa.

Os indicadores em saúde contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde assim como o desempenho de um sistema de saúde. Procuram descrever e monitorar os problemas de saúde de uma população; os atributos relacionam-se com as características e qualidade de saúde e as dimensões compreendem o bem-estar físico, social, espiritual, emocional e mental.

Os indicadores para o desempenho assistencial de enfermagem, tabela 1, avaliam também o desempenho de enfermagem em termos de score, a soma dos scores vai dar o valor do IDG da unidade de saúde: score 0 - quando o valor de desempenho é abaixo do mínimo aceitável, score 1- o valor de desempenho é entre mínimo aceitável e o mínimo esperado e score 2 - o valor do desempenho fica entre o mínimo esperado e máximo esperado.

Tabela 1 – Indicadores de desempenho assistencial em abril 2021

Sub Área	Dimensão	Designação do indicador	Min. Aceit.	Min. Esp.	Máx. Esp.	Min. Aceit.	abr/21	score
Acesso	Cobertura ou utilização	99 - Taxa utilização consulta de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	100,00	100,00	67,878	0,00
		331 - Índice de utilização anual consulta enfermagem	0,70	0,75	2,00	2,00	0,620	0,00
	Consulta no próprio dia	345 - Proporção cons. Enfermagem realizadas no dia de agendamento	15,00	20,00	50,00	60,00	21,105	2,00
	Personalização	5 - Proporção de consultas realizadas por EF	65,00	70,00	88,00	92,00	75,560	2,00
Gestão da doença	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM com aval, risco úlcera pé	75,00	85,00	100,00	100,00	65,954	0,00
	Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	20,026	0,00
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	295 - Proporção de puérp. 5+ cons. vig. enf. e com RP	70,00	75,00	100,00	100,00	56,451	0,00
	Saúde do Adulto	98 - Proporção utentes >= 25A, com vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	94,317	2,00
		262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	35,00	45,00	100,00	100,00	36,059	1,00
	Saúde do Idoso	30 - Proporção idosos ou doença crónica com vacina da gripe	40,00	50,00	100,00	100,00	57,850	2,00
	Saúde Infantil e Juvenil	93 - Proporção de crianças de 2A, com PNV cumprido ou em execução	95,00	95,00	100,00	100,00	98,387	2,00
		94 - Proporção de crianças de 7A, com PNV cumprido ou em execução	95,00	95,00	100,00	100,00	97,500	2,00
95 - Proporção de crianças de 14A, com PNV cumprido ou em execução		95,00	95,00	100,00	100,00	98,198	2,00	

Aumentar o número de consultas por enfermeiro de família, leva a que a filosofia da prestação de cuidados, tendo com referência a família leva ao cumprimento daquilo que é definido para o enfermeiro de família; o enfermeiro de família contribui para a prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, deve também acompanhar a família no processo de gestão de doença crónica, deteção precoce de doenças crónicas e da visita domiciliar.

Os indicadores de desempenho na gestão da doença, apresentam valores de score 0 (zero), a falta de consultas presenciais para estes utentes reflete-se a nível da assistência do enfermeiro.

Na gestão da saúde, referente aos indicadores da proporção de utentes vacinados, tem scores 2 (dois); adesão vacinal da população.

Objetivos

A UF e o ACES negociaram e comprometeram-se a assegurar o plano de ação, nos termos de referência para a contratualização de Cuidados de Saúde do SNS em 2019, assim como na sua operacionalização. Como os objetivos da unidade para a área de enfermagem de acordo com o mesmo plano foram definidos os seguintes:

- Melhorar o controle da TA dos doentes hipertensos.

- Prevenir a violência contra os profissionais de saúde.
- Aumentar o número de consultas pelo enfermeiro de família.

Ações

A atividade proposta para a baixa proporção de hipertensos menor que 65 anos com Pressão Arterial inferior a 150/90 mmHg gestão da medicação reforço das medidas não farmacológicas a exposição de cartazes relacionados com o Tema e vigilância periódica mais apertada o conhecimento da pessoa pelo seu enfermeiro da família pode ajudar no planeamento do ano mais assertivo desde a alteração da dieta para toda a família e utente adotar hábitos de vida saudáveis daí a importância do enfermeiro de família conhecer os recursos disponíveis a nível da comunidade para fazer face às necessidades da população.

Para prevenir a violência contra os profissionais de saúde, com meta foi sugerido a elaboração de um guia de gestão de violência, de forma a auxiliar os profissionais de saúde a gerir situações de conflito com utentes assim com a solicitação de Segurança ao ACES PL. Como ação prévia devia ser dada formação aos profissionais de saúde, nomeadamente na gestão de conflitos. A violência dos utentes pode ser despoletada pela ansiedade, pelo facto de não terem consulta, têm que aguardar a entrada na unidade de saúde da rua, só pode entrar 1 pessoa cada vez, o que origina o mau estar dos utentes.

As atividades propostas para aumentar o número de consultas efetuadas pelo enfermeiro da família foram: completar o quadro de enfermagem da UCSP Norte. Quando foi elaborado o plano de ação faziam parte sete enfermeiros da unidade, em maio de 2021 o quadro de enfermagem tem oito enfermeiros. A sensibilização das assistentes técnicas nos diferentes polos, em que existem mais que um enfermeiro, foi o agendamento dos utentes para o respetivo enfermeiro de família.

Pela sua definição o enfermeiro de família é o profissional que presta cuidados de enfermagem globais a família ao longo do ciclo vital em todos os contextos da comunidade integrado numa equipa multiprofissional localiza-se na família com muito outro e nos seus membros individualmente prestando assim cuidados ao longo das diferentes fases da vida.

Como anteriormente referenciado não foi realizada avaliação do plano do plano de ação 2019, motivado pelo período pandémico Covid-19 que afetou o sistema de saúde em termos de recursos humanos e materiais, não havendo assim resultados das ações implementadas que foram propostas para implementar, para melhoria dos indicadores com score 0.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

2.1 FAMÍLIA

Cada família tem a sua identidade, sendo por isso impensável a sua descrição baseada apenas nos indivíduos que a constituem. Organiza-se de forma complexa, com uma estrutura relacional, onde se definem papéis, expectativas sociais, que significa que cada família é única, “... não há duas famílias iguais, embora sejam famílias e funcionam como tal”. (Relvas, 2004, p.14)

O conceito da família, a evolução da sua estrutura e função, está alicerçado em transformações político-sociais; a enfermagem como ciência e profissão, não tem sido indiferente a estas mudanças: pensar na família como unidade funcional.

Vários têm sido os teóricos que vêm definindo o conceito família. De acordo com Wright e Leahey (2009, p.40) família “ (...) é quem eles dizem que são”, englobando-se aqui todos os membros que a constituem, os amigos, os vizinhos e todas as pessoas significativas. Tal vai de encontro à definição da CIPE (2006, p.171),

“ (...) grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como um a unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.” Stanhope (1999) cit. Sarmiento et al (2010, p.34) refere que “ (...) não são apenas os laços parentais que definem o conceito de rede familiar, são também os laços sentimentais entre as pessoas, a proximidade geográfica, a coabitação na mesma residência ou mesmo a utilização de redes de apoio de que se serve.”

A família no sistema jurídico no artigo 1576 do código civil português de 2010, é constituída por pessoas que se encontram ligadas pelo casamento, pelo parentesco, pela afinidade e pela adoção.

Segundo Hanson (2005, p. 6) “... família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro, para dar apoio emocional, físico económico. Os membros da família são auto definidos”

A conceptualização da família para Alarcão & Relvas (2002, p. 57) refere que a família é “.. uma estrutura social ao universal, produzida pela evolução da sociedade humana, que é perceptivelmente o único ajustamento possível a uma série de necessidades básicas”.

Através destas definições se entende a família enquanto conceito lato, envolvendo as pessoas que rodeiam o indivíduo e que este entende como sendo significativas para si. A família é parte essencial no processo de cuidados (Oliveira et al., 2009), até porque é nela que são apreendidos os estilos de vida que perpetuam e também que são encontradas respostas na vivência do processo de doença.

2.2 ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital, na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas doentes, sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente em situações de saúde e de crise (OE, 2002.). Assim, ele constitui o elo entre a família e os diferentes e variados recursos desde a instituição estendendo-se à comunidade.

A enfermagem de família emerge como fenómeno distinto para a prática de Enfermagem Avançada, este reconhecimento iniciou-se nos Estados Unidos da América onde as políticas sociais da “*American Nurse Association*” nos anos 80 descrevem a família como alvo dos cuidados de enfermagem (Hanson, 2005).

De facto, tal faz todo o sentido na medida em que a OMS em 1991 considerou que “ (...) os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, necessitam reconhecer e aceitar que os indivíduos possam ter interpretações valorativas da saúde e dos comportamentos para a saúde muitos diferentes (...) Uma vez que a promoção da saúde é um componente essencial das atividades de enfermagem, é necessário que os enfermeiros ensinem a população em matéria de saúde (...) desde que (...) sejam congruentes com os do indivíduo e da comunidade.” (Abreu, 2011, p. 28).

A preocupação com as famílias encontra-se em sintonia com o desenvolvimento de enfermagem, tanto a nível da profissão como da disciplina do conhecimento científico.

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da disciplina de enfermagem, a interação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem. A enfermagem surge em casa dos pacientes, reconhecendo-se o potencial do sistema familiar como promotor da saúde, dos seus subsistemas e da sua saúde global, são as primeiras autoras a argumentar que a enfermagem de família surge da relação de três áreas do conhecimento: ciências da enfermagem, ciências sociais e terapia familiar (Wright & Leahey, 2018).

As ciências sociais servem-se da explicação sobre o funcionamento e dinâmica familiar, a terapia familiar utiliza a abordagem terapêutica centrada nas forças da família e as ciências de enfermagem reflete em várias teorias, valores e concepções. O sentido da pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem orientam a avaliação e intervenção do enfermeiro no processo de saúde /doença (Hanson, 2005). Para a mesma autora “a perspetiva transversal do conceito de enfermagem de saúde familiar, que simultaneamente integra o indivíduo, a família e a comunidade, tem o objetivo da promoção, da manutenção e recuperação da saúde da família.” (p. 216).

Os cuidados de enfermagem à família pretendem promover a mudança, ajudando a família identificar problemas, estratégias de coping, a reconhecer os seus recursos, facilitando assim fluxos positivos entre a comunidade e os sistemas familiares.

Para Hanson (2005), a enfermagem da família pode ter como objetivo a família como contexto a família como um todo a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade. abordagem sistemática da família, para o enfermeiro de família é de primordial relevância para a abordagem das famílias. A valorização da família como domínio da enfermagem resulta da sensibilização e do conhecimento dos profissionais o que pressupõe o conhecimento da família e um conhecimento baseado em evidência científica do conhecimento de enfermagem de família.

O interesse na família pelo enfermeiro de família é defendido por Wright & Leahey, (2018), com os seguintes pressupostos:

- Na saúde das famílias, é porque não moção, manutenção e recuperação tem importância para a sobrevivência da sociedade;
- A família é um todo, sendo afetada quando um dos seus membros vivencia problemas de saúde, alterando assim o bem-estar de todos os seus membros;
- Saúde e doença, são temas relevantes na família;

- A saúde e os comportamentos individuais afetam a família como um todo, tem impacto na relação e resolução dos problemas nos restantes membros da família;
- A eficácia dos cuidados de saúde é melhor quando é dada a supremacia à família e não ao indivíduo em particular.

O enfermeiro deve juntamente com a família procurar a melhor forma de integrar as intervenções de enfermagem. num processo decorrente de uma transição na família. a intervenção de enfermagem deve ser no sentido de trabalhar com a família, respeitando a sua autonomia, crenças valores e capacidade de decisão.

Para Meleis (2007), o progresso e evolução na enfermagem pode ser avaliado através da capacidade que os seus membros têm de descobrir ou desenvolver conceitos. Contudo, muitos dos termos pertinentes à saúde têm alto grau de abstração, são complexos, têm várias dimensões, não são estáticos e encontram-se continuamente a incorporar novos conhecimentos, experiências, percepções e dados (Fernandes et al, 2011).

Em 2002, o ICN elaborou um documento orientador, no âmbito das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, com o título *Nurses always there for you: Caring for families*, onde refere que a enfermagem tem vindo a mudar o seu foco de cuidados, que deixa de se centrar, unicamente, nas necessidades individuais e passa a incluir as que emergem da família enquanto recetora de cuidados (Queirós, 2009). Para o mesmo autor a família é visualizada como um sistema, que se altera e desenvolve ao longo do tempo e que se encontra inserido em determinado contexto ou ambiente. Os diversificados contextos possuem diversos elementos que poderão ter impacto negativo ou positivo nesse sistema, fortalecendo ou ameaçando a sua existência e integridade. Assim, o principal objetivo das atividades do Enfermeiro de Família são a manutenção, e, se possível, com o passar do tempo, o aumento do equilíbrio da família e, conseqüentemente, da sua saúde familiar, ajudando-a a evitar ou a saber lidar com fatores causadores de stresse e/ou ameaças de saúde.

O ICN (2002) considera que uma prática clínica do enfermeiro de família proporciona:

- Uma visão global e total dos cuidados, situando dentro da unidade familiar a pessoa que procura ajuda ou cuidados, considerando toda a família como centro de atenção desses cuidados;
- O reconhecimento de que a estrutura, os pontos fortes, os pontos débeis e a dinâmica da família podem fazer com que aumente ou diminua o potencial ótimo de saúde ou

o cuidado ótimo da doença, logo, com influência na avaliação e na intervenção na família;

- A estimulação para uma participação significativa dos membros da família na avaliação, adoção de decisões, na planificação e nos cuidados;
- A mobilização de um conjunto de recursos e serviços que compreende a avaliação, a formação e a assistência, onde se inclui igualmente a mobilização dos recursos de outros profissionais e prestadores de cuidados nos setores da saúde e da comunidade.

As políticas de saúde na publicação da OMS - Temática Saúde Para Todos no século XXI (meta 15), refere “ (Silva, Costa e Silva, 2013, p. 20).

A década de noventa em Portugal é marcada por mudanças importantes para a evolução da enfermagem, nomeadamente o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), onde é identificado o mandato social dos enfermeiros no que respeita aos cuidados à família demonstrado na definição: “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” bem como na caracterização dos cuidados de enfermagem ao terem “(...) por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; (...) Utilizarem metodologia científica, que inclui: a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade” (p. 2960). Ainda não se verificava, uma relação direta com os cuidados de enfermagem a família, no conceito de enfermeiro de família.

Em 1998, foi também criada a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE), pelo Decreto-Lei nº 104, de 21 de abril (p. 1740), onde se reconhece que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica de extrema relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, constituindo-se o enfermeiro como profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção

Realizou-se em novembro de 2000, em Portugal, a Conferência Nacional “A Cada Família o seu Enfermeiro”. Esta iniciativa, “(...) insere-se no âmbito da resposta que os enfermeiros portugueses têm vontade de dar ao referido desafio, por acreditarem que a enfermagem de família em muito poderá contribuir para a melhoria do estado geral da saúde da população”, dando relevância que “a família tem de ser o novo centro de enfoque dos cuidados de saúde, é em vista da família, e envolvendo-a no processo, que se efetua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão de desenvolver novas competências científicas e relacionais” (OE, 2002, p. 11, 21).

No documento da Saúde 21, a OMS defende que o uso de uma abordagem sob o modelo de enfermeiro de família requer competências clínicas avançadas, estando salvaguardado na meta 18 da Saúde 21 que "no ano 2010, todos os estados membros, deverão ter garantido que os profissionais de saúde (...) adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde" (OE, 2002, p.198), sendo que a formação e a atuação do enfermeiro de família faz-se sob o enquadramento da saúde pública e dos CSP. Neste sentido, em 2010, a OE cria o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, designando-o como um profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias em todos os seus processos de vida e nos vários contextos da comunidade (OE, 2010). Tal situação veio lançar novamente o debate sobre qual o contexto em que a enfermagem de família tem lugar. Barbieri refere que "é fundamental não ignorar os princípios filosóficos da enfermagem de família não se esgotam nos cuidados de comunidade pois quando a doença requer hospitalização, os cuidados centrados na família são um imperativo ético" (2011, p.47). aplicar conhecimentos para avaliação da saúde da família, considerando quer as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tomando como foco o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, assim como respeitando as crenças e os seus valores.

Decreto-lei número 118/2014, estabelece os princípios e o enquadramento do enfermeiro de família, em Portugal, que no seu artigo nº 2 define o enfermeiro de família como: “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.” A família é o enfoque da prestação

dos cuidados do enfermeiro de família do nascer ao morrer, em todas as suas etapas de envolvimento e em todas as suas transições.

O conceito de enfermeiro de família e as competências específicas para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, foram publicadas a 18 de fevereiro de 2011, do Regulamento n.º 126/2011, que define as seguintes competências: "a) Cuida da família como unidade de cuidados; b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária". Neste regulamento, o enfermeiro de família "(...) fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (...)" O enfermeiro especialista "(...) interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família".

2.3 – TEORIAS DE ENFERMAGEM

As famílias têm sido objeto de especial atenção nos últimos tempos em diversas áreas científicas, a que a enfermagem não é alheia. Os enfermeiros sempre reconheceram a importância da família nos cuidados de saúde (Bell, Watson, & Wright, 1990). Nas descrições do trabalho de Florence Nightingale, já eram descritas as intervenções nas famílias dos soldados que tinham morrido (Calkin, 1990). A enfermagem à família não estava evidente nos enunciados da maioria das teorias clássicas então existentes. A maioria era focada no indivíduo e não na família (Hanson & Kaakinen, 2005). Porém, as teorias e os modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para as práticas de enfermagem à família (Kaakinen & Hanson, 2010).

Apesar da investigação efetuada nas três últimas décadas, os teóricos discutem o alcance do conceito de enfermagem de família, se tem por foco a família, como parte integrante do meta paradigma pessoa (cliente que recebe cuidados de enfermagem) ou como parte integrante do meta paradigma ambiente (contexto que influencia a saúde do indivíduo), (Friedemann, 1989). Na opinião da autora, —a família precisa ser entendida como parte de ambos os

conceitos de pessoa e de ambiente, ou o paradigma de enfermagem poderia ser expandido para incluir dois novos conceitos, família e enfermagem de família (Friedemann, 1989, p212). A par desta evolução os enfermeiros repensam as teorias de enfermagem (Fawcett, 1995). A enfermagem de família não estava evidente nos enunciados da maioria das teorias clássicas então existentes. A maioria era focada no indivíduo e não na família (Hanson et al, 2005). Efetuaram-se atualizações das teorias e modelos para incluir a família nos seus pressupostos, no entanto continua a ser necessária mais investigação para que a família como cliente seja totalmente aceite e integre os pressupostos da disciplina (Wall & Fawcett, 1991, cit por Hanson et al, 2005).

