



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

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

Célia Vieira

Leiria, março de 2024



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório final de estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de UCSP.

Célia Fernandina Martins Vieira

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

Orientador:

Professor Dr.º João Frade

Leiria, março 2024

AGRADECIMENTOS

“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá.

A única segurança verdadeira consiste
numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência”.

Henry Ford

Este percurso, para quem nos últimos vinte anos, no computador só trabalhava com Sclínico, não foi nada fácil. Mas a vontade do terminar permanecia e apesar de se ter arrastado mais dois anos do que deveria, finalmente está a terminar. Felizmente não tive sozinha e tive a ajuda de várias pessoas, às quais deixo aqui o meu sincero agradecimento.

A minha mãezita querida, onde quer que estejas, mas sempre no meu coração, obrigado pelo conselho: “Sê independente e ganha o teu próprio dinheiro”, foste a minha inspiração.

Ao meu amigo Cláudio, pelo carinho, apoio e muita paciência. A frase que dizias sempre “Tu tens que acabar isto!!” foste um grande incentivo para finalizar.

A minha colega e amiga Beatriz Furtado, pela preciosa ajuda na formatação, sem ti não teria conseguido.

As pessoas com quem não consegui estar, família e amigos, obrigado pela compreensão, principalmente os meus afilhados, Rafael e Santiago.

O professor João Frade, pela orientação com sentido pedagógico e persistência ao longo deste difícil percurso.

A equipa da UCSPA, pela disponibilidade e empenho que demonstraram durante a minha aprendizagem.

Muito obrigado a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACESPIN – Agrupamento de Centros de saúde do Pinhal Interior Norte

CAC – Consulta de Atendimento Complementar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto Lei

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESSLEI – Escola Superior de Saúde de Leiria

IDG – Índice de Desempenho Global

MSF – Mestrado Saúde Familiar

Nrº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de vacinação

RCCR – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSPA – Unidade de Cuidados de saúde Personalizados de Alvaiázere

USF – Unidade Saúde familiar

RESUMO

O Estágio III do 2º ano, 3º semestre do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar, foi um estágio de natureza profissional que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere. Neste estágio, foram desenvolvidos os conhecimentos aprendidos no período teórico, e nos ensinamentos clínicos precedentes, o que permitiu compreender a importância da Enfermagem de Saúde Familiar, na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários dá ênfase aos cuidados de saúde centrados na família. Surge o enfermeiro de família que centra a sua abordagem na família, através de uma relação colaborativa em que existe uma interação entre profissionais e famílias.

As competências do enfermeiro especialista de Saúde Familiar, são de um modo geral: cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Os enfermeiros enfrentam no seu dia a dia inúmeros desafios, que os incentivam a refletir nas práticas clínicas, a atualizar formação profissional e académica. A prática baseada na evidência, é o caminho para a qualidade de cuidados que se traduz em ganhos em saúde.

Uma das atividades desenvolvidas foi a elaboração de um relatório final, de caráter crítico-reflexivo dos cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar. O relatório é constituído pela caracterização dos contextos da prática clínica (UCSPA), a fundamentação teórica dos conteúdos da enfermagem de família, as atividades desenvolvidas no sentido de aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde familiar e a prática especializada baseada na evidência.

A prática especializada baseada na evidência foi desenvolvida através de um trabalho de investigação sobre “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros”. A questão de investigação levantada foi: “Quais as atitudes dos enfermeiros, em CSP e em formação, em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem?”. O estudo é quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Foi aplicado numa amostra de 18 enfermeiros, a exercer funções na UCSPA e a frequentar o 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar na ESSLei.

O instrumento de colheita de dados foi um questionário dividido em duas partes: A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, e na segunda parte a escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” Oliveira et al (2011).

A variável dependente, as atitudes dos enfermeiros, quando associada com as outras variáveis, sociodemográficas e profissionais, as relações obtidas não são estatisticamente relevantes. Mas surgem tendências positivas nas atitudes dos enfermeiros em relação á importância da família na prestação de cuidados. As atitudes positivas são facilitadoras do envolvimento e participação da família no processo de cuidar, enquanto as atitudes negativas funcionam como obstáculos neste processo.