Conceptualmente, a enfermagem de família emerge como uma forma de abordar o cuidado da família e está naturalmente fundamentada em teorias de enfermagem. Porém influenciada por distintas áreas científicas, como a teoria geral dos sistemas, as teorias da mudança e da adaptação, entre outras, é no entanto, consensual que a família é vista como uma unidade de cuidados.

Florence Nightingale – (1859) primeira teórica que incorporou a família na enfermagem. A família tem influência positiva e negativa no indivíduo.

Roy (1984) - modelo da adaptação – as pessoas são vistas como sistemas adaptativos que reagem a estímulos ambientais de 4 formas: fisiológicas, autoconceito, função do papel e interdependência. Mantem-se fiel à descrição explicação dos fenómenos na enfermagem de família, originalmente a família foi incorporada como contexto e influencia a adaptação do indivíduo em momentos de mudança. Em 1981, introduz a família como um sistema adaptativo, e o enfermeiro assiste as famílias no processo de adaptação. Ambiente e coping surgem como elementos importantes na enfermagem de família. (Hanson, 2005)

King (1987) – teoria da consecução do objetivo - integrou a família como um sistema interpessoal e social, salientando a interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos. Baseia-se na teoria dos sistemas. Destaca a importância da participação do cliente na tomada de decisões que influenciam o cuidado e os resultados, King salientou sobretudo a importância interação entre enfermeiros e clientes (Hanson, 2005).

Neuman (1995) – o modelo de sistemas - a família é vista como sistema, composto por vários subsistemas, que responde aos elementos stressores do ambiente, numa perspetiva de continuidade (Hanson & Kaakinen, 2005). No “modelo de Neuman o sistema familiar é

ameaçado quando se expõe a pressões que afetam as suas estabilidade e bem-estar. O principal objetivo da família é manter a sua estabilidade através da preservação da integridade da sua estrutura” (Hanson, 2005)

Orem (1985) - teoria do défice de autocuidado - vê a família como unidade básica de condicionamento, na qual o indivíduo aprende a cultura os papéis e a responsabilidade. A composição da família inclui os indivíduos que os familiares consideram ser parte da família. Comunicação terapêutica; Teoria da mudança. Os enfermeiros trabalham com as famílias descobrindo soluções (Hanson, 2005).

Rogers (1970) – De início focada no indivíduo. Um todo multidimensional de energia em constante troca com o ambiente. Depois a família como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente não inclui a família na sua teoria, mas foi baseado na sua teoria que Casey (1996) cited in Hanson (2005), explica a adaptação desta teoria, com base na teoria dos sistemas (Hanson, 2005).

Friedemann (1995) – teoria da organização sistémica - desenvolveu uma teoria com base na visão da família como cliente. A família é vista como um sistema social, transmitindo cultura, é consistente com a teoria geral dos sistemas. Os elementos centrais da teoria consistem na estabilidade, crescimento, controlo e a espiritualidade dos seus membros (Hanson, 2005).

Sharon Denham (2003) - Modelo de saúde familiar - A saúde da família é vista como um processo de interação entre os comportamentos dos membros da família.

Com a apresentação destas teorias, o enfermeiro reflete na sua prática, a sua aplicação e a necessidade conceptualizar os seus cuidados (Hanson, 2005).

2.4 ATITUDES

O termo atitude, deriva da palavra latina “*aptitudo*” que significa a disposição natural para realizar determinadas tarefas (Neto, 1998, p. 333).

É facto que os enfermeiros interagem diariamente com as famílias. No entanto é necessário ir mais além examinando as suas atitudes e práticas quando em presença dos familiares. Para tal, é necessário que se investigue um pouco mais acerca deste conceito que é usado frequentemente no quotidiano. O conceito “Atitude,” é utilizado nos mais variados contextos. Uma das suas definições identifica-o como um intermediário entre a forma de pensar e a

forma de agir. Tal, vai refletir os pensamentos e sentimentos que antecedem a ação e vai traduzir-se no modo/postura que o indivíduo vai adotar (Pereira, 2004)

Para Berger (1995, p. 68), uma atitude é uma disposição em relação a uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos de valor que conduz a um comportamento, que leva a agir.

Neto (1998) salienta que as atitudes constituem elementos importantes da vida cognitiva das pessoas, guiando o modo como pensam, sentem e agem, funcionando como elementos fulcrais para manter os grupos. Este autor refere que uma das funções das atitudes, é contribuir para a autorrepresentação, considerando que se um conjunto de atitudes são um elemento fulcral de certos grupos sociais, as atitudes são também fulcrais nas representações que as pessoas têm de si próprias.

Vários autores se têm vindo a debruçar acerca do estudo das atitudes tentando definir este conceito. Saraiva (2009) refere-se a algumas definições que indicam que uma atitude é um processo mental capaz de criar no indivíduo uma celeridade de resposta; que pode ser positiva ou negativa e dirigida a certas pessoas, acontecimentos ou situações; uma disposição para valorizar de forma favorável ou desfavorável objetos, eventos ou pessoas; uma predisposição organizada para pensar, sentir, perceber comportar-se de determinado modo, frente a referentes atitudes.

A Enfermagem, como ciência humana que é, também se tem vindo a debruçar acerca das atitudes. A CIPE (2006, p.77) define este conceito como um “Processo psicológico com as seguintes características específicas: modelos mentais, orientações e opiniões aceites”

As atitudes provêm de diversas experiências na vida do indivíduo. Elas, são influenciadas pelas pessoas mais significativas e pelo modo como cada um apreende e processa a informação, acerca do mundo que o rodeia (Neto, 1998). A família, assume aqui uma particular consideração, pela importância assumida no desenvolvimento a todos os níveis (intelectual, moral, espiritual, psicossocial, etc.) do indivíduo.

A investigação efetuada até ao momento prova que, as atitudes influenciam a interação individual e entre grupos e que por isso podem ser bons preditores do comportamento humano (Pereira, 2004). Tal pesquisa tem vindo a demonstrar que, as atitudes manifestam a posição do indivíduo face a determinado objeto, que estas são resultado da interação social de processos comparativos e de identificação/diferenciação social, permitindo num momento

específico que o indivíduo demonstre qual a sua posição face a outros (Antunes, 2007), ou seja que adote uma ou outra atitude.

As atitudes englobam componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. A aplicabilidade da Enfermagem nos Sistemas Familiares é diretamente influenciada pelas atitudes dos enfermeiros em relação à importância que atribuem à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem. É primordial caracterizar as atitudes, pois elas constituem um pré-requisito fundamental para o enfermeiro praticar cuidados de enfermagem tendo a família como foco Cruz(2018).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano nos diversos contextos ao longo da vida, sendo o enfermeiro detentor do curso de enfermagem reconhecido legalmente pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE, no seu Capítulo II, Artigo 4º, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que lhe reconhece competências humanas, científicas e técnicas para a prestação de cuidados de Enfermagem. (REPE, 21 abril 1998)

Um Enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído...o título de enfermeiro especialista...” (OE, 2019), no mesmo ficou definido que os enfermeiros especialistas além da sua área de especialização, partilham quatro competências comuns, que podem ser aplicadas em qualquer contexto de saúde.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns, definem-se como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foi publicado pela primeira vez em 2011 (Diário da República nº122/2011 de 18 de fevereiro), republicado com alterações em 2019 (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). O regulamento clarifica os diferentes conceitos de competências comuns, assim como os diferentes domínios de competências do enfermeiro especialista: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A aquisição de competências implica, para além de um agir e um conhecimento, o desenvolvimento de uma capacidade crítica e reflexiva de forma a proporcionar uma melhor capacidade de adaptação a diferentes contextos. As competências comuns são as que todos os Enfermeiros Especialistas devem possuir, independentemente da sua área de

especialidade, expressas por uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista possui para além das, competências especializadas comuns ou específicas, possui conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem avaliar as necessidades em cuidados de saúde da sua população, atuando nos três níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011). As competências específicas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

3.1.1 Domínio da responsabilidade ética e legal

As competências inseridas neste domínio são (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019):

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

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

Tabela 2 Competências do domínio da responsabilidade ética e legal

Fonte DR 6dez fev 2019

A.1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;	
<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
<i>A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas</i>	<p>A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.</p> <p>A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.</p> <p>A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.</p> <p>A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.</p> <p>A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido</p>
Conclusão	
A.1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;	
<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
<i>A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</i>	<p>A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão</p>
A.2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”	
<i>A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos</i>	<p>A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.</p> <p>A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.</p> <p>A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.</p> <p>A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade.</p> <p>A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.</p> <p>A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.</p>
<i>A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</i>	<p>A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.</p> <p>A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p> <p>A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência</p>

Com o maior número de informação que a pessoa tem acesso, leva a que o enfermeiro se depara cada vez mais com situações de tomada de decisão ética nos contextos da sua prática especializada, justificando as suas decisões baseadas em normas deontológicas, valores e princípios. Muitas das situações são complexas requerem que sejam refletidas e baseadas em

princípios e fundamentos, respeitando os direitos humano, privacidade e dignidade, garantindo a segurança dos cuidados. Muitas vezes, decide-se sem grande análise e, também, sem uma avaliação acurada do que se está a fazer. Situações simples, habituais, não levantam dúvidas. Mas quanto menos familiares forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão. Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (doente/família e enfermeiro). Desta forma, a intervenção do enfermeiro é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro, tal como está consagrado no artigo 99º do Código Deontológico (Lei 156/2015).

No artigo 78º - Princípios gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado em Diário da República, nº 111/2009 de 16 de setembro de 2016, refere que as intervenções de Enfermagem devem defender a liberdade e dignidade dos humanos, devendo ser princípios orientadores da profissão. Assim como as intervenções realizadas devem seguir estes princípios, é preciso que a pessoa compreenda o que se irá realizar assim como perceber a importância desta intervenção, de modo que possa participar no cuidado e na tomada de decisão através de consentimento informado sempre que necessário. À luz do Código deontológico dos Enfermeiros, artigo 81º, linha a), o enfermeiro deve “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”. Durante o estágio, contatei com pessoas de diferentes classes sociais, económicas e etnias sem interferência dos meus valores, respeitando o código deontológico, tendo, no entanto, ao longo do percurso a percepção que a privacidade do utente não foi sempre respeitada, pela entrada de profissionais na sala de enfermagem onde se realizava a consulta. Refleti sobre a necessidade de promover um melhor acolhimento à pessoa no seu processo de procura de cuidados de saúde, para respeitar a sua privacidade e assim promover a confiança e disponibilidade para a pessoa, no decurso do programa de saúde em que se encontra.

O respeito pela intimidade encontra-se expresso no artigo 107º do CDE (Lei 156/2015, p. 8103): “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

No contexto atual, situação de pandemia por Covid-19, em que a pessoa foi contactada para a administração da vacina covid-19, e recusou, da parte do enfermeiro foi transmitida a informação sobre os problemas inerentes à administração e não administração, mas a pessoa é decisora na sua vontade, de acordo com Código Deontológico dos Enfermeiros.

O dever de informar está também consagrado na alínea c) do artigo 105º do Código deontológico ao afirmar que o Enfermeiro tem o dever de “atender com responsabilidade e cuidados todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” Daqui se depreende que a informação a fornecer será apenas aquela que reverta em benefício do próprio e/ou família como prestadora de cuidados e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação a preservar, uma vez que o direito à informação está delimitado pelo dever de sigilo profissional, consagrado na lei 15/2014, de 21 de março no n.º 1 do artigo 6º que enumera os direitos e deveres do doente , e define que: “O doente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais” e no n.º2 do mesmo artigo que: “Os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação”. O consentimento informado em saúde é um elemento necessário à prática atual de intervenções de saúde prestadas não só pelos enfermeiros, mas por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma, o consentimento em saúde surge como um direito que o doente tem para decidir receber ou recusar determinada prestação de saúde, e como um dever que o profissional de enfermagem deve respeitar e assegurar. Nos termos do Artigo 5º da (Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina, 1997, p. 3), aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001), de 3 de janeiro, configura que: “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Nos termos da alínea b) e c) do Artigo 106º do CDE, os enfermeiros estão obrigados a guardar segredo profissional sobre o que tomam conhecimento no exercício da sua profissão,

assumindo o dever de: “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” e só podem “divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”. (Lei 156/2015, p. 8103) Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente: situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais, podendo, no entanto, ser partilhada, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízo para terceiros.

Adotei uma postura de respeito pela pessoa/família; respeitei a confidencialidade das informações, respeitei a decisão da família em não realizar uma visita domiciliar. Assim sendo, considero que ao nível das competências demonstrei capacidade de tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, desenvolvi uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos e promovi a autonomia da pessoa/família no processo de tomada de decisão. Ao refletir sobre a confidencialidade da pessoa/família, no decurso da minha formação na unidade de saúde, senti que a pessoa é “vitima” do meio onde se encontra inserida; ao estarmos numa comunidade rural em que toda a população se conhece, incluindo todos os profissionais e utentes, existe uma partilha de informação entre os profissionais, que coloca por vezes em causa o sigilo profissional.

3.1.2 Domínio da melhoria continua da qualidade

Neste domínio inserem-se as competências: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica(B1); desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua(B2); garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

Tabela 3 - Competências do domínio melhoria da qualidade

Fonte DR 6dez fev 2019

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<i>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade</i>	<i>B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.</i>
<i>B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</i>	<i>B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores</i>
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<i>B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas</i>	<i>B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada</i>
<i>Conclusão</i>	
<i>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</i>	<i>B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da quali</i>
<i>B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.</i>	<i>B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.</i>
B3 — O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<i>B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.</i>	<i>B3.1.1 — 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 B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</i>

Tabela 3 - Competências do domínio melhoria da qualidade

Fonte DR 6dez fev 2019

(continuação)

<p><i>B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</i></p>	<p><i>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</i> <i>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</i> <i>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</i> <i>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</i> <i>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</i> B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. <i>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</i> <i>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</i> <i>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe</i></p>
---	--

A qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a ganhar destaque nos últimos anos, com a criação de programas de controlo da qualidade para avaliação da mesma, nos cuidados prestados à população.

Segundo a OE (2001, p.4), “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde foi uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (Direção Geral de Saúde, 2015), que se aplica em qualquer momento, é necessário um esforço para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; a utilização dos recursos pelos utentes seja eficiente; a prestação de cuidados seja equitativa, realizados no momento adequado e satisfaça as necessidades das pessoas de forma a melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil.

Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A qualidade é uma reflexão sobre a prática dos cuidados prestados, e assim definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que leva a uma reflexão sobre a prática dos cuidados. Os padrões de qualidade assentam em seis categorias: a satisfação dos utentes, promoção da saúde, a prevenção de complicações, e bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Os padrões de qualidade “indicam à população o que pode esperar em termos de cuidados de enfermagem, e aos enfermeiros o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer em prol de um exercício profissional de qualidade” (Ribeiro, 2017).

Do ponto de vista da Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta, os princípios humanistas, e tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes. Esta reflexão sobre a prática para proporcionar cuidados de qualidade, também foi a minha linha orientadora no decorrer deste estágio, e procurei identificar práticas de qualidade e outras, que podem colocar em causa a segurança do doente e a continuidade dos cuidados.

Assim, refletindo sobre esta competência, na prestação de cuidados garanti um ambiente terapêutico, o mais tranquilo possível, dentro das limitações da estrutura da unidade, para utente sentir segurança na informação disponibilizada e para expor as suas dificuldades e dúvidas. A segurança dos utentes esteve sempre presente, a nível dos equipamentos de proteção individual adaptada à situação de pandemia, assim como a necessária desinfeção dos equipamentos utilizados. A segurança das crianças foi de vital importância, assim como a formação dos pais, como prevenção de acidentes em contexto doméstico.

3.1.3 Domínio da gestão de cuidados

As duas unidades de competência deste domínio são: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

Tabela 4 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

Fonte DR 6dez fev 2019

<p><i>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</i></p>	<p><i>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde</i></p>
<p><i>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</i></p>	<p><i>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas</i></p>

<i>O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.</i>	
<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉRIOS de avaliação</i>
<i>C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</i>	<i>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade</i>
<i>C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos</i>	<i>C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada</i>

Os custos em saúde vão aumentando todos os anos, são a maior fatia do orçamentado em Portugal, sendo por isso de extrema importância uma boa gestão dos mesmos, para Jaily *cited in* Henriques (2013) “os recursos afetados à atividade hospitalar são e serão sempre escassos; no entanto serão tanto mais eficientes quanto o seu emprego melhor corresponder ao princípio da economia. A falta de recursos é potenciador de conflitos numa organização, pode originar sentimentos de hostilidade dentro de uma equipe.

O enfermeiro especialista tem assim um papel decisivo na gestão dos cuidados, adequando os recursos materiais e humanos às necessidades dos cuidados, otimizando as respostas da equipe de forma a promover a qualidade dos mesmos.

O tipo de liderança exercido, influencia o comportamento e desempenho da equipe, a capacidade de liderar é geradora de maior produtividade, melhores cuidados de enfermagem e uma melhor gestão de recursos. A Liderança pode caracterizar-se em três tipos: Autoritária, estabelece as tarefas sem consultar a equipa, é dominador e provoca tensão na equipe; Liberal – não à imposição de regras, como o líder não se impõe não é respeitado, a própria equipe faz as regras, é o tipo de liderança mais desorganizada; democrática, tem a participação de todos os membros da equipe na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos, domínio demarcado da voz do líder Henriques (2013).

Para a concretização deste papel, o enfermeiro especialista e gestor, desenvolve o seu autoconhecimento sobre custos, políticas de saúde, legislação e análise do ambiente, fomenta a sua capacidade de planeamento, estratégia e sistematização da assistência de enfermagem,

e revela uma postura de atitude e integridade, de abertura a mudanças, flexibilidade, ética, sociabilidade e trabalho em equipa. A função de gestão nos serviços de saúde deve contemplar aspetos da prestação de cuidados, aspetos pedagógicos, técnico científicos e políticos, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando o planeamento de uma prestação de cuidados integral, prestada de forma segura e livre de riscos ao indivíduo e à comunidade (Spagnol, 2005).

Não desempenhei papel de liderança durante a realização do estágio.

A gestão de recursos materiais na UCSP, é realizada pela enfermeira coordenadora, mas refletir sobre este ponto, perceciono a quantidade de material utilizada na realização de pensos e a disponibilidade existente na unidade. Na realização dos pensos não é equacionado o desperdício de material; a existência de solutos em unidose era essencial para diminuir os custos, assim como pensos com características específicas com menor dimensão.

A coordenação é realizada por uma enfermeira com a especialidade em Saúde Comunitária, que exerce todas as tarefas de enfermeira de família com um ficheiro de 1450 utentes, sem tempo de horário para coordenação.

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As duas unidades de competência deste domínio são: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (D1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (D2).

Tabela 5 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Fonte DR 6dez fev 2019

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.	
<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
<i>D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro..</i>	<i>D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.</i>
<i>D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</i>	<i>D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.</i>

	<i>D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.</i>
<i>O Enfermeiro Especialista alicerça 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.</i>	
<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
<i>D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho</i>	<i>D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação</i>
<i>D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. .</i>	<i>D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada</i>

As unidades do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são: desenvolve o conhecimento e assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

Segundo o DPR “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização dos seus conhecimentos e utilizar da forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.(DPE,art.88,c

Ao longo do nosso percurso profissional a valorização dos nossos conhecimentos e fundamentos, a frequência de pós-graduações formações, cursos e mesmo ser palestrante em determinadas áreas.

Durante o período de estágio fora identificada algumas necessidades de formação, para esse momento era necessária disponibilidade dos enfermeiros da unidade, os enfermeiros ou não devem estar disponíveis pela para a mesma, ou o numero não era suficiente para as necessidades do serviço.

Todos os estágios realizados no Mestrado em Saúde Familiar contribuíram para o desenvolvimento desta competência, pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos permitem crescer, enquanto profissional e como pessoa.

A competência da monitorização e de assegurar a qualidade e da prática de cuidados de saúde, referida por Benner(2001), uma vez que a prática clínica baseada na evidência científica é uma forma de assegurar a qualidade da mesma (Benner,2001; Brykcztnski,2004).

Aquisição e atualização de conhecimentos assim como o desenvolvimento de competências da pesquisa e de investigação, para o enfermeiro que quer ter uma capacidade de análise crítica em conhecimentos científicos e assim melhorar a qualidade da área de cuidados de enfermagem.

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

A declaração da IFNA sobre as competências gerais para a prática de enfermagem familiar foi introduzida em 2015. As competências avançadas do enfermeiro especialista em Saúde Familiar são descritas pelo IFNA, com guião para o cuidado às famílias em todos os níveis de prevenção, assim como a educação em enfermagem a nível teórico e de investigação relacionados com a enfermagem familiar.

O IFNA, define os conceitos de Saúde, Ambiente, Família e Enfermagem para enfermagem de saúde familiar, vão ao encontro dos conceitos definidos pelas pela OE em :

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

Enfermagem - O FN-AP representa o compromisso e a obrigação de apoiar a família, tanto na saúde como na sociedade. A enfermagem familiar prática avançada baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde da família. O FN-AP apresenta diferentes pontos de vista que influenciam a saúde familiar. Os enfermeiros de família assistem às necessidades da família, tanto a nível biológico como psicológico, social e espiritual e interatuam assim com diversas famílias e indivíduos em todos os tipos de condições. Os enfermeiros de família devem contribuir com pontos fortes e bons recursos para o relacionamento com a família e devem apresentar conhecimentos especializados para manter a saúde familiar e assim gerir melhor os problemas de saúde

vivenciados por esta. Os enfermeiros criam e mantêm relações reparadoras com as famílias. Os enfermeiros de família tomam parte ativa na complexidade do risco de saúde familiar, contribuindo com recursos para melhorar a saúde global da família. Os enfermeiros devem ser capazes de pensar simultaneamente em vários parâmetros durante a sua avaliação e intervenção, como por exemplo as interações entre os diferentes membros da família, as suas relações e a ampla influência do contexto social (outros prestadores de cuidados de saúde). O alvo de intervenção do FN-AP devem ser aspetos onde haja maior probabilidade e disponibilidade para mudança.

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

Ambiente - A saúde familiar é influenciada por como os seus membros interagem dentro de contextos ambientais comuns. A família em todos os seus aspetos biopsicossociais e espiritual e na sua complexidade cultural interage com o ambiente, progressivamente transformando-o e sendo influenciada também ao longo do tempo. Os enfermeiros colaboraram com as famílias, de modo a criar ambientes que promovam a saúde e o seu efeito a longo prazo, assim como a gestão rápida de sintomas e a prevenção de doenças.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram publicadas em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 de 16 de julho de 2018 e no 19355 Artigo 3.º pode ler-se “Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

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

Tabela 6 - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Fonte DR 16 julho 2018 (continua)

Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação
1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	1.1.1 — Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. 1.1.2 — Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. 1.1.3 — Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. 1.1.4 — Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde. 1.1.5 — Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma
1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	1.2.1 — Solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. 1.2.2 — Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal. 1.2.3 — Utiliza instrumentos de avaliação familiar. 1.2.4 — Identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões. 1.2.5 — Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente. 1.2.6 — Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.
1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	1.3.1 — Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. 1.3.2 — Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. 1.3.3 — 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. 1.3.4 — Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente
1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica. 1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	1.4.1 — Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. 1.4.2 — Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. 1.4.3 — Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. 1.4.4 — Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. 1.4.5 — Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.

(continuação)

Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação
1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	1.5.1 — Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. 1 .5.2 — Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família. 1.5.3 — Codesenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde. 1.5.4 — Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. 1.5.5 — Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. 1.5.6 — Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar. 1.5.7 — Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.

	1.5.8 — Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde
1.6 — Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.	1.6.1 — Encoraja a família a partilhar a sua história. 1.6.2 — Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança. 1.6.3 — Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. 1.6.4 — Identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança. 1.6.5 — Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos. 1.6.6 — Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. 1.6.7 — Dá feedback à família, de forma sistemática, centrando -se nos seus pontos fortes. 1.6.8 — Discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar. 1.6.9 — Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.
1.7 — Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	1.7.1 — Procura orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar. 1.7.2 — Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. 1.7.3 — Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. 1.7.4 — Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. 1.7.5 — Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. 1.7.6 — Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. 1.7.7 — Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar.
1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	1.8.1 — Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados. 1.8.2 — Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. 1.8.3 — Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

O desenvolvimento de iniciativas ou programas, não é fácil de implementar em períodos de estágio tão curtos, com o fator agravante de o enfermeiro orientador se encontrar alguns dos períodos ausente da unidade por estar escalado para o centro de vacinação Covid. No entanto programei uma visita domiciliária, que não se realizam na unidade, a uma família, à qual apliquei o processo de avaliação familiar de Calgary (Apêndice 1). A programação seguiu os seguintes passos:

- 1- Identifiquei o problema – uma mãe de primeira viagem com um bebé com 5 dias ansiosa, dificuldade em amamentar, dificuldade em pegar o bebé e com medo de o magoar. É acompanhada pela mãe na 1ª ao UCSP, para a realização do teste ao pezinho e peso. A mãe é que controla todo o processo. O pai não tem licença de parentalidade porque está a trabalhar, de nacionalidade brasileira que reside em Portugal há três anos, sem documentação de permanência (documentos no SEF).
- 2- A família reside em casa da avó do bebé.
- 3- Na 2ª consulta, a mãe bem acompanhada pelo pai do bebe. O pai cuida do bebe com muito cuidado e a mãe sente-se menos ansiosa na presença do pai do bebé.

4- Programa com a mãe uma visita ao domicílio, no intuito de ajudar a família com orientações com o bebé no ambiente familiar.

5- Na consulta dois dias após a 1ª consulta, a mãe que vem sozinha, refere-me que a avó do bebé, referiu que não queria que as enfermeiras fossem a casa.

Refletindo sobre esta problemática, para uma melhoria da qualidade e assegurar um ambiente terapêutico tranquilo, sobrepõem-se os valores e crenças da avó, que eu como enfermeira respeito, de acordo com o código deontológico do enfermeiro e respeitando a privacidade da família.

(2) Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Tabela 7 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Fonte DR 16 julho 2018

Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.	
Unidades de competência	Crítérios de avaliação
2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	2.1.1 — Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. 2.1.2 — Referencia a família para outros profissionais de saúde. 2.1.3 — Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. 2.1.4 — Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família. 2.1.5 — Assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	2.2.1 — Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. 2.2.2 — Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. 2.2.6 — Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Fase metodológica segundo Coutinho (2011), visa dar informação sobre os procedimentos gerais utilizados durante a pesquisa empírica, definir os meios utilizados para realizar a investigação, ou seja, corresponde à sua planificação. É no decurso desta fase que quem investiga estabelece a forma de proceder para alcançar as respostas às suas questões de investigação ou aferir as suas hipóteses.

É neste contexto que Fortin (2009) realça que a investigação científica constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos para que o método seja de facto útil e aconselhável não basta que nos indique um caminho ou a maneira de agir mas a forma mais adequada para se atingir um fim que se tem em vista

A metodologia científica é um instrumento sem o qual a ciência não pode existir. Por essa razão não é possível estudar como disciplina se não houver compreensão mínima de certos problemas relativos ao conhecimento e à ciência em particular.

Neste capítulo descreveremos o percurso metodológico do mesmo estudo que segundo Reis (2010) deve englobar a organização crítica das práticas de uma investigação, desde a sua conceptualização de forma de obter que conclusões fiáveis e consoante os propósitos iniciais.

5. METODOLOGIA

É neste contexto que Fortin (2009) realce que a investigação científica constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos para que o método seja de facto útil e aconselhável não basta que nos indique um caminho, como a maneira de agir, mas a forma mais adequada para se atingir um fim que se tem em vista.

A metodologia científica é um instrumento sem o qual a ciência não pode existir. Por essa razão, não é possível estudar como disciplina, se não houver compreensão mínima de certos problemas relativos ao conhecimento e à ciência em prática.

Neste capítulo descreveremos o percurso metodológico do mesmo estudo, que segundo Reis (2010), devem levar a organização crítica das práticas de uma investigação, desde a sua conceptualização, a forma a obter conclusões fiáveis e consoante os propósitos iniciais

5.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta os objetivos definidos e consideradas as limitações temporais do estudo, foi realizado um estudo quantitativo descritivo analítico e correlacional.

O enfoque é quantitativo, uma vez “que utiliza a colheita de dados e a sua análise para responder às questões de pesquisa na contagem e frequentemente no uso estatístico para estabelecer os padrões de comportamento de uma população” (Sampaio,2013,p.5. É um processo de organização de coleta de dados observáveis e quantificáveis o estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno relativo a uma população de forma a estabelecer as suas características, ou uma amostra e tem como objetivo discriminar os fatores determinantes nos conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin,2009).

A pesquisa que se realizou enquadra-se neste tipo de estudo uma vez que temos um questionário com dados sociodemográficos e uma escala IFCE-AE que resultou da adaptação transcultural da escala sueca FINC – NA, iniciada na Suécia para a população daquele país, em 2009 começou a sua adaptação para a população portuguesa. Reúne critérios de validade psicométrica sendo um instrumento para avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem no contexto de prática clínica.

5.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Após a eleição da temática escolhida que é a primeira etapa do processo de investigação formulasse a questão de investigação, para Fortin (2006) “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”.

A questão de investigação constitui assim o início da investigação são questões interrogativas no presente precisas que inclui uma ou 2 variáveis e a população que se pretende no estudo.

Para a realização do presente estudo delineamos as seguintes questões de investigação:

1 - Quais atitudes que os enfermeiros de um serviço hospitalar, consulta externa adotam face à família no processo do cuidar;

2 - Quais atitudes que os enfermeiros de uma UCSP adotam face à família no processo do cuidar;

Sendo assim propusemos atingir os seguintes objetivos

- identificar as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidados.
- Identificar as atitudes dos enfermeiros da consulta externa de um hospital na abordagem a família como parte integrante do processo de cuidados.
- Identificar se as várias variáveis socio demográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.
- Analisar as atitudes dos enfermeiros da UCSP na abordagem à família com parte integrante do processo dos cuidados.
- Analisar as atitudes dos enfermeiros na consulta externa na abordagem à família com parte integrante no processo de cuidados-
- identificar as diferentes atitudes entre os enfermeiros da consulta externa e os enfermeiros da UCSP na abordagem a família parte integrante no processo dos cuidados.

5.3 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis representam uma qualidade, uma propriedade, ou seja, uma característica de pessoas, objetos ou de situações suscetíveis de mudar no tempo sendo consideradas unidades

de base da investigação (Fortin, 2009), operacionalizar variáveis significa definir conceitos de forma que possam ser observados e medidos.

Identificámos no nosso estudo: variáveis dependentes e independentes

variável dependente

Variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado predito pelo investigador (Fortin, 2009). A variável dependente que nos propusemos estudar é “a atitude dos enfermeiros face à família”

A operacionalização desta variável teve por base a escala IFCE-AE: “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem dos - Atitude dos enfermeiros face à família indica a percepção que o profissional sabe sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, assim como é indicador do seu comportamento.

No quadro 3 apresentamos a operacionalização da variável dependente atitude dos enfermeiros face à família”

Quadro 3 - variável dependente

Variável dependente	Dimensões	Indicadores
Atitude do enfermeiro face família	Família como parceira dialogante e recurso coping	Discordo completamente Discordo Concordo Concordo completamente
	família como recurso NOS cuidados de enfermagem	
	família como um fardo	

Variável independente

A variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável.

Foram determinadas não só com o título de caracterizar os profissionais envolvidos a variável dependente, as variáveis independentes- socio demográficas e profissionais que definem a amostra. Foram definidas variáveis independentes: género, idade, estado civil, grau académico ou título profissional, tempo de exercício profissional total, tempo de exercício profissional no serviço atual unidade onde exerce em funções, formação em enfermagem de família, formação em enfermagem de família e em que contexto, quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis independentes

VARIÁVEL	ESCALA DE MEDIDA	OPÇÕES DE RESPOSTA
Género	Variável qualitativa nominal	Resposta Dicotómica Feminino e Masculino
Idade	variável quantitativa de razão	Resposta aberta variável Entre 0 e
Estado civil	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla Solteiro Casado/União de facto Divorciado /Separado Viúvo
Grau académico	Tabela qualitativa nominal	Resposta múltipla Bacharelato Licenciatura Pós-Licenciatura/Especialidade Mestrado Pós-graduação Doutoramento
Título profissional	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla Enfermeiro Enfermeiro especialista
Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa de razão	Resposta aberta variável Entre 0 e
Tempo de exercício profissional no serviço atual	Variável quantitativa de razão	Resposta aberta variável Entre 0 e
Unidade funcional onde exerce funções	Variável qualitativa nominal	resposta múltipla UCSP Consulta Externa
Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Resposta dicotómica Sim e Não
Formação em enfermagem de família em que contexto	Variável qualitativa nominal	Resposta múltipla Contexto académico Formação contínua Na instituição Noutros contextos

5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em todas as investigações no domínio da saúde que envolvam seres humanos é de salientar o compromisso a ter em conta, todas as questões éticas e legais pois como referem Fortin et al (2009) e entram em jogo desde o início da investigação

Estes autores alertam-nos que deverão ser cumpridas diligências preambulares tais como a obtenção de autorização do estudo no local pretendido e o parecer e parecer da comissão ética.

Ao tomar todas estas diligências vamos ao encontro de Fortin *et al* (2009) quando referem que se devem tomar as disposições para proteger o direito e liberdade dos participantes, são cinco os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, foram determinados pelo código da ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade o

direito ao anonimato, e à confidencialidade o direito à proteção contra o prejuízo e por fim um tratamento justo e legal.

Assim no que diz respeito aos documentos para recolha de dados foi solicitado um parecer a comissão ética da ARS Centro (anexo I) que foi favorável à realização do estudo, assim como foi realizado um pedido Ao Conselho de Administração do Hospital de Santo André no qual estava incluído o parecer da comissão ética cujo parecer também foi favorável (anexo III e IV). O instrumento de colheita de dados foi disponibilizado para preencher durante o mês de janeiro 2022. Foi entregue juntamente com o questionário o documento de confidencialidade (Apêndice II)

O presente estudo de investigação teve por base o projeto “CuidarFam” - a família no processo de cuidar. O parecer da comissão ética da unidade de investigação em ciências da saúde escola superior de enfermagem de Coimbra, foi favorável (anexo V)

5.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida por um conjunto de sujeitos ou elementos de um grupo definido que partilham características comuns e sobre as quais assenta a investigação (Fortin. 2009)

O propósito deste estudo é analisar as atitudes dos enfermeiros como parte integrante no processo de cuidados e as possíveis relações, com fatores sociodemográficos e a diferença das atitudes entre enfermeiros da UCSP e os enfermeiro da consulta externa.

Optámos por uma amostra não probabilística acidental, sendo que os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de ser escolhidos para formar a amostra. Os indivíduos são incluídos no estudo na medida em que estão num local determinado e num preciso espaço de tempo Fortin,2009. Para que a amostra possua um elemento um elevado grau de homogeneidade decidimos como critérios de exclusão enfermeiros de férias, enfermeiros gestores, enfermeiros de licença ou enfermeiros de atestado médico prolongado. Tendo em conta a realização de local de estágio, foi selecionada com parte da participação do estudo UCSP Monte Redondo (7 enfermeiros) e os enfermeiros da Consulta Externa Do Centro Hospitalar de Leiria (19 enfermeiros).

5.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida, que mais convém aos objetivos de estudo, o que mais se adequa no sentido de dar à questão de investigação o que

mais se adequa no sentido de dar à questão de investigação as características dos elementos que constituem a amostra e o tempo de realização (Vilelas, 2009).

O instrumento de recolha de dados: Importância das Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros, após a sua validação para português e de adaptação transcultural passou a designar-se Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes do Enfermeiro, validada em Portugal, por Oliveira et al. (2011), o apêndice II é constituído por 2 partes: 1) questões de teor socio demográfico e profissional na, segunda parte aplicaremos a escala IFCE - AE, trata-se de uma escala de autopreenchimento de tipo *liker* composta por 26 utentes com quatro de opções de resposta: discordo completamente, discordo, concordo e concordo completamente o score de cada item varia de 1 a 4 na escala total EFCE-AE de 26 a 104.