Os cuidados de enfermagem centrados na família implicam mudanças de atitudes dos enfermeiros. A formação na área da saúde familiar é fundamental para acompanhar as novas políticas e reestruturação dos cuidados de saúde, em que se promove como a base dos cuidados, a família e não o indivíduo.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde familiar; Atitudes dos Enfermeiros, Cuidados de Saúde Primários

ABSTRAC

Stage III of the 2nd year, 3rd semester of the Master's Course in Community Health Nursing in the Family Health Area, was a professional internship that took place at the Alvaiázere Personalized Health Care Unit. In this stage, the knowledge learned in the theoretical period and in previous clinical teachings was developed, which allowed us to understand the importance of Family Health Nursing in obtaining health gains among users, families and communities.

The restructuring of Primary Health Care emphasizes family-centered health care. The family nurse focuses his approach on the family, through a collaborative relationship and in which there is an interaction between professionals and families.

The competencies of the Family Health specialist nurse are, in general: to take care of the family as a care unit, and of each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention; leads and collaborates in intervention processes, within the scope of family health nursing.

Nurses face countless challenges in their daily lives that encourage them to reflect on clinical practices and update professional and academic training. Evidence-based practice is the path to quality care that translates into health gains.

One of the activities developed was the preparation of a final report, of a critical-reflective nature on specialized family health nursing care. The report consists of the characterization of the contexts of clinical practice (UCSPA), the theoretical foundation of the contents of family nursing, the activities developed towards acquiring the skills of the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health and the specialized practice based in the evidence.

Evidence-based specialized practice is a research work on “Importance of the family in nursing care – nurses’ attitudes”. The research question raised was: “What are the attitudes of nurses, in CSP and in training, in relation to the importance of the family in nursing care?”. The study is quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional. It was applied to a sample of 18 nurses, working at UCSPA and attending the 3rd Master's Course in Community Health Nursing in the Family Health Area.

The data collection instrument was a questionnaire divided into two parts: The sociodemographic and professional characterization of the sample, and in the second part the scale “The importance of Families in Nursing Care – Attitudes of Nurses” Oliveira et al (2011).

The dependent variable, nurses' attitudes, when associated with other variables, sociodemographic and professional, the relationships obtained are not statistically relevant. But positive trends emerge in nurses' attitudes towards the importance of the family in providing care. Positive attitudes facilitate family involvement and participation in the care process, while negative attitudes act as obstacles in this process. Family-centered nursing care implies changes in nurses' attitudes. Training in the area of family health is essential to follow new policies and restructuring of health care, which promotes the family and not the individual as the basis of care.

Keywords: Family Health Nursing; Nurses' Attitudes, Primary Health Care

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
ÍNDICE DE QUADROS	xiv
INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	18
1.1. HISTÓRIA E PATRIMÓNIO.....	19
1.2. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA	21
1.3. INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SOCIAIS	24
1.4. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	25
1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP	28
1.5. PROFISSIONAIS DA EQUIPA E SERVIÇOS.....	29
1.6. DESEMPENHO ASSISTENCIAL	32
1.7. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	34
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1. FAMÍLIA.....	37
2.2. SAÚDE FAMILIAR.....	40
2.3. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	41
2.3.1. Fundamentos teóricos e conceptuais da enfermagem de família	45
2.3.1.1. Teorias da ciência social da família	45
2.3.1.2. Teorias sobre terapias familiares	48
2.3.1.3. Teorias e modelos de enfermagem	49
2.3.2. Modelos de avaliação em enfermagem de saúde familiar	52
2.3.2.1. O modelo de avaliação e intervenção da família e o inventário das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF)	53
2.3.2.2. O modelo e formulário de avaliação da família de Friedman	54
2.3.2.3. O modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF)	54
2.3.2.4. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF)	55
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	57
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	57
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	58
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	59
3.1.3. Gestão de cuidados	62