As alterações em relação à escala original relativamente às sub - escalas a versão portuguesa contém 3 dimensões:

- família como parceira dialogante e recursos de coping 12 itens
- família como recurso nos cuidados de enfermagem 10 itens
- família como fardo 4 itens

Quadro 5 - Dimensões e afirmações da Escala IFCE – A
(continua)

DIMENSÕES	AFIRMAÇÕES
família parceira dialogante e recurso de coping	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente NOS cuidados de enfermagem prestados ao utente 6 - Meu primeiro contato com os membros da família, convido-o 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 contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro 12- Procuro 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 do Estado do utente 24 - Convidou os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados 25 - vejo-me como recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação
família como recurso nos cuidados de enfermagem	1 - É importante saber que só membros da família do utente 3- Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho 5 - A presença dos membros da família é importante para mim como enfermeira(o) 7 - A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança 10 - A presença dos 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 dos membros da família é importante para os mesmos 20 - O 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

As características psicométricas de um instrumento para dar dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a fiabilidade desse mesmo instrumento. A fiabilidade de uma medida refere a consistente desse mesmo instrumento (Fortin, 2009).

6. TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado informaticamente através da utilização dos seguintes programas: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*. Os dados recolhidos através do preenchimento de formulários (anexo I) foram transferidos para o suporte informático e analisados através do software SPSS®.

Wiersma (1995) citado por Coutinho (2011) refere que a estatística descritiva visa obter uma primeira leitura dos dados, capaz de dar uma ideia acerca da dispersão, forma e estrutura da distribuição, ou seja o conjunto de todos os scores ou observações de uma variável. Os mesmos autores referem ainda que a escolha das estatísticas descritivas utilizadas depende da quantidade de dados e do tipo de dados, sendo importante saber se provêm de variáveis nominais/ordinais, ou pelo contrário de variáveis tipo intervalar.

Os dados foram analisados e a informação recolhida foi tratada através de técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas) das variáveis qualitativas e das variáveis quantitativas; medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação) no caso das variáveis quantitativas. Foram aplicados testes estatísticos inferenciais, com o objetivo de relacionar variáveis. A análise inferencial, processa-se através da aplicação de testes que podem ser paramétricos e/ou não paramétricos. Coutinho (2011, p.186) defende que devemos recorrer procedimentos não paramétricos, sempre que ocorra um dos seguintes itens: “os dados são contagens ou frequências de diferentes tipos de resultados; a escala da medida de variável é nominal; a escala de medida da variável é ordinal; os pressupostos requeridos para a validade do correspondente teste não paramétrico não são totalmente cumpridos; a forma de distribuição da população de onde provém a amostra é desconhecida; a amostra é pequena; as medições são imprecisas; existem valores estranhos e/ou extremos nos dados que nos levam a considerar a mediana mais representativa do que a média.” Em virtude de em vários parâmetros avaliados a amostra ser inferior a 30, e/ou, as duas variáveis serem qualitativas, optou-se por utilizar testes não paramétricos na realização da análise inferencial dos dados. Foram utilizados os seguintes testes não paramétricos, definido de $p < 0,05$. Sendo um estudo retrospectivo realizado através de consulta de processos clínicos, e conforme preconizado pela DGS na norma nº 005/2011 de 21 de janeiro, as pessoas com DM foram avaliadas em diferentes momentos, sendo que na primeira avaliação 197 35 indivíduos

apresentavam registos de enfermagem. No intervalo de tempo definido para a realização deste estudo, apenas 38 indivíduos apresentavam registos de enfermagem que contemplavam uma segunda avaliação. Nem todos os processos analisados apresentavam registos de enfermagem com todos os dados necessários às variáveis em estudo, facto pelo qual o número total das pessoas com DM avaliadas não é constante, nas diferentes variáveis em estudo. Tendo em conta que o número de registos recolhidos é superior na primeira avaliação, optou-se por utilizar estes dados no tratamento estatístico e na sua comparação com estudos similares, dado o seu significado estatístico ser mais relevante. Contudo, sempre que possível procedeu-se à comparação dos dois momentos de avaliação.

6.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A exposição dos resultados teve como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. Neste sentido, foram apresentados os resultados através de tabelas onde se demonstram os dados mais relevantes do estudo.

6.1.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Optou-se para apresentar em os dados sócios demográficos obtidos e simultaneamente a sua análise, uma vez que acreditamos que simplifica a leitura e compreensão dos mesmos.

Sexo

No que concerne ao sexo, temos uma população masculina de 7,8% (2) e de 92,3% (24), estes resultados vão ao encontro da literatura, OE (2023), que do total de enfermeiros em Portugal e Ilhas é de 81.799 enfermeiros(as), sendo 82% do sexo feminino e 17.5% do sexo masculino.

Tabela 8 - Distribuição de acordo com o sexo

Género	n	%	% Total
Masculino	2	7,8	
Feminino	24	92,3	
Total	26	100,0	

Idade

A nossa amostra os enfermeiros apresentam idade entre 35 anos e 60 anos, com uma média de idade de 48 anos. Tem um desvio padrão de 6,98.

Num estudo realizado a norte de Portugal sobre a satisfação dos enfermeiros, 124 profissionais tinham uma média de idade de 42 anos. O que demonstra que a média de idade dos enfermeiros fica muito perto da nossa amostra (Ferreira et al 2017).

Tabela 9 - Distribuição de acordo com a idade

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio padrão
Idade	26	35	60	47,96	6,98

Estado civil

Pela tabela nº 10 percebemos pela nossa amostra que maioria dos profissionais é casado, 22 enfermeiros, um total de 84,6%; o resto da mostra é dividida por: solteiro 1 (3,8), divorciado/separado 2 (7,7%) e viúvo 1 (3,8%)

Tabela 10 - distribuição de acordo com o estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	1	3,8
Casado/união de fato	22	84,6
Divorciado/separado	2	7,7
Viúvo	1	3,8
TOTAL	26	100

Na tabela nº 11 que mostra o grau académico da nossa amostra, verificamos que a maior amostra só tem a licenciatura 19 (73,1%), com especialidade 3 (11,5%), mestrado 3(11,5%) e 1 com bacharelato (3,8%). Após verificarmos na literatura, os dados encontrados corroboram com os nossos dados. Nos dados do INE, estatística da saúde (2022), o numero de enfermeiros com especialidade em Portugal era 29,39% e os enfermeiros generalistas 29,39%; nos dados apresentados pela OE (2023), o numero de enfermeiros generalistas era de 73,9% e com especialidade 26,12%.

Tabela 11 - Distribuição de acordo com o grau académico

Grau Académico	n	%
Bacharelato	1	3,8
Licenciatura	19	73,1
Especialidade	3	11,5
Mestrado	3	11,5
TOTAL	26	100

Na tabela nº 12 que mostra qual a especialidade que os enfermeiros, tabela anterior, é de referir que temos 4 enfermeiros, porque 1 enfermeiro que licenciatura também tinha realizado o mestrado. Temos 2 enfermeiros com a especialidade Médico Cirurgia (50%), e 2 enfermeiros com a especialidade comunitária. Quando pesquisamos na literatura as especialidades mais presentes na população de enfermeiros em Portugal é 3134 (25,18%) – enfermagem Médico Cirúrgica e 3038 (12,47%) da enfermagem em Saúde Comunitária.

Tabela 12 - Distribuição de acordo com a especialidade

Especialidade	n	%
Médico-cirúrgica	2	50
Enfermagem Comunitária	2	50
TOTAL	4	100

Na tabela nº 13 o tempo de exercício profissional da nossa amostra tem uma média de 23,11 de anos de exercício, com um mínimo de 6 anos, um máximo de 36 anos e um desvio padrão de 7,21.

Tabela 13 - Distribuição de acordo com o tempo de exercício profissional

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão
Tempo de exercício profissional (anos)	26	6	36	23,11	7,21

Podemos observar na tabela nº 14 que a amostra tem 4 enfermeiros com pós-graduação: 2 (7,7%), com pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde, 1 (3,8%) pós graduação em

cuidados Paliativos e 1 (3,8%) pós-graduação em gerontologia social. Os 22 (84,6%) enfermeiros não tem pós-graduação.

Tabela 14 - Distribuição da amostra com a Pós-graduação

	Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem acumulativa
Gestão unidades de saúde	2	7,7	50	50
Cuidados Paliativos	1	3,8	25	75
Gerontologia social	1	3,8	25	100
Total	4	15,4	100	

Em relação ao total da nossa amostra temos 3 (11,5) enfermeiros que tem mestrado tabela nº 14, (3,8%) mestrado em envelhecimento ativo, 1 (3,8%) mestrado em ciências da enfermagem e 1 (3,8%) mestrado em sociopsicologia da Saúde.

Tabela 15 - Distribuição da amostra com Mestrado

	Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem acumulativa
Envelhecimento ativo	1	3,8	33,3	33,3
Ciências da enfermagem	1	3,8	33,3	66,7
Sociopsicologia da Saúde	1	3,8	33,3	100
Total	3	11,5	100	

Na tabela nº 16, representamos os anos que os enfermeiros se encontram a exercer no serviço onde se atual, temos profissionais com um mínimo de 6 anos, um máximo de 36 anos, com uma média de idade de 23, 11 anos e um desvio padrão de 7,21.

Tabela 16 - Distribuição de acordo com o tempo de exercício profissional no serviço atual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão
Tempo de exercício profissional no serviço atual (anos)	26	6	36	23,11	7,21

A tabela nº 17 representa o local onde a amostra exerce funções, 7 (26,9) enfermeiros são da UCSP e 19 (73,1) da consulta externa de um hospital

Tabela 17 - Distribuição da amostra de acordo com o local onde exercem serviço

Local onde exerce funções	n	%
UCSP	7	26,9
Consulta Externa	19	73,1
Total	26	100

Na tabela nº 18, podemos observar que do total da amostra, temos 4 (15,4%) enfermeiros com formação em enfermagem de família e 22 (84,6) não tem formação em enfermagem de família.

Tabela 18 - Distribuição da amostra de acordo com formação em enfermagem de Família

Formação em enfermagem de família	n	%
Sim	4	15,4
Não	22	84,6

Podemos observar na tabela nº 19, apresentamos onde os enfermeiros obtiveram a formação em enfermagem 3 (11,5%) formação em regime académico, 1 (11,5%) formação na instituição e (84,6%) não tem formação em enfermagem de família.

Tabela 19 - Distribuição da amostra de acordo com formação em enfermagem de Família em que contexto

Formação em enfermagem de família	n	%
Académico	3	11,5
Instituição	1	3,8
Sem formação	22	84,6

6.1.2 Consistência interna da escala IFCAE-AE

A consistência interna permite definir a homogeneidade dos enunciados dos instrumentos, ou seja, o potencial de cada um dos itens para avaliar o construto comum, sendo determinada pela relação estatística entre cada um dos itens e o total da escala (Fortin, 2009). Assim, o indicador alfa de *Cronbach*, permite determinar a consistência interna e, reflete o nível de correlação entre os itens de um questionário.

A consistência interna no estudo realizado por Barbiéri, MC et al., (2009), para validar a Escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, , por ser a mais

utilizada como na escala de Likert (Marôco e Marques, 2006), de cada uma das dimensões bem como da escala total. A consistência interna da escala total foi de $\alpha = 0,87$, valor muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Barbiéri, MC et al., 2009)

Para 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. No entanto na literatura outros 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 e Gliem, 2003).

Após a tradução da escala para a versão portuguesa, verificou-se que o alfa de Cronbach “manteve os valores satisfatórios e praticamente inalterados” (Oliveira et al., 2011), de $\alpha = 0,87$ da escala total, o que prova a fiabilidade da nova versão.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005) valores de Alpha de Cronbach entre 0.80 e 0.90 são classificados como bons. Deste modo, considerámos aceitáveis os valores de Alpha de Cronbach obtidos neste estudo para a IFCE-AE e suas três dimensões.

A avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE do nosso estudo, determinou um $\alpha = 0,82$. A avaliação da fidelidade da escala variou entre $\alpha = 0,67$ e $\alpha = 0,86$ para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

Na tabela 20, pode comparar-se o cálculo de fidelidade das várias dimensões na escala validada e adaptada à população portuguesa e no estudo atual.

Tabela 20 - 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 como parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,86
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,77
Família como um fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,67
α Cronbach da Escala Total		0,87	0,82

Por estudos encontrados, verificamos um valor de α Cronbach, que vai de encontro ao nosso estudo, varia para as 3 dimensões entre o valor α 0,82 e 0,83, tabela nº 21.

Tabela 21 – Análise da consistência interna da escala IFCE-AE nos diversos estudos, em Portugal

Dimensões da escala	α Cronbach					
	AUTORES					
	Alves, 2011	Sousa, 2011	Rodrigues, 2013	Francisco, 2017	Presente estudo	α Cronbach (adaptação portuguesa)
Família como parceira dialogante e recurso de coping	α 0,82	α 0,84	α 0,84	α 0,73	α 0,86	α 0,90
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	α 0,84	α 0,80	α 0,80	α 0,82	α 0,77	α 0,84
Família como um fardo	α 0,61	α 0,66	α 0,66	α 0,53	α 0,67	α 0,49
α Cronbach total	α 0,83	α 0,82	α 0,82	α 0,83	α 0,82	α 0,87

6.1.3 Análise inferencial dos resultados das técnicas aplicadas para testar as hipóteses

Tendo em conta a questão de investigação, para aplicação das técnicas de estatística inferencial procedeu-se inicialmente a avaliação da normalidade da amostra,

Neste sentido, já que se trata de uma amostra de pequena dimensão (Marôco, 2018), determinou-se a normalidade da amostra, aplicando o teste de ajustamento à normal de Shapiro-wilk. O nível global de significância foi fixado de 0,05 ($p=0,05$).

Assim, e após aplicação do referido teste, através da análise da tabela 2, pode constatar-se que a distribuição amostral não é considerada normal, já que apresenta em duas dimensões um valor de significância inferior a 0,05 ($p=0,034$ e $p=0,002$ nas dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de coping e Família como recurso dos cuidados de enfermagem, respetivamente). Apenas a dimensão Família como um fardo apresenta um valor de $p>0,05$.

Para investigar a associação entre os itens pesquisados, foram utilizados testes não paramétricos por não existir distribuição normal, Teste de Wilcoxon, Teste de Mann-Whitney, Teste de Spearman, teste de Shapiro-Wilk e Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 22 - Teste de Shapiro-Wilk das dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Shapiro-Wilk		
	Estatística	n	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	0,915	26	0,034
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	0,947	26	0,002
Família como um fardo	0,943	26	0,161

Relativamente às hipóteses enunciadas, dado tratar-se de uma amostra que não apresenta distribuição normal, as mesmas serão analisadas utilizando testes não paramétricos para a análise estatística inferencial.

H1- Estabelece relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e a idade.

Na tabela 23, podemos verificar a aplicação do teste não paramétrico da correlação de Spearman entre a variável independente idade face à variável dependente, avaliada através da escala IFCE-AE nas suas três dimensões.

Observa-se que o valor de r_s de Spearman, apresenta um valor de 0,194 na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping, de -0,153 na dimensão Família como recurso dos cuidados de enfermagem e de -0,056 na dimensão Família como um fardo, evidenciam que não existe correlação significativa. Pela análise da referida tabela, as três dimensões da escala apresentam valores de significância com $p > 0,05$ podendo concluir-se que não se estabelece relação entre a idade e a atitude do enfermeiro face à família.

Tabela 23 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade – Teste de Spearman

Dimensões da Escala IFCE-AE	r _s de Spearman	
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Coeficiente de Correlação	0,194
	P	0,343
	n	26
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Coeficiente de Correlação	-0,153
	P	0,457
	n	26
Família como um fardo	Coeficiente de Correlação	-0,056
	P	0,786
	n	26

H2- Estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil.

A tabela 24, revela os resultados da aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e observa-se que não existe diferenças estatisticamente significativas, entre o estado civil relativamente as três dimensões da escola IFCE-AE. Apresentam valores de significância com $p > 0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,971$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,449$) e Família como um fardo ($p=0,961$). Conclui-se assim que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil (tabela 24).

Tabela 24 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o estado civil - Teste de Kruskal-Wallis

Dimensões da Escala IFCE-AE	Estado Civil	n	Média	H de Kruskal-Wallis	df	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Solteiro	1	15,00	0,522	4	0,971
	Casado	19	13,08			
	União de Facto	3	13,00			
	Divorciado/Separado	2	16,75			
	Viúvo	1	15,00			
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Solteiro	1	11,50	3,693	4	0,449
	Casado	19	13,63			
	União de Facto	3	11,33			
	Divorciado/Separado	2	21,00			
	Viúvo	1	4,50			
Família como um fardo	Solteiro	1	10,00	0,616	4	0,961
	Casado	19	13,34			
	União de Facto	3	13,83			
	Divorciado/Separado	2	14,00			
	Viúvo	1	18,00			

H3- Estabelece- relação entre a atitude do enfermeiro e o grau académico.

A tabela 25 podemos verificar a aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e observa-se que não existe diferenças estatisticamente significativas, entre o grau académico relativamente as três dimensões da escola IFCE-AE. Apresentam valores de significância com $p > 0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de

coping ($p=0,783$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,396$) e Família como um fardo ($p=0,066$). Conclui-se assim que não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico.

Tabela 25 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico - Teste de Kruskal-Wallis

Dimensões da Escala IFCE-AE	Grau Académico	n	Média	H de Kruskal-Wallis	df	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Bacharelato	1	19,50	1,075	3	0,783
	Licenciatura	18	12,69			
	Pós-Licenciatura	3	15,50			
	Mestrado	4	14,13			
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Bacharelato	1	16,50	2,973	3	0,396
	Licenciatura	18	11,81			
	Pós-Licenciatura	3	16,83			
	Mestrado	4	17,88			
Família como um fardo	Bacharelato	1	10,00	7,179	3	0,066
	Licenciatura	18	15,53			
	Pós-Licenciatura	3	14,17			
	Mestrado	4	4,75			

H4- Estabelece relação entre a atitude do enfermeiro e o título profissional.

Na tabela 26, aplicamos o teste de Mann-Whitney e mostra que não existe diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino relativamente a três dimensões da escala IFCE-AE, com um valor de significância de $p>0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,355$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,072$) e Família como um fardo ($p=0,072$). Conclui-se assim que não há relação entre o título profissional e a atitude dos enfermeiros face à família dimensão da escala IFCE-AE.

Tabela 26 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional – Teste de Mann-Whitney

Dimensões da Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	Média	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermeiro	20	12,70	0,355
	Enfermeiro Especialista	6	16,17	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	20	12,03	0,072
	Enfermeiro Especialista	6	18,42	
Família como um fardo	Enfermeiro	20	14,98	0,072
	Enfermeiro Especialista	6	8,58	

H5- Estabelece relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.

Na tabela 27, revela os resultados da aplicação do teste não paramétrico da correlação de Spearman entre a variável independente tempo de serviço profissional face à variável dependente, avaliada através da escala IFCE-AE nas suas três dimensões.

Observa-se que o valor de r de Spearman, apresenta um valor de 0,167 na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping, de -0,202 na dimensão Família como recurso dos cuidados de enfermagem e de 0,022 na dimensão Família como um fardo, evidenciam que não existe correlação significativa. Pela análise da referida tabela, as três dimensões da escala apresentam valores de significância com $p > 0,05$ podendo concluir-se que não se estabelece relação entre o tempo de serviço profissional e a atitude do enfermeiro face à família.

Tabela 27 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional – Teste de Spearman

Dimensões da Escala IFCE-AE	rô de Spearman	
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Coeficiente de Correlação	0,167
	P	0,416
	N	26
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Coeficiente de Correlação	-0,202
	P	0,322
	N	26
Família como um fardo	Coeficiente de Correlação	0,022
	P	0,916
	N	26

H6- Estabelece a relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde exerce cuidados.

Na tabela 28, aplicamos o teste de Mann-Whitney e mostra que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a unidade onde exerce cuidados, UCSP e consulta externa relativamente a três dimensões da escala IFCE-AE, com um valor de significância de $p > 0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,534$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,497$) e Família como um fardo ($p=0,651$). Conclui-se assim que não há relação entre a unidade onde exerce cuidados e a atitude dos enfermeiros face à família dimensão da escala IFCE-AE.

Tabela 28 – Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde exerce cuidados – Teste de Mann-Whitney

Dimensões da Escala IFCE-AE	Unidade onde exerce cuidados	n	Média	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	UCSP	7	11,86	0,534
	Consulta Externa	19	14,11	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	UCSP	7	15,21	0,497
	Consulta Externa	19	12,87	
Família como um fardo	UCSP	7	12,29	0,651
	Consulta Externa	19	13,95	

H7- Estabelece relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e a formação em enfermagem de família.

Na tabela 29, revela os resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney e mostra que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a formação em enfermagem de família relativamente a três dimensões da escala IFCE-AE, com um valor de significância de $p > 0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de coping ($p=0,758$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,973$) e Família como um fardo ($p=0,471$). Conclui-se assim que não há relação entre a a formação em enfermagem de família e a atitude dos enfermeiros face à família dimensão da escala IFCE-AE.

Tabela 29 – Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família – Teste de Mann-Whitney

Dimensões da Escala IFCE-AE	Formação em enfermagem de família	n	Média	P
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	4	12,25	0,758
	Não	22	13,73	
Família como recurso dos cuidados de enfermagem	Sim	4	13,75	0,973
	Não	22	13,45	
Família como um fardo	Sim	4	10,88	0,471
	Não	22	13,98	

7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao realizar a presente investigação que têm como objetivo principal “Conhecer as atitudes dos enfermeiros face ao papel do cuidar perante a família, e tendo em consideração se existe diferença entre os enfermeiros dos CSP e os enfermeiros da consulta externa.

Para Fortin (2009) e Ribeiro (2008) na discussão de um trabalho de investigação estamos perante um momento crítico reflexivo onde se pretende estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação.

Foram evidenciadas as relações socio demográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros perante a família (apresentados anteriormente).

Após a apresentação dos dados e a sua análise, é importante salientar o relacionamento e os procedimentos adotados com a contextualização teórica. Deste modo realçamos os valores que se evidenciaram e verificamos o cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Para identificação das atitudes do enfermeiro face à família no cuidar, foi utilizada a escala IFCE -AE (Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem) validada para português por Oliveira *et al* (2009) nas 3 dimensões da escala: Família como parceiro dialogante e recurso de coping, família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um fardo.

Há autores que avaliam as características dos enfermeiros através das suas atitudes Diniz (2006) as cited in Alves (2011) na sua investigação, em que o objetivo “era conhecer as características dos enfermeiros no cuidado em parceria com a família de idosos internados”. Após o estudo concluiu que a proximidade dos enfermeiros com os familiares fazia emergir alguns medos nomeadamente: o medo de não ser competente, o medo de errar e o medo daquilo que a família possa pensar.

Estudos realizados em alguns países africanos revelam atitudes negativas dos enfermeiros, como sendo verbalmente abusivos com pacientes e familiares e, em certos casos verifica-se negligência e ocultação de cuidados (Haskins, Grant, & Horwood, 2016) as cited in Martins (2021). No entanto, atitudes positivas dos enfermeiros são pré-requisitos para implementação de uma filosofia de cuidados centrados nas famílias

A escala IFCE-AE apresenta alfa de *Cronbach* de 0,87, na validação da escala para português; no presente trabalho de investigação apresentámos um alfa de 0,82. A avaliação de fidelidade da escala variou entre alfa 0,67 e o alfa 0.86 para as 3 dimensões verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

Quanto maior o score obtido nas 2 primeiras dimensões: “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como um recurso de cuidados de enfermagem” e menor o valor da dimensão “Família como um fardo” mais atitudes de suporte existem; assim como mais valor é atribuído pelos enfermeiros a família nos cuidados prestados (Ângelo 2014; Silva 2013) as cited in Bértolo (2021).

Os resultados obtidos por este estudo corroboram o que foi dito anteriormente primeiro os enfermeiros consideram a Família com parceira dialogante e recursos de *coping* e em segundo a Família é considerada como recurso dos cuidados de enfermagem e por fim consideram a Família como um fardo, Sousa (2011) Rodrigues (2013) e Silva (2011). Em outros estudos encontramos em primeiro lugar a família como recurso nos cuidados de enfermagem Alves (2011) e Francisco (2017).

Em todos os estudos referidos anteriormente o score de família como um fardo varia entre alfa 0,53 e alfa 0,67 no entanto valores superiores ao alfa da escala validade para português. A idade dos enfermeiros do presente estudo é caracterizada por uma média de idade de 47,96 anos, sendo a idade mínima 35 e a idade máxima 60 anos. No anuário da OE relativo a 2021 editado pela OE em 2022 o grupo etário mais representativo é dos 31 a 40 anos com uma média de 33,76 anos de idade. Valores que nos levam a pensar, em termos da idade da população da nossa amostra em relação com os valores apresentados pela OE, em que a idade media tem uma variação de cerca de 14 anos, enfermeiros mais envelhecidos.

A subjetividade da idade está inerente ao local do estudo, há serviços em que a população é mais jovem devido às condicionantes do tipo de trabalho, assim como à serviços em que os enfermeiros têm idades mais avançadas por motivo anteriormente referidos. Nesta hipótese os valores estatísticos obtidos não evidenciam diferenças de correlação significativa significativa em cada uma das 3 dimensões OP maior 0,05. Estes valores são evidenciados no estudo de (Alves 2011).

O estado civil na nossa amostra de 26 enfermeiros, 19 são casados. Os dados não tem correlação significativa a nível das três dimensões. Na literatura não foram encontrados dados referentes a esta variável.

O título profissional da nossa amostra é de 76,9% enfermeiros generalistas e 23,07% especialistas, são valores que corroboram os dados da OE 2018 enfermeiros generalistas

74,73% enfermeiros especialistas 25,27% não há relação entre o título profissional e a atitude enfermeiros face às 3 dimensões.

No entanto Ângelo (2014) as Cited in Francisco (2017), efetuou um estudo com enfermeiros da pediatria que não vão ao encontro destes valores. Os estudos encontrados que corroboram os nossos resultados, são: Sousa (2015) e Fernando *et al* (2015) as Cited in Francisco (2017): a presença da família é essencialmente percebida como parceiro dialogante e recurso de *coping* enquanto nos estudos realizados Silva *et al* (2013) *as cited in* Francisco (2017), e Alves *et al* (2014) *as cited in* Francisco (2017), de entre as atitudes mais favoráveis os enfermeiros percebem a família em primeiro lugar como um recurso aos cuidados de enfermagem.

Através de um estudo realizado que contraria os nossos resultados Santos (2012) *Cited in* Rodrigues (2013) obteve “a evidência que mais elevada é a formação profissional dos enfermeiros (...) mais favorável é a atitude face à prática de enfermagem de família.

Também a Ângelo (2014) as Cited in Francisco (2017) efetuou um estudo com enfermeiros de pediatria que não vão ao encontro dos nossos resultados no sentido que os enfermeiros com mais graduação consideram a dimensão mais relevante a Família como um fardo, constituindo assim uma barreira para o desenvolvimento de um relacionamento colaborante entre enfermeiro e família

Pela minha análise quando um elemento necessita de um cuidado ou está perante uma transição toda a família está a viver o processo; a família é quem a pessoa considera como tal, pode não ser nenhum elemento da família. A empatia perante a família abre a porta para deixar a família participar nos cuidados da enfermagem, os estudos anteriores em que a família é considerada como um fardo vai mais além como outros dos medos manifestados por alguns enfermeiros: o medo da observação, de o familiar ver o comparar com a com a outra enfermeira e deve ser colocada a questão que a família pode estar presente. Estamos sempre perante uma questão ética em que a pessoa, desde que esteja consciente da sua decisão, pode decidir a presença (ou não) da família nos cuidados. Será uma questão a colocar através da relação enfermeiro doente.

A população da nossa amostra em tempo de exercício profissional tem uma média de 23,11 anos com tempo mínimo de 6 anos e um tempo máximo de 36 anos, pela análise estatística não existe relação entre tempo de exercício profissional e a atitude do enfermeiro face à família. A experiência profissional não interfere no nosso estudo nas 3 dimensões $p > 0,05$, vai

ao encontro do estudo realizado por Alves (2011) e um estudo realizado a nível nacional por Galinha (2009) *Cited in Alves (2011)*, no entanto há autores que encontram uma relação entre atitudes de maior suporte e maior experiência profissional Benzein (2008) *Cited in Alves 2011*. No estudo de Francisco (2017) também não foram encontradas relações entre as variáveis. No entanto no estudo de *Benzein et al(2008) cited in Francisco (2017)* encontrou dados que indicam com enfermeiros com menos tempo de exercício profissional, nomeadamente os recém-formados são os que consideram mais a família como um fardo, referindo que não têm tempo para a família no seu local de trabalho. Pela minha análise estamos perante um período em que os enfermeiros têm medo, estão sempre a ser observados pelos seus pares pelos seus superiores hierárquicos e pelos familiares para ver se cometem erros, na minha realidade enfermeira há 33 anos tenho ao longo dos anos sentido uma maior disponibilidade para utentes e família.

A amostra representa no total 26 enfermeiros dos quais 19 enfermeiros exercem funções na consulta externa de um hospital e 7 exercem em funções na UCSP, no estudo estatístico não há relação entre a unidade onde exercessem funções e as atitudes dos enfermeiros, concluindo que o tipo de unidade onde os enfermeiros exercem as suas atividades não condiciona as suas atitudes. No estudo realizado por Martins (2010), com uma amostra mais significativa, um total de 347 enfermeiros, sendo 156 dos cuidados de saúde primários e 190 do hospital, a correlação entre as variáveis dependentes e a formação em enfermagem de família tem diferenças estatisticamente significativas a nível das 3 dimensões para os enfermeiros com formação em enfermagem da família.

A formação em enfermagem de família torna-se pertinente, abrangendo os CSP e Centros Hospitalares.

8 - CONCLUSÃO

Com o término deste mestrado, e com a realização do presente trabalho de investigação, concluí que foi de extrema importância refletir sobre as experiências e sentimentos vivenciados, analisando o meu desempenho e postura, tendo por base, o planeamento do estágio e os objetivos propostos para o desenvolvimento e aquisição das competências, aproveitamos ao máximo todos os momentos de aprendizagem.

A intervenção com famílias é cheia de incertezas, mas simultaneamente composta de uma riqueza de valores e saberes individuais e familiares, que tornam a relação enfermeiro de família/família, nobre e inigualável.

As vivências que tive vão estar comigo durante muitos anos, são uma fonte de inspiração, para o meu dia a dia como pessoa e como enfermeira.

Considero que cada experiência vivenciada marcou a minha, enriquecendo assim o meu percurso com novos.

A valorização da família como domínio da enfermagem resulta da sensibilização e do conhecimento dos profissionais o que pressupõe o conhecimento da família e um conhecimento baseado em evidência científica do conhecimento de enfermagem de família Para Hanson (2005). A enfermagem da família tem como objetivo, a família como um sistema. Abordagem sistemática da família, para o enfermeiro é de primordial relevância para a abordagem das famílias.

Um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere. Como consequência, assistiu-se, nas últimas décadas, a um protagonismo crescente da “família” nos estudos, intervenções e políticas de saúde internacionais. Na disciplina de Enfermagem, desenvolveram-se estudos que identificaram situações sensíveis a intervenções consistentes de enfermagem, fundamentada num conhecimento interdisciplinar que articula saberes científicos, éticos e deontológicos. Novos desafios são colocados à enfermagem enquanto profissão, entre os quais a enfermagem com famílias como o eixo estruturante nos três níveis de prevenção, ao longo do ciclo vital.

O estudo descritivo, analítico e correlacional aqui exposto, visou a identificação das Atitudes dos enfermeiros da UCSP Monte Redondo e Consulta Externa do Hospital Leiria, face às famílias nos cuidados de enfermagem e a determinação de relações entre as atitudes dos enfermeiros com os familiares dos utentes e as variáveis socio demográficas e se as atitudes são diferentes entre os enfermeiros das diferentes instituições duas outras variáveis,

Os resultados obtidos são demonstrados ao longo do estudo, que nos permitem responder às questões de investigação colocadas e aos objetivos delineados no início deste percurso. Os dados obtidos provêm de uma amostra constituída por 26 enfermeiros, 24 são mulheres, com idade compreendida entre os 35 e 60 anos, uma média de idade de 48 anos. Exercem funções entre 6 a 36 anos, uma media de 23 anos de exercício profissional, desta população e só quatro elementos tem formação na área de enfermagem de família. Todos os enfermeiros contactam diretamente com utentes e famílias, diariamente. Verificou-se no estudo que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a formação em enfermagem de família relativamente a três dimensões da escala IFCE-AE, com um valor de significância de $p > 0,05$ em cada uma das dimensões avaliadas, Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* ($p=0,758$), família como recurso dos cuidados de enfermagem ($p=0,973$) e Família como um fardo ($p=0,471$). Conclui-se assim que não há relação entre a formação em enfermagem de família e a atitude dos enfermeiros face à família dimensão da escala IFCE-AE.

Ficou demonstrando a maior sustentação para a dimensão Família como parceira dialogante e recurso de *coping*. Não se verificou qualquer relação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes.

Com vista à melhoria dos cuidados e conseqüentemente a um maior envolvimento e participação dos utentes e seus familiares nos seus processos de saúde, através de uma consciente tomada de decisão e responsabilização pela sua saúde individual e coletiva, é cada vez mais premente olhar as atitudes dos enfermeiros de forma a tentar perceber o que está na sua base. Apontámos algumas sugestões, nomeadamente em termos de investigações a serem realizadas futuramente, tendo em consideração que os destinatários dos cuidados de saúde estão cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, exigindo dos profissionais um maior comprometimento. Importa que sejam desenvolvidas mais pesquisas capazes de identificar e explicar as variáveis que influenciam as Atitudes dos enfermeiros, e de desenvolver intervenções capazes de apoiar os enfermeiros, para que exista um ambiente de

trabalho capaz de promover resultados positivos no cuidado às famílias. Por estes serem fenómenos pouco explorados parece-nos que a metodologia qualitativa poderá mostrar-se eficaz para o seu conhecimento. Entendemos que as principais limitações do trabalho de investigação aqui exposto, se reportam, ao reduzido tamanho da amostra e à necessidade de maior espaço de tempo entre os dois momentos de recolha de dados. Considerámos, contudo, que, deste estudo emergem áreas fundamentais a investigar, que permitem a implementação. A necessidade de estudos nesta área, para uma excelência dos cuidados, a relação de um estudo correlacional com as perceções dos cuidados sentidas pelas famílias da mesma população assistencial e as atitudes dos enfermeiros

Também se identifica como limitação ao estudo desenvolvido, o facto de o preenchimento do questionário poder não espelhar claramente as atitudes dos enfermeiros, pois poderão existir diferenças entre as atitudes que são percecionadas e as que de facto se colocam em prática. Oliveira et al. (2009) refere inclusive que os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson C. – Transições e contextos Multiculturais. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011. 156 p. ISBN 978-989-8269-13-3.
- Agrupamento dos Centros de Saúde do Pinhal Litoral (2017). Plano local de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018 – 2020. Retrieved from: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%A9-ACeS-PL.pdf>
- Alarcão, M., & Relvas, A. P. (2005). Novas formas de Família. Coimbra: Quarteto.
- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- BARBIERI, M. C. – Comentário do Enfermeiro. In ORDEM DOS ENFERMEIROS – A cada família o seu enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, junho, 2002, p. 137- 141.
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Reis Santos, M., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, conceções e praticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família.
- Bell, J. M., Watson, W. L., & Wright, L. M. (Eds.). (1990). The cutting edge of family nursing. Calgary, Canada: Family Nursing Unit Publications. Retrieved from: <https://prism.ucalgary.ca/items/5cb123ce-abb9-48e1-be85-08f4864d5097>
- BENNER, Patrícia - De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.
- Calkin. (1990). Escape Into A Higher Order. In Bell, Watson, & Wright, *The cutting Edge of Familiy Nursing. Calgary: Family Nursing Unit Publications*, p.1-5.
- CIPE (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Código Civil Português (2010), art. 1576. Retrieved from: <https://www.codigocivil.pt/teste4.php>
- COLLIÉRE, Marie-Francoise. Cuidar... a primeira arte da vida. Lisboa: Lusodidacta, 2003. 448p. ISBN: 9799728383533.
- Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. (1997). Retrieved from: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_bio_medicina.pdf
- Coutinho, C.P. (2011). metodologias de investigação em ciências sociais e humanas – Teoria e Prática. Editora Almerinda
- Cruz,A.C.; Angelo,M. (2018). Impacto de uma intervenção educativa sobre Enfermagem dos Sistemas Familiares nas atitudes dos enfermeiros. Rev enfermaria UERJ, Rio de Janeiro, 2018; 26:e34451
- Decreto do Presidente da República nº 1 de 3 de janeiro. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Diário da república I serie-a nº 2 (2001). Acedido em julho 2021. Retrieved from: dre.pt
- DECRETO LEI Nº 104 de 21 de abril. CRIA A ORDEM DOS ENFERMEIROS E APROVA O RESPECTIVO ESTATUTO. Diário da republica I-A serie nº 93 (1998). Retrieved from: www.dre.pt
- DECRETO REGULAMENTER Nº 66 DE 29 maio. Norma Direção Geral Da Saúde nº 005 de 21 janeiro (2011). Decreto do regulamento nº 21 de 2008. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, aprovado por Conselho de Ministros de 19 de junho de 2014, publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 149.
- DECRETO-LEI Nº 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República, Série I, n.º 149 (2014). Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>

- Decreto-Lei nº 161 de 4 de setembro. MINISTERIO DA SAUDE. Diário da República I serie nº 205 (1996), Acedido em julho 2021. Retrieved from: www.dre.pt
- DECRETO-LEI Nº 28/2008 DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República, Série I, N.º 38 (2008). Acedido a 17 julho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, II série, Nº 28 de 10 de FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015). Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- DESPACHO Nº 26 de 2 de janeiro. GABINETE DA MINISTRA. Diário da república II serie nº1 (2019). Acedido em julho 2021. Disponível em www.dre.pt
- Diário da República, II série, Nº26 (2019). Acedido a 20 julho 2021. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020. Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Fernandes, & Martins. (2011). Family Nursing Game - Um jogo para refletir na Família como foco dos Cuidados de Enfermagem em meio hospitalar. *Revista AICA- Revista de divulgação científica* nº 3, p.23- 30.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Retrieved from: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>.
- Fortin, M. F., (1999) *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures. Lusociência.
- Francisco, E. F. (2017). *Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar*. (licada) Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.19/4534>
- Friedemann, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Furtado, C & Pereira, J (2020). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Retrieved from: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>
- Galinha, F.; Ribeiro, M. T.; Pinto, J. C. *Contributos das técnicas de mediação familiar – Capítulo 9- contributos das técnicas de medição na relação enfermeiro-família em serviço da urgência*
- GLIEM, Joseph A.; GLIEM Rosemary R. - *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. [Em linha]. Columbus: *Midwest Research- to- Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*, (2003). P. 82-88. Acedido em junho 2023. Henriques, C. M. G. (2013). *Desafios em Gestão - Dissertações Temáticas*. Lisboa. Bubok Publishing SL
- [www.: https://scholarworks.iupui.edu/items/63734e75-1604-45b6-aed8-40ddd7036ee](https://scholarworks.iupui.edu/items/63734e75-1604-45b6-aed8-40ddd7036ee)
- Hanson, & Kaakinen. (2005). *Fundamentos teóricos para a enfermagem de Família*. In S. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (pp. 39-50). Loures: Lusociência
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria Prática e Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Henriques, C. M. G. (2013). *Desafios em Gestão - Dissertações Temáticas*. Lisboa. Bubok Publishing SL
- ICN (2002). *International council of nurses*. Retrieved from: Abril, 2021. https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf
- International Family Nursing Association. (2017). *IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing*. *Journal of Family Nursing*, 11(2).
- J. & Martins, M. M. F. P. D. S. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families'*
- LEI Nº 15 de 21 de março. ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. *Diario da republica I serie nº 57* (2014). Acedido em julho 2021. Retrieved from: www.dre.pt

- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Inserido o Estatuto da Ordem dos enfermeiros. Retrieved from: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1
- Lei nº 48/90 de 24 agosto da Assembleia da República. Diário da República: I Série, nº195 (1990). Acedida em 2 junho 2021. Retrieved from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7th ed.). Pêro Pinheiro
- Martins, C.B.(2021). Envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada: dos enfermeiros em cabo verde. *Revista Enfermagem. Innovacion e ciência*. Vol. 2 Núm.1 (2021)
- MIM@UF. Diretório de informação em Saúde. Acedido a 12 junho 2021. Retrieved from: <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minuf-modulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>.
- Neto, F. (1998) – *Psicologia Social*. Vol. I, (p.333-411). Lisboa: Universidade Aberta
- OLIVEIRA, P. C. [et al.] – Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In UNIESEP – Da investigação à prática de enfermagem de família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 34-48.
- 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., 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.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – A cada família o seu enfermeiro. 1ª edição. Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, ICN*. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 dezembro 2021. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento Nº 428/2018 DE 16 de julho da ordem dos enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015) *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em 08 de Setembro de 2021. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Organização Pan-Americana de Saúde, (2018). *Indicadores de Saúde, Elementos conceituais e práticos*. Retrieved from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>
- Pereira, I. (2004) – Atitudes no cuidar em Enfermagem. *Rev. Servir*. Vol.52, nº5. 264-271
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Queiroz, A. (2009) – Enfermeiros e famílias: Abordagem sobre a Enfermagem de famílias e o enfermeiro (de saúde) da família. *Rev. Sinais Vitais*, nº 85, p.11-20
- REGULAMENTO n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. D.R. II Série. N.º 35, p. 8648-8649.
- REGULAMENTO Nº 122 de 18 de fevereiro. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Diário da República II série*, nº 122 (2011). Acedido em julho 2021. Retrieved from: www.dre.pt

REGULAMENTO nº 126/2011 de 18 de junho DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da república II serie, nº 35 (2011). Acedido em julho 2021. Retrieved from: www.dre.pt

Relvas, A. P. (2004). O ciclo vital da família. (Edição Afrontamento, Ed.). Lisboa.

Ribeiro, S. & Calado, G. (2017). *Necessidades de cuidados de enfermagem para la familia de enfermos infantiles com enfermedades crónicas*. *Revista Iberoamericana de Salud e Envejecimiento*, 3 (3), 1166-1179.

Ribeiro, E.A. (2008). A perspetiva da entrevista na investigação quantitativa. *Revista Evidencia*, Araxá nº 4; pg 129-148. Retrieved from:
http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf

Rodrigues, L.M. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. . Retrieved from:
<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>

SARAIVA, Dora M. R. F.- Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*, nº 244. [Em linha]. 2009. [Consult. 22 Fev 2013]. Retrieved from: [www: <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do>](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do).

Silva, M. A. (2011). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>

Silva, M. A., Costa, M.A., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), p. 19-28. Retrieved from:
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=burden&id_artigo=2402

Silva, M., Costa, M., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28.

SNS (2021). BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx>.

Sousa, E. A. (2011). *Família – atitudes do enfermeiro de reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). . Retrieved from:<http://hdl.handle.net/10400.26/9365>

Spagnol, C. A.. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciências e saúde coletiva*. Belo Horizonte (MG), v.10, n.1, p.119-127, 2005. Disponível em: Acesso em: 13 fev. 2022

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures, Portugal: Lusociência.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Norte Monte Redondo (Arnaldo Sampaio), (2018). Plano de ação 2019. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

Unidade de Cuidados de Saude Personalizados Norte Monte Redondo (Arnaldo Sampaio), (2018). Plano de ação 2019. Retrieved from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

Whall, A., & Fawcett, J. (1991). *Family Theory Development in Nursing: State of the Science And Art*. Philadelphia: F.A.Davis.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Lisboa: Roca.

APÊNDICES

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

Silvina Feliciano

Leiria. Julho 2021

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da
Enfermagem de Saúde Familiar

ESTÁGIO CLÍNICO II

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e Intervenção
de Enfermagem Sistémica Colaborativa à Família

Estudo de Caso

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CSP	- Cuidados de Saúde Primários
MCAF	- Modelo de Avaliação Familiar de Calgary
UCSP	- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipo de família -----	8
Figura 2 – Escala de Graffar -----	11
Figura 3 – Tipo de habitação -----	12
Figura 4 – Genograma -----	13
Figura 5 – Ecomapa -----	14
Figura 6 – Classificação familiar segundo Duvall-----	16
Figura 7 – Escala de readaptação soial de Holmes -----	19

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 3 – Apgar Familiar -----18

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos membros da família -----19

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio II, foi proposta a realização do modelo de avaliação familiar de Calgary (MCAF) A uma família, como parte integrante do relatório de estágio, de forma a adquirir competências como enfermeiro de família tendo em conta os objetivos de aprendizagem.

O Presente trabalho foi realizado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Monte Redondo, tendo como objetivo a aplicação do MCAF e a realização do processo de enfermagem para responder aos problemas identificados na família através da aplicação do modelo.

A avaliação a família é foco do enfermeiro de família, que permite o conhecimento mais aprofundado da família e deste modo direcionar as intervenções de enfermagem a cada um dos seus elementos (Figueiredo, 2009). Indo de encontro a este princípio o MCAF é uma estrutura multidimensional baseada em fundamentos da teoria dos sistemas da cibernética, da comunicação e teoria da mudança, sendo utilizado para avaliação à família e trabalhar com as mesmas para ajudar a encontrar a resolução para os problemas encontrados. (Wright & Leahey, 2018)

O MCAF consiste em três categorias: estrutural. desenvolvimento e funcional; a avaliação estrutural de uma família, consiste em avaliar quem faz parte da mesma, o vínculo afetivo entre os seus membros e o vínculo com a família mais alargada, assim como com outras pessoas significativas; a avaliação do desenvolvimento do ciclo vital da família está relacionada com a etapa de desenvolvimento infantil, mas cada família tem o seu ritmo, todas as famílias são diferentes; os elementos da família constituem subsistemas com funções e interesses havendo assim diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de cada membro afetam influenciam com os outros membros.

A família como unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo a nível dos parâmetros culturais, para MInuchin cited in Stumer (2016) a estrutura familiar é constituída por um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a maneira pela qual os seus membros interagem.

Avaliação funcional de uma família estar relacionada com a forma como os indivíduos se comportam uns com os outros, é um processo de extrema importância para ser observado

pelo enfermeiro. No ambiente familiar a observação de como os elementos da família se comportam leva a um planeamento das intervenções de enfermagem ao indivíduo e família. Por outro lado, a observação das emoções no ambiente familiar e a interação familiar é de importância primordial quando avaliado no seu próprio contexto habitacional, para Figueiredo e Martins (2010) a aplicação deste modelo é relevante para a promoção da interação do enfermeiro com as famílias nos CSP e um melhor planeamento de cuidados.

1. APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY

A aplicação do modelo Calgary, foi realizado é uma família na UCSP Norte Monte Redondo durante o estágio II.

IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMILIA

Quadro 1 Identificação dos membros da família

Nome	Papel familiar	Idade	Escolaridade	Profissão
M	Companheiro de R e pai de M	26	Curso superior	Rececionista
R	Companheira de M, mãe de G e filha de D	24	12º ano	Desempregada
G	Filho de R e M e neto de D	17d		
D	Mãe de R e avó de G	49	9º ano	Empregada de limpeza

2. CATEGORIA ESTRUTURAL

A avaliação estrutural baseia-se numa avaliação da estrutura da família, a interna e externa e o seu contexto. a primeira consiste num conjunto de informações relativas à composição da família: sexo género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas, limites e fronteiras. A estrutura externa, possui duas categorias: família extensa - que consiste nas informações sobre a origem e procriação da família e atual geração e sistemas mais amplos que se referem a diferentes instituições sociais e pessoas com as quais a família tem algum contato. o contexto inclui cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, religião (espiritualidade) e ambiente.

“A avaliação estrutural diz respeito a composição da família, os vínculos afetivos entre seus membros em comparação com os indivíduos que não fazem parte da família e o seu contexto” (Radovanovic et al., 2013, p. 46) A avaliação estrutural, como referido anteriormente, baseia-se numa avaliação da estrutura da família, incluindo a estrutura interna, externa e contexto. A primeira reúne-se num conjunto de informações referentes a composição familiar, tais como: sexo, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e ainda limites e fronteiras; A estrutura externa possui duas categorias: a família extensa, que consiste nas informações sobre a origem e procriação da família e a atual geração; e a segunda aborda os sistemas mais amplos que se referem a diferentes instituições sociais e pessoas, com as quais a família tem algum contato. Relativamente ao contexto, estes incluem cinco subcategorias: etnia; raça; classe social; religião/ espiritualidade e ambiente (Radovanovic et al., 2013 (as cited in cited Wright & Leahey, 2018)).

2.1 ESTRUTURA INTERNA

Composição da família

R tem 24 anos é solteira, vive com o companheiro há seis meses e com a mãe. Quem o filho com 17 dias que é filho do companheiro.

D tem 2 filhas - R que vivem em sua casa com o companheiro e o bebé e uma filha que vive em Inglaterra. trabalha numa empresa de limpeza e aí está divorciada.

M - Tem 26 anos e o companheiro de R, rececionista num hotel, de nacionalidade brasileira reside em Portugal três anos. Vive com R é em casa de D.

G – Tem se a 7 dias, é filho de R e M e neto de D.

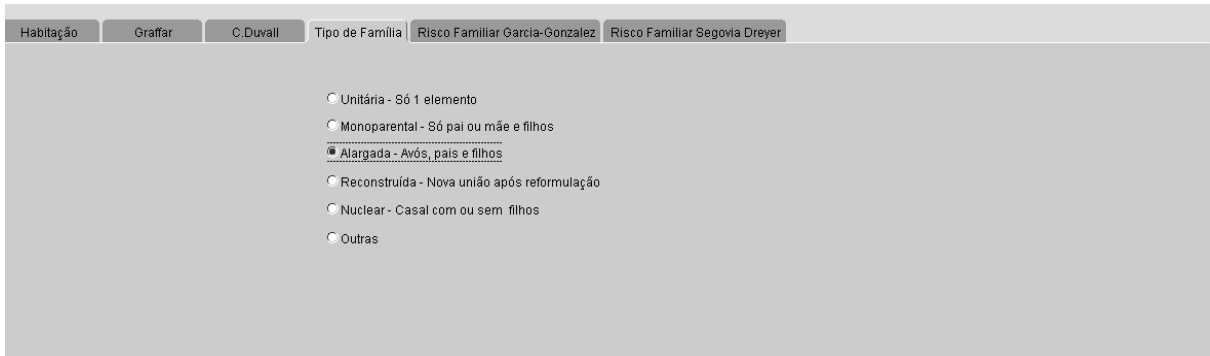


Figura 1 – Tipo de família

Print screen do Sclinico

Ordem de nascimento

Esta subcategoria não é relevante para o estudo de caso, como a ordem de Nascimento dos filhos influencia as relações de na família é um factor de stress na relação com os outros irmãos, não existe mais nenhum filho nesta família. como me diz Wright & Leahey, pg: 69,(2018) “esta categoria refere-se à posição dos filhos. na família. em relação à idade e ao género. A ordem de Nascimento, género e a diferença de idade entre os irmãos são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação.

Subsistemas

Na perspetiva sistémica da família, existe um sistema apoiado por uma estrutura hierárquica dos seus membros, que é constituída por subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outro sistema, com regras que regulam o funcionamento da família.

Os subsistemas caracterizam o nível de diferenciação dentro do sistema familiar. dentro de uma família existem vários subsistemas que interagem entre si e têm funções e atributos diferentes de acordo com a idade. (Wright & Leahey, 2018)

Para Relvas (2006), dentro da família distinguem-se vários subsistemas: o individual, parental, conjugal e o fraternal. uma mudança de um membro na família, uma transição, afeta todos os membros, contudo a família é capaz de gerir um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. o comportamento dos membros da família são melhor compreendidos do ponto de vista da causalidade circular e não linear. (Wright & Leahey, 2018).

Este estudo de caso é constituído por:

- subsistema conjugal R+M
- Subsistema parental, R e M são pais de G
- subsistema parental R+D

Limites

Para Minuchin (1979), esta subcategoria referem as regras “para quem participa e como.” Conceito de limite na família está relacionado com os papéis individuais de cada pessoa dentro da família, e a interação da família com o seu meio ambiente o sistema social mais alargado, que permite manter a relação e a organização da família. (Wright & Leahey, 2018)

As famílias emaranhadas são as que possuem limites difusos, que apresentam um movimento centrípeto, que é caracterizado do fecho de família para si mesma, existe interdependência de papéis e funções o que compromete a diferenciação dos membros. as famílias desmembradas possuem limites rígidos, os membros da família possuem autonomia individual, não há intromissão na decisão, não existe apoio ou afeto. famílias com limites claros, os seus membros que respeitam o espaço e as funções de cada um dos seus membros, existe interação e partilha de influências e à apoio na família, e existe a promoção do desenvolvimento individual e pessoal, o que leva a uma maior abertura familiar para o exterior.

A família do estudo de casa, após análise dos conceitos de limites, estes parecem ser claros, existe um apoio entre os diferentes membros da família, há uma comunicação entre todos os membros, nas situações presenciadas como nas conversas relatadas pela família.

2.2 ESTRUTURA EXTERNA

Etnia/Raça

A etnia refere-se ao conceito de personalidade da família derivado da combinação de raça, classe social e religião. (Wright & Leahey, 2018)

Para o “emigrante existe um ajuste cultural que pode ser dificultado da sua adaptação às diferenças étnicas na estrutura familiar e a sua implicação para a intervenção, podem ser destacados como um estereótipo.” (Wright & Leahey; pg 69, 2018)

Raça - toda a família é de raça branca

Etnia – R, D são portugueses e M é etnia brasileira

Classe social

a família é caracterizada com base em critérios distintos: estilos de vida, comportamentos que podem influenciar a dinâmica familiar e a prática de cuidados de saúde. a classe social de uma família é a forma mais aprofundada de compreender os recursos e factores de stress que podem estar associados a factores do grupo profissional, nível de instrução, económicos e zona

habitacional. a classe social influencia a forma como as famílias interagem e estabelecendo as suas crenças e valores. (Figueiredo, 2012)

Inegavelmente a posição social é determinante em muitos aspetos de uma família, definindo não apenas o acesso a bens materiais como também atividades da vida quotidiana e a vulnerabilidade face em nomes fatores de saúde/doença. tem também um papel importante na forma como a família percebe problemas de saúde e procura cuidados de saúde. (Wright & Leahey, 2018) Após a aplicação da escala de grafar através do Sclínico, Figura 1, a família pertence à classe social média.

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA

Figura 2 - Escala de Graffar da família
Fonte: *print screen* do Sclínico

Espiritualidade e/ou Religião

A espiritualidade e/ou religião, podem ser uma força para a família, ou para um dos seus membros para ultrapassar uma situação de saúde/doença. Por outro lado, também podem influenciar de forma negativa a procura de cuidados de saúde, encontra-se muito relacionado com a religião e a espiritualidade de uma comunidade, que influencia os seus valores, valorizando as suas crenças.

No trabalho com as famílias “a espiritualidade e a religião são um recurso comumente sub utilizado. envolve decorrentes de experiências que fluem por meio de todos os aspectos de nossas vidas, desde herança familiar até sistemas de crenças pessoais, rituais e práticas e aflições e congregações” (Walsh, 1999, p.3 cited in . Wright & Leahey, 2018, p. 75).

Presentes estão a religião dos membros da família é católica. Não tenho dados referentes à espiritualidade.

Ambiente

Esta subcategoria abrange os aspetos da habitação vizinhança e comunidade mais ampla. a avaliação do espaço familiar é relevante para avaliar a distribuição do agregado familiar, assim

como condições de saneamento, os aspetos da comunidade mais alargada, ou recursos que a família tem relacionados com saúde, meios de transporte e outros bens essenciais.

As condições da habitação, são referenciadas por R, visto não ter sido realizada a visitação domiciliária, que a mãe de R não permitiu. a moradia da família é térrea, não tem aquecimento, tem saneamento básico e rede de tratamento de águas. É composta por: dois quartos, uma casa de banho, uma sala e uma cozinha. Encontra-se bem conservada. (Figura 2)

Luminosidade - existe eletricidade na habitação, alguma luminosidade relacionada com a exposição solar.

Acessibilidade - todos os serviços essenciais (farmácia, centro de saúde, supermercado, padaria, entre outros), estão a 5 minutos da residência - informação confirmada pela enfermeira de família.



Habituação	Graffar	C.Duwall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo					
21-07-2021					
Tipo de alojamento					
Alojamento móvel					
Apartamento					
Barraca/casebre					
Desconhecido					
Hotel/pensão					
Instituição					
Moradia					
Outro					
Quarto/parte de casa					
Sem alojamento					
Salubridade da zona residencial					
Desconhecida					
Insalubre					
Salubre					
Regime de ocupação					
Arrendada					
Cedida					
Desconhecido					
Outro					
Própria					
Topologia					
Desconhecido					
Não aplicável					
T0					
T1					
T2					
T3 ou mais					
Estado conservação					
Bom					
Desconhecido					
Mau					
Razoável					
Casa de banho					
Desconhecida					
Fora do alojamento					
Inexistente					
No alojamento					
Higiene					
Boa					
Desconhecida					
Má					
Razoável					
Água					
Desconhecido					
Não					
Sim					
Distribuição					
Desconhecido					
Fontenário a - de 100m de casa					
Fontenário a + de 100m de casa					
Fora do alojamento					
No alojamento					
Origem					
Desconhecida					
Particular					
Rede pública					
Aquecimento					
Central					
Desconhecido					
Local					
Nenhum					
Electricidade					
Desconhecido					
Não					
Sim					
Mobiliário e equipamento básico					
Desconhecida					
Insuficiente					
Suficiente					
Barreiras arquitectónicas					
Desconhecido					
Não					
Sim					
No interior					
No exterior					

Figura 3 - Tipo de habitação

Fonte: *print screen* do Sclinico

Instrumentos para avaliação estrutural

O Gegram e o Ecomapa são os instrumentos utilizados para delinear as estruturas externas e internas da família.

GENOGRAMA

O genograma ou árvore familiar é uma representação da estrutura familiar interna e vida em si ao sistema relacional (tem simbologia própria). o objetivo principal do genograma é auxiliar na avaliação, planeamento e intervenção familiar, também é indicador das principais relações entre as várias gerações

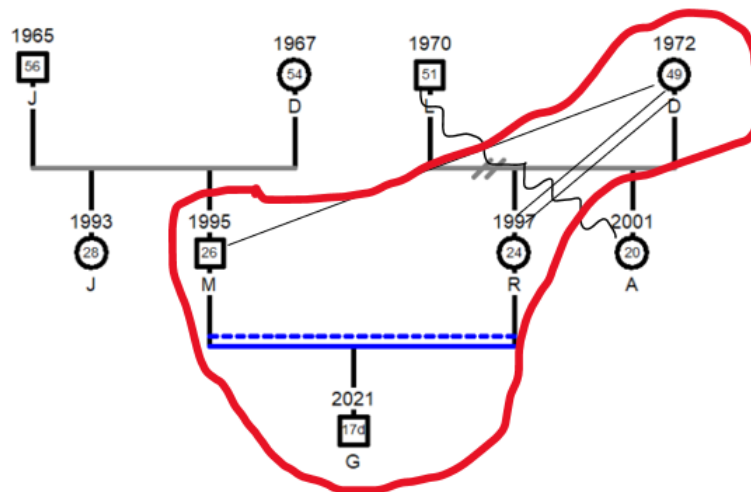
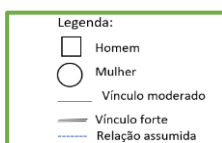


Figura 4 - Genograma



ECOMAPA

O ecomapa é o diagrama do contato da família com outros indivíduos fora da família imediata. Representa os vínculos importantes entre a família e o mundo. (Wright & Leahey, 2018). É dinâmico. pode ser alterado em qualquer momento pela presença de conflitos, ou pela transição em alguma etapa do ciclo vital da família.

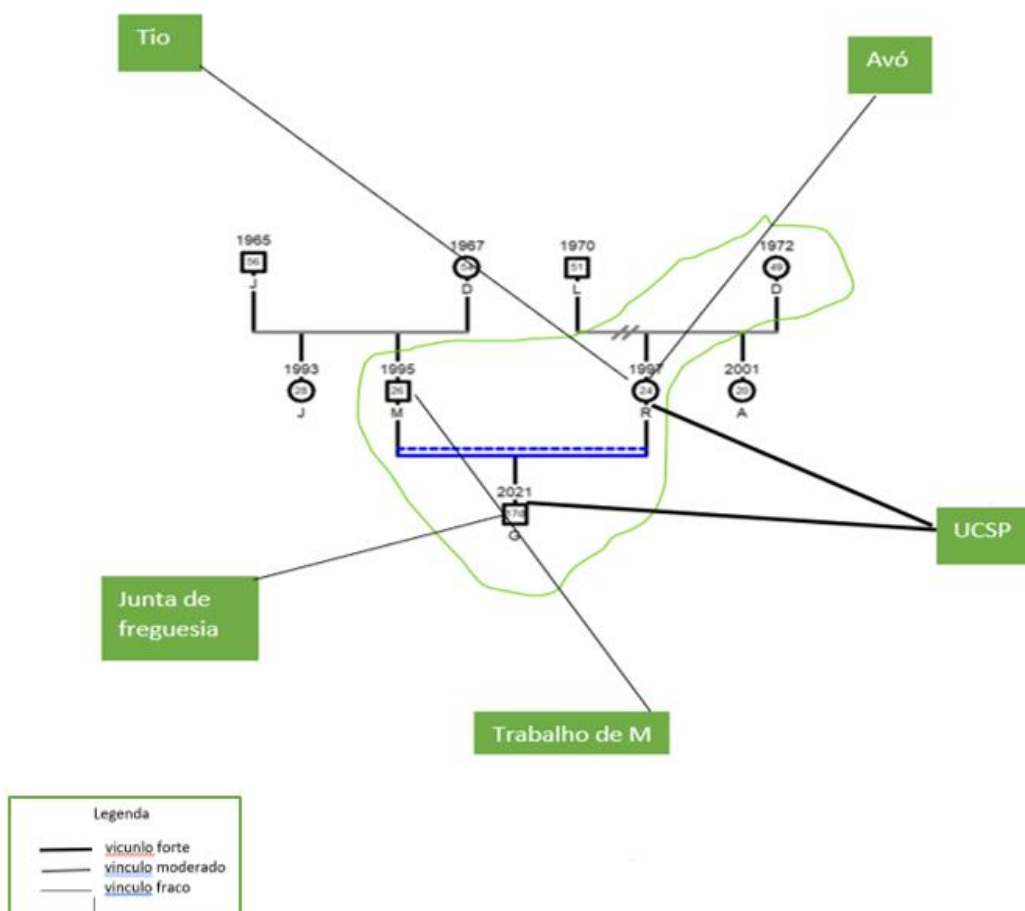


Figura 5 – Ecomapa

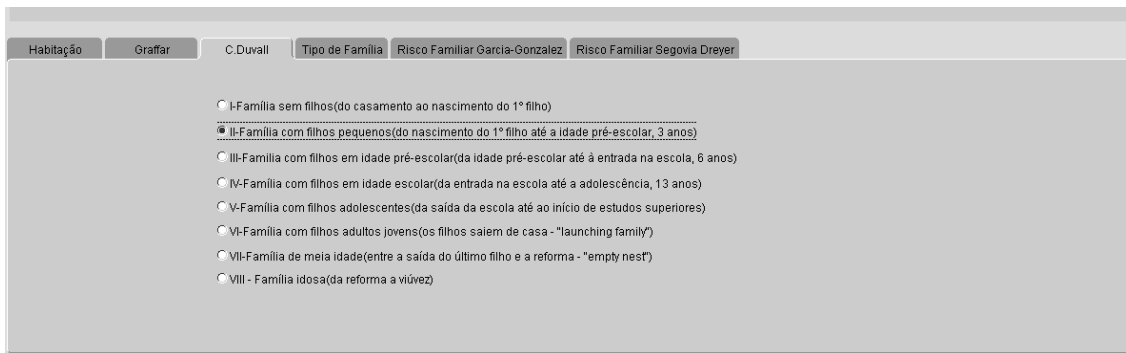
3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento da família é um conceito abrangente, de todos os processos de crescimento do sistema familiar, tem em conta a transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo vital, do Nascimento à morte. o planeamento de cuidados antecipatórios, implica compreender pois diferentes transições no ciclo vital e a capacitação da família para as tarefas em cada etapa.

3.1 ETAPAS

Evelyn Duvall, socióloga, pioneira no campo do desenvolvimento familiar, em 1948 na Conferência nacional sobre a família nos EUA, apresentou, juntamente com Reuben Hill um modelo para avaliação do Estádio do ciclo vital da Família com seis etapas. Os autores relacionaram a correspondência entre as fases do ciclo vital e as fases de desenvolvimento de cada fase. Para Duvall & Kerchkoff (as cited in Martins, 2018) as normas familiares são enquadradas nas posições assumidas pelos pares à medida que se altera a composição da família, enquadram o seu comportamento nessas posições assim como a forma como as relações devem ser mantidas de acordo com a idade dos seus membros. Posteriormente em 1977, Duvall adaptou o seu modelo para 8 fases: fase de estabelecimento (recém-casados sem filhos), início da parentalidade (família com uma criança com um máximo de 3 anos), família com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho tem de 3 a 6 anos de idade), família com crianças em idade escolar (filho mais velho tem entre 6 e 12 anos), família com adolescentes (filho mais velho tem entre 13 a 20 anos), família como centro de lançamento (período desde a saída de casa do filho mais velho, até à saída do mais novo), família na meia-idade (período de “ninho vazio”) e família em envelhecimento (período desde a reforma do(s) assalariado(s) da família até à morte de um/ambos os cônjuges) (Martins, 2018). Com o aumento da esperança média de vida, estes anos apresentam para as famílias novos problemas e oportunidades. A família desenvolve-se através de uma sequência de fases previsíveis, consecutivas, sendo vistas como fases de equilíbrio e com funções e tarefas dos seus elementos. Com a alteração das fases de desenvolvimento do estádio do ciclo Vital, estas vão ter adaptações necessárias a cada um dos estádios. Para Duvall estas fases podem ser definidas por quatro fatores: o número de pessoas na família, a idade do filho mais velho do

casal, a posição escolar do filho mais velho e as funções e o estatuto das famílias antes das crianças nascerem e após estas saírem de casa (Martins, 2018). Relativamente à avaliação do desenvolvimento segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977). A família do estudo de caso encontra-se no estágio III - Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2, 5 a 6 anos) - Figura 5.



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

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Figura 6 - Classificação familiar, segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall
Fonte: *print screen* do Sclinico

3.2 TAREFAS

As tarefas inerentes à etapa III, são o ajuste do sistema conjugal para dar espaço ao filho; adaptação às necessidades e interesses das crianças, no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento e desgaste de energia e falta de privacidade dos pais. Ao enfermeiro de família compete a promoção da saúde da família, no sentido de promover a educação para a saúde: ensinar sobre as necessidades da criança, o seu crescimento e desenvolvimento e instruir o casal para a importância de um tempo só para os dois. (Curso Introdutório de Saúde Familiar. 2021)

Falei com os pais no sentido da promoção para a saúde, gestão do tempo: tempo para o bebé e tempo para o casal. perceberem quando o bebé tem necessidade de se alimentar, se o choro é característico de dor ou de fome. A adaptação à parentalidade não deve consumir todo O Tempo do casal, pode provocar um desgaste emocional e físico.

falei ainda sobre a transição para parentalidade, a necessidade de organização das tarefas diárias, os períodos de sono do bebé, os períodos de descanso da mãe enquanto o bebé dorme. a importância do apoio da avó para cuidar do bebé e para ajudar nas competências da vida diária - higiene habitacional e da roupa.

3.3 VINCULOS AFETIVOS

A transição para a parentalidade é um período de risco e simultaneamente de oportunidades para o casal, pode ser de desencontro e insatisfação conjugal ou pelo contrário uma aproximação, é um processo de gratificação para ambos. (Martins, 2013)

A existência de comunicação sobre as necessidades sentidas, dúvidas, ansiedade, como a sensibilidade das necessidades de ambos, são apontadas como as os maiores fatores protetores de união conjugal. (Narciso 2002). No entanto para o mesmo autor os aspectos operacionais, como a divisão do trabalho doméstico e a prestação de cuidados ao bebé, são mas principais áreas de conflito.

O casal tem uma relação de proximidade muito íntima, existe uma ligação com o bebé, de tal forma, que quando o bebé chora com aproximação do pai e a colocação da mão sobre o bebé, este fica calado e com uma cara serena. A mãe apresenta-se calma quando está acompanhada pelo pai do bebé, no entanto, quando está sozinha denota se alguma ansiedade.

A presença da avó torna a mãe do bebé mais ansiosa e menos comunicativa. Para Canavarro & Pedrosa (2005) o apoio instrumental dos avós se prestado em excesso de forma intrusiva ou sem sensibilidade, pode resultar em incómodo e conflito.

4 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos da família se comportam uns com os outros, tendo por base os aspetos básicos do funcionamento familiar. Esta avaliação envolve dois aspetos: o funcionamento instrumental refere-se às atividades da vida quotidiana e o funcionamento expressivo, refere-se a nove subcategorias: comunicação emocional, verbal, não verbal e circular, capacidade para resolver problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões. (Radovanovic et al., 2013 (as in cited in Wright & Leahey, 2018)). Segundo Sousa et al., (2010) o acrónimo APGAR é definido por adaptation (adaptação), partnership (companheirismo), growth (desenvolvimento), affection (afetividade) e resolve (capacidade de resolução), é um instrumento que permite avaliar a funcionalidade da família, instrumento este desenvolvido por Smilkstein. Com base neste instrumento obteve-se uma pontuação de seis, Tabela 1. É uma família com moderada disfunção. Este instrumento tem como vantagem o número reduzido de itens e a facilidade na aplicação.

Tabela 1 - APGAR Familiar de Smilkstein

	quase sempre (2 pontos)	algumas vezes (1 ponto)	Nunca (0 pontos)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa		X	
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema		X	
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar os estilos de vida		X	
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta o seu afeto e reagem aos meus sentimentos tais como irritação, pesar e amor		X	
estou satisfeito com o Tempo que passo com a minha família	X		
7 a 10 pontos - família funcional 4 a 6 pontos - família com moderada disfunção 0 a 3 pontos - família com disfunção acentuada			

A escala de readaptação de Holmes e Rahe permite que a partir da valorização de determinadas situações de crise se possa, de forma sumária avaliar as dificuldades a que um indivíduo ou família estiveram sujeitos e determinar a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença psicossomática. A cada evento de vida é atribuída uma pontuação. No caso de o indivíduo acumular mais de 300 pontos, terá 80% de probabilidade de sofrer de alguma doença física ou psíquica; entre 200 e 300 pontos, este risco diminui para 50%, e entre

150 e 200 pontos mantêm-se um risco aumentado para desenvolvimento de úlcera péptica, enfarte agudo do miocárdio, infeções e perturbações psiquiátricas. Figura 7

Aplicando esta escala, os acontecimentos valorizáveis no último ano são: gravidez (48), aumento do agregado familiar (29), dificuldades com familiares do cônjuge (29) e mudança NOS hábitos do sono (16) . Desta forma podemos concluir que a família tem uma probabilidade de 37%, probabilidade diminuída de desenvolver doença psicossomática, uma vez que perfaz um total de 132 pontos.

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Figura 7 - Escala de readaptação social de Holmes & Rahe
 Fonte: apontamentos da aula da Professora Teresa em abril 2021

A FACES II (Olson et al., 1983) é uma versão de autorresposta da avaliação do funcionamento familiar, é um instrumento de análise que visa avaliar o funcionamento das famílias. O Modelo foi desenvolvido por David H. Olson e seus colaboradores na década de 70. Olson defende que a família pode ser avaliada no seu funcionamento sincrónico ou diacrónico, o modelo foi elaborado segundo dois eixos: a adaptabilidade e a coesão. O autor considera que estes dois eixos são de extrema relevância para a análise do funcionamento familiar, no sentido. Uma família equilibrada na coesão aponta para que os elementos do sistema sejam entre si e simultaneamente, autónomos e íntimos” (Minuchin, 1983, cit. in Lourenço, 1996, p. 110) e a adaptabilidade é “um dos requisitos principais para o bom funcionamento de uma família”, sendo que “as variações inesperadas na rotina, as crises e as eventuais responsabilidades (...) exigem flexibilidade e tolerância para gerir o caos que ocasionalmente se pode produzir” (cit. in Andolfi, 2002, p. 20). Anexo I (Escala faces II)

Apos a aplicação da escala à família obtiveram-se os seguintes dados:

- Coesão – ligada
- Adaptabilidade – flexível
- Tipo de família – moderadamente equilibrada

4.1 INSTRUMENTAL

O aspeto instrumental refere-se às atividades da vida diária do funcionamento familiar. As interações entre os processos biopsicossociais e instrumentais das famílias é relevante para a promoção da saúde da família.

Manter um ambiente seguro

não realizei visita domiciliária- não foi avaliado.

Comunicar

O casal apresentou um discurso claro, para munis oso e carinhoso entre si e com o bebé. A R quem uma boa comunicação com a mãe, a avó paterna, o pai e um tio paterno. O M tem uma comunicação aceitável com a mãe de R, que melhorou após o Nascimento do bebé. A comunicação com o pai de R é muito rara, pois este não aceita a relação.

A comunicação com os pais e a irmã de M é a diária via internet, os pais encontram-se residir no país de origem, Brasil.

Respirar

O casal e o bebé não apresentam alterações do padrão respiratório.

Eliminar

Sem alterações.

Higiene pessoal e vestir-se

O casal apresentou também higiene cuidada. O bebé tem uma higiene cuidada sem maceração da pele na generalidade.

o casal é autónomo no vestir. O meu pai tem mais destreza para vestir o bebé e a mãe apresenta maior dificuldade.

Os pais e o bebé apresentam roupa adequada à estação do ano.

Movimentar-se

o casal não apresenta dificuldade de locomoção. O bebé é transportado em carro próprio (ovo), com apoio para a cabeça, na primeira ida ao centro de saúde não apresentava apoio para a cabeça, a mãe

foi informada sobre a necessidade do apoio e as consequências da sua falta, na vinda seguinte um bebé já se encontrava com o apoio necessário.

Trabalhar e divertir-se

Nesta etapa da vida do casal o M encontra-se a trabalhar como rececionista, não tem atividades lúdicas (mas gosta de ler e de desporto).

R - no período que antecedeu a gravidez estava desempregada, encontra-se agora no período de licença de maternidade, também gosta de ler e de sair com as amigas.

Expressão da sexualidade

Casal cúmplice e carinhoso.

Sono e repouso

O padrão do sono foi alterado pela vinda do bebé. tem algumas noites em que chora mais, o pai trabalha de turnos é mais difícil repor o sono.

Morte

O tema não foi abordado

4.2 FUNCIONAMENTO EXPRESSIVO

O aspeto expressivo de funcionamento refere-se a nove subcategorias.

Comunicação emocional

na comunicação emocional. destaque essa comunicação entre R e o pai, que têm períodos de conflito, provocados pelo relacionamento de R com M.

Comunicação não verbal

Está presente no casal quando falamos sobre a perda de peso do bebé, a mãe ficou com um ar triste e preocupado. quando o bebé bebeu pela primeira vez leite adaptado a totalidade do biberon a mãe ficou feliz (o seu bebé já não tinha fome)

Comunicação verbal

É clara e concisa, sem distorção de mensagens.

Comunicação circular

É a comunicação recíproca entre as pessoas.

a circularidade comunicacional é verificada na comunicação entre o casal.

Solução de problemas

A solução dos problemas é realizada em conferência familiar após análise dos pontos de vista de cada uma das partes envolvidas. Existem, no entanto, problemas influenciados por crenças e valores do pai de R, relacionados com a Etnias, a relação com M, por ser brasileiro.

Papéis

Papel é um comportamento constante em situação específica. os papéis desempenhados pelo casal são adaptados à situação do momento, não existe o papel preconizado que o homem “não faz coisas de mulher”, ambos se ajudam mutuamente.

Influência e poder

Poder é a capacidade de uma pessoa o grupo de regular os critérios pelos quais as diferentes visões da realidade são julgadas. Wright & Leahey, (2018).

No relacionamento entre o casal não existe hierarquia de poder, existe SIM 1 relacionamento igualitário com o mesmo poder nas decisões, respeitando as necessidades individuais para uma sintonia de respeito mútuo.

Crenças

São católicos, mas não frequentam a igreja, pretendem batizar o bebé. Não há informação disponível sobre a presença de crenças e a sua influência nos membros da família.

Alianças e uniões

O relacionamento é organizado em 3 pessoas M, R e o bebé - o triangulação, não é unidirecional, à flexibilidade na relação.

5 – CONCLUSÃO

Este trabalho, permitiu compreender a família como um todo unificado, em que através da aplicação do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e do processo de Enfermagem tornou-se claro a importância das relações estabelecidas entre os diferentes membros e nos diferentes contextos de organização. As competências desenvolvidas e os respetivos domínios do enfermeiro de saúde familiar permitiu-me intervir, de forma integrada na equipa de saúde e na prestação de cuidados ao utente e família, no contexto dos cuidados de saúde primários. Sendo que, em todos os cuidados prestados, é tido em conta cada pessoa como um ser único inserido numa família e num contexto socioeconómico e cultural, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e estilos de vida. Considero ter atingido os objetivos, uma vez que compreendi, de forma prática a importância da aplicação de um instrumento de uma avaliação familiar recorrendo ao MCAF, e que por sua vez a aplicação de várias escalas para avaliar o funcionamento estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. Denotei a importância de uma correta e completa colheita de dados através do uso adequado das técnicas de comunicação. As relações entre os elementos da família e todo o contexto das mesmas, em cada uma das suas dimensões, influencia todos os outros elementos.

As dificuldades inicialmente sentidas, tiveram por base em determinados parâmetros do Modelo de avaliação familiar de Calgary, pois obter informação junto do utente torna-se um pouco difícil, devido a fatores imprevisíveis, a não realização da visita domiciliar e a falta de privacidade na unidade de saúde.

Este trabalho, foi gratificante, para a minha formação pessoal, deu-me ferramentas para aplicar em outras situações em que estou com famílias. O prazer de conhecer uma família com um recém-nascido, é gratificante em termos profissionais, ajudar e orientar a familiar no processo de transição para a parentalidade trouxe-me um prazer genuíno de ser enfermeira de uma família, com a qual pretendo ao longo do meu percurso da unidade, seguir como enfermeira (estagiária) de família.

6 – BIBLIOGRAFIA

Andolfi, M. (2002). *A Crise do Casal*. Porto Alegre, Artes Médicas
Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). *Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In I. Leal (Ed.),

Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século

Curso introdutório de saúde da família. Cajati, São Paulo [Diapositivos]. (2021, janeiro 8) Retrieved from <https://slideplayer.com.br/slide/1748913/>

Figueiredo, M. & Martins, M. (2009). *Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem*. Rev Esc Enferm USP, 3

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Martins, A. R. R. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/85>

Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Edição Original

Olson, D. et al. (1983). *Circumplex Model of marital and family Systems: VI. Theoretical Update*. Family Process, Vol. 22, Março.

Radovanic C., Cecilio H., Marcon S. . (2013). *Rev Gaúcha Enfermagem. Avaliação Estrutural, Desenvolvimental e Funcional da Família de Indivíduos com Hipertensão Arterial*, pp. 34(1):45-54. Retrieved April 1, 2020 from <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/06.pdf>

Sousa F., Figueiredo M., Erdmann A. (2010). *Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo*. Em *Revista de Pesquisa de Saúde* (pp. 60-63). Retrieved April 1, 2020 from <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/341/253>

Stürmer TR, Marin AH, Oliveira DS. *Compreendendo a estrutura familiar e sua relação com a parentalidade: relato de caso de um casal em terapia de abordagem sistêmica*. Rev. bras. psicoter. 2016;18(3):55-68 from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848574>

Wright, L. M. & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Lisboa: Roca.

Processo de enfermagem à família

Intervenção de diagnóstico - família	Focos de atenção/Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Avaliar processo familiar (comunicação – Coping – interação papéis – relação dinâmica – conflituoso)	Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes - Incentivar o envolvimento da família - Incentivar o apoio / suporte da família - Otimizar comunicação - Otimizar processo familiar
Avaliar processo familiar (comunicação – Coping – interação papéis – relação dinâmica – conflituoso)	Sem processo familiar comprometido	
Avaliar satisfação conjugal (Relação dinâmica – comunicação – interação sexual – função sexual)	Sem satisfação conjugal comprometida	

Processo de enfermagem ao bebé

Intervenção de diagnóstico - bebé	Focos de atenção/Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
<p>Avaliar papel parental</p> <p>- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)</p> <p>- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)</p>	<p>Papel parental comprometido</p> <p>-Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)</p> <p>-Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)</p>	<p>Apoiar papel parental</p> <p>Incentivar desempenho do papel parental</p> <p>Informar para o papel parental</p> <p>Promover papel parental</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental</p> <p>- Instruir a mãe a preparar biberão</p> <p>- Instruir a mãe a tomar conta do auto cuidado</p> <p>- Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene</p> <p>- Instruir a mãe e(ou) pai a executar tratamento ao coto umbilical</p> <p>- Instruir a mãe e(ou) pai a trocar fralda</p> <p>- Treinar a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai a tratar o coto umbilical</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar o coto umbilical</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre choro</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre comportamento de procura de saúde</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação intestinal</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação urinária</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre higiene</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre recursos da comunidade</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas</p> <p>- Ensinar sobre desenvolvimento infantil</p>
<p>- Avaliar o mamar</p>	<p>- Mamar comprometido</p>	<p>- Assistir no amamentar</p> <p>- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o mamar</p> <p>- Estimular o mamar</p> <p>- Estimular recém-nascido</p> <p>- Estimular sucção</p> <p>- Instruir a mãe a exteriorizar mamilo</p> <p>- Planear alimentação do recém-nascido</p> <p>- Treinar a amamentar</p>
<p>-Avaliar adesão à vacinação</p>	<p>- Adesão à vacinação (cumprir PNV)</p>	<p>- Planear vacinação</p>

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, a aluna Silvina Pereira Feliciano encontra-se a realizar um estudo **Atitudes dos enfermeiros na abordagem à família, como parte integrante nos cuidados de enfermagem**, cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem como objetivo conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante do processo de cuidar – as transições constituem um novo paradigma da enfermagem, uma nova forma de olhar e cuidar: ocorrem ao longo do ciclo vital do indivíduo. O enfermeiro assume um papel relevante a assistir os indivíduos e suas famílias em todos os processos de transição

A evolução dos conhecimentos científicos dos mais diversos níveis também na área da saúde tem ocorrido sobretudo, graças ao contributo da investigação por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Desta forma, a sua participação neste estudo é deveras importante e consiste no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais e na segunda parte é aplicada a Escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” (Barbieri, MC et al., 2009).

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as atitudes dos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Norte e da Consulta Externa do Hospital Santo André.

Este questionário é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais vão ser trabalhadas apenas pelo investigador. Pode desistir a qualquer momento do estudo, sem seu prejuízo. Os questionários serão conservados até entrega do trabalho, sendo posteriormente destruídos

Para que seja salvaguardada a validade do mesmo, é pedido que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Parte declarativa do investigador

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Nome Legível do investigador	Silvina Pereira Feliciano	Serviço/Departamento: Escola Superior de Saúde de Leiria - IPL
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional: 40003
Contacto do investigador : 9644770045 silvinafeliciano@gmail.com	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s) : _____
-------	-----------------------

Questionário

Parte I - Caracterização Sociodemográfica e Profissional

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicitando que responda, assinalando o item correspondente à sua opção ou escrevendo a resposta nos itens correspondentes.

1. Género

- Masculino
 Feminino

2. Idade (em anos): _____

3. Estado Civil

- Solteiro
 Casado
 União de Facto
 Divorciado/Separado
 Viúvo

4. Grau Académico

- Bacharelato
 Licenciatura
 Pós-Licenciatura/Especialidade. Qual? _____
 Mestrado. Qual? _____
 Pós-Graduação. Qual? _____
 Doutoramento. Qual? _____

5. Título Profissional

- Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista Outro _____

6. Tempo de exercício Profissional _____ anos

6.1 - No serviço atual _____ anos

7. Unidade Funcional onde exerce funções

- UCSP
 USF
 UCC
 Consulta Externa

8. Formação em Enfermagem de Família? Sim Não

Em que contexto? (assinale todas as aplicáveis)

- Contexto Académico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique _____

**Parte II – “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”
(IFCE-AE).**

Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)

Versão Original: Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B-I (2006).

Versão portuguesa: Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo, MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, AI; Carvalho, JC; Santos, MR (2009). (Oliveira, P.C.M. et al., 2009).

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.

Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Nº	Questões	1	2	3	4
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).				
6	No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu futuro trabalho.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				

13	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
14	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
15	Convido os membros da família a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família a falarem sobre as alterações do estado do utente.				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

**Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.
Obrigada pela sua colaboração.**

ANEXOS

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório. Para os campos sem possibilidade de anotação, escrever "não se aplica".

Os documentos necessários devem ser enviados em correio eletrónico em versão pdf em correio eletrónico com o título do estudo.

A submissão a parecer deve ser endereçada ao Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP quando a submissão de faça por correio em papel.

1- Título do Projeto/Trabalho:

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

2 - Identificação dos proponentes (anexar CV resumido de cada um dos autores).

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

Professor João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria

Professora Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Leiria

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Marta Isabel Rodrigues Duarte – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF S. Martinho de Pombal (ACES Pinhal Litoral);

Sandra Margarida Gaspar Ferreira – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira na USF Martingil (ACES Pinhal Litoral);

Silvina Pereira Feliciano – Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, enfermeira no CHLeiria – Hospital de Santo André.

3 - Protocolo.

3.1 - Introdução/Justificação (inclui orientadores e co-orientadores quando aplicável);

Máximo de 500 palavras:

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final de curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar, o professor João Graça Frade e Carolina Henriques e as mestrandas... estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar”.

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escova, Livio e Ribeiro, 2014). Estes indivíduos e família são grandes utilizadores de recursos (Curry&Ham, 2010) quer materiais e humanos sendo fulcral uma gestão eficiente que liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro, Livio, 2012).

A reforma dos Cuidados de saúde primários confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que integrando numa equipa multiprofissional, é o responsável pela prestação de cuidados globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL n.º 118/2014).

A investigação e o percurso da profissão têm vindo a fortificar o papel da família como objeto de estudo de enfermagem. Estes, aliados à reforma dos cuidados de saúde primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009).

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

A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):

O objetivo deste trabalho é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas.

3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):

É usada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral.

Como instrumento de colheita de dados, é utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a Escala “A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”.

3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras):

Data e início de recolha de dados

	Dezembro 2021	Janeiro 2022	Fevereiro 2022	Março 2022
Aplicação do instrumento de recolha de dados				
Tratamento e análise de dados				
Entrega do relatório final				
Discussão e conclusões				

3.5 - Expetativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Numa conjetura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos.

A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias /comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da enfermagem, procurando a deteção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução.

Os achados resultantes da implementação deste projeto poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no que se refere às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.

3.6 - Local de realização.

ACES Pinhal Interior Norte – UCSP Ansião;

ACES Pinhal Litoral – UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal.

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo).

Não aplicável (pedido atual).

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo).

3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada (inclui: identificação do investigador; identificação do estudo; objetivos do estudo; informações relevantes; carácter voluntário da participação; confidencialidade das respostas; declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo).

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Não aplicável.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento:

Não aplicável.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável).

Não aplicável.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer.

4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data: 5 de novembro 2021

O investigador responsável:

Silvina Feliciano

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: Favorável</p>	<p>DESPACHO: <i>Foi-me conhecido e deliberado mandando o Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 13.01.2022</p>
--	---

ASSUNTO: Título: Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no cuidado, Processo número 106/2021
 Conselho Diretivo da ARSC
 Autores: Doutores, João Manuel Graça Frade - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Leiria, e Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Leiria e Co-autores, Enfermeiras: Cristina Isabel Nunes Gomes; Marta Isabel Rodrigues Duarte; Sandra Margarida Gaspar Ferreira e Silvana Pereira Feliciano, Estudantes de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar.
 Dr. Mário Rêgo
 Vogal,

Enquadrado na investigação sobre os processos de transição vividos pela pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida e sobre o papel do enfermeiro na promoção de transições saudáveis, este estudo, que tem já um parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E, visa identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas. Trata-se de um estudo que recorre a uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional e que será desenvolvido numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, no ACES Pinhal Interior Norte e ACES Pinhal Litoral. Os autores têm autorização, dos responsáveis pelas Unidades onde o mesmo decorrerá, para a sua realização: ACES Baixo Mondego (todas as unidades); ACES Pinhal Litoral - UCSP Norte (Arnaldo Sampaio), USF Martingil, UCC Dr. Arnaldo Sampaio, USF S. Martinho de Pombal, USF Marquês, UCC Pombal; ACES Pinhal Interior Norte – UCSP Ansião. Como instrumento de colheita de dados, será utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a adaptação da Escala “Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), desenvolvida por Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman (2008), traduzida e validada para a população Portuguesa por Barbiéri, et al. (2009), com a designação de “IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”. O questionário consta do processo, bem como o termo de consentimento informado.

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC Assinado por: **CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO**
Num. de Identificação: 81030073278
Data: 2022/01/23 11:00:24+00'00'

(Carlos Fontes Ribeiro)



PROTOCOLO

Introdução/Justificação

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final de curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de saúde familiar, encontro-me a desenvolver um estudo, subordinado ao tema **“Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar”**. O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens ao nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escova, Livio e Ribeiro, 2014). Estes indivíduos e família são grandes utilizadores de recursos (Curry&Ham, 2010) quer materiais e humanos sendo fulcral uma gestão eficiente que liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro, Livio, 2012). A reforma dos Cuidados de saúde primários confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que integrando numa equipa multiprofissional, é o responsável pela prestação de cuidados globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL n.º 118/2014). A investigação e o percurso da profissão têm vindo a fortalecer o papel da família como objeto de estudo de enfermagem. Estes, aliados à reforma dos cuidados de saúde primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009). As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se, elas mesmas, como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados. A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as mesmas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas.

Material e métodos

É usada uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros, que exercem a sua prática em diversos contextos de cuidados, ACES Pinhal Litoral e cuidados de Saúde Diferenciados - Consulta Externa do Centro Hospitalar de Leiria . Como instrumento de colheita de dados, é utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e a Escala “A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”.

Cronograma

	Fevereiro 2022	Março 2022	Abril 2022	Mai 2022
Aplicação do instrumento de recolha de dados				
Tratamento e análise de dados				
Entrega do relatório final				
Discussão e conclusões				

Expetativa de resultados

Numa conjetura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos. A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias /comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da enfermagem, procurando a deteção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução. Os achados resultantes deste trabalho, poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no que se refere às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem.



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

CI - Centro de Investigação
Ref.º 57/2022

CA
Alexandra Borges
Vogal Executiva
2022/09/05

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº ~~38~~ 2022/09/14

Aut. do
22.09.14

Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração
Alexandra Borges
Vogal Executiva
Vogal Clínico
Vogal
Vogal
Vogal

Leiria, 06 de Setembro de 2022

Assunto: Estudo no âmbito de projeto de Mestrado, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, "Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo do cuidar", submetido pela Enfermeira Silvína Feliciano.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

O estudo consiste na realização de um questionário a uma amostra constituída por enfermeiros para avaliação as atitudes dos mesmos na abordagem à família. O estudo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor no CHL.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 06 de 2022.08.08. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO,


(JOÃO MGRAIS)

ANEXO V

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

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer 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: Nuno Filipe Nunes Botelho