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	63
3.1.5. Atividades realizadas durante a prática clínica, para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista.....	64
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	67
3.2.1. Cuidar da família como unidade, e de cada um dos seus membros	67
3.2.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	70
3.2.3. Atividades realizadas durante a prática clínica, para desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar	70
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	75
4.1. INTRODUÇÃO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	75
4.2. METODOLOGIA	77
4.2.1. Tipo de estudo	78
4.2.2. Objetivos do estudo	78
4.2.3. Questão de investigação	79
4.2.4. Caracterização da população e amostra.....	79
4.2.6. Operacionalização das variáveis	80
4.2.6.1. Variáveis independentes	81
4.2.6.2. Variáveis dependentes	81
4.2.7. Instrumento de colheita de dados	82
4.2.7.1. Consistência interna da escala IFCE-AE.....	84
4.2.8. Colheita de dados e considerações éticas.....	85
4.2.9. Análise de dados.....	86
4.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	86
4.3.1. Caracterização da amostra	86
4.3.1.1. Segundo a instituição a que pertencem os enfermeiros: da UCSPA e do MSF	87
4.3.1.2. Em relação ao género	87
4.3.1.3. Segundo o grupo etário.....	87
4.3.1.4. Em relação às habilitações académicas	87
4.3.1.5. Anos de experiência profissional da amostra	88
4.3.1.6. Unidades onde os enfermeiros exercem funções.....	88
4.3.1.7. Experiência profissional na unidade onde trabalha	88
4.3.1.8. Enfermeiros com Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura.....	89
4.3.1.9. Caracterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Família	89
4.3.1.10. Experiência anterior com familiares gravemente doentes	90
4.3.2. Atitudes dos enfermeiros em relação á importância das famílias nos cuidados de Enfermagem	90

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	97
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

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

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

ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO CONCELHO CLÍNICO E DE SAÚDE ACES PIN E AUTORIZAÇÃO DO MESMO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do distrito de Leiria.....	18
Figura 2 - Distrito de Alvaiázere subdividido em freguesias	19
Figura 3 - Agrupamento dos Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte – Organograma.....	26
Figura 4 - Organograma da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Enfermeiros da UCSPA e enfermeiros do MSF.....	87
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o género	87
Tabela 3 - Caracterização da amostra de acordo com a idade	87
Tabela 4 – Caracterização da amostra de acordo com as habilitações académicas	88
Tabela 5 - Caracterização da amostra de acordo segundo a experiência profissional	88
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros pelas unidades onde trabalham.....	88
Tabela 7 - Caracterização em relação com a experiência profissional na unidade.....	89
Tabela 8 - Distribuição da amostra sem ou com Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura	89
Tabela 9 - Distribuição da amostra se possuem ou não formação em Enfermagem de Família.....	89
Tabela 10 – Experiência da amostra com familiares gravemente doentes.....	90
Tabela 11 - Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE e da escala global	90
Tabela 12 - Correlação de Pearson entre as dimensões da escala IFCE – AE.....	91
Tabela 13 - Associação entre a atitude do enfermeiro face á família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a frequentar o MSF na ESSLEI.	91
Tabela 14 - Diferença entre a atitude do enfermeiro face à família de acordo com o género.	92
Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e à idade.	92
Tabela 16 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas.	93
Tabela 17 - Associação entre a atitude do enfermeiro face á família e a experiência profissional.	93
Tabela 18 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.....	94
Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro face á família e a experiência profissional na unidade onde trabalha.....	95
Tabela 20 - Associação entre a atitude do enfermeiro face á família e se possuem um curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.	95
Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.....	96
Tabela 22 - Resultados do Teste t-student das dimensões da escala IFCE – AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes.....	97

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - População residente por local de residência e sexo	21
Quadro 2 - Taxa bruta de natalidade no município de Alvaiázere nos anos de 1981 e 2020	22
Quadro 3 - Taxa bruta de mortalidade no município de Alvaiázere nos anos de 1960 e 2020	23
Quadro 4 - Índice de dependência total no município de Alvaiázere nos anos de 2001 e 2020	24
Quadro 5 - Número de inscritos na UCSPA, com médico de família	28
Quadro 6 - Distribuição das inscrições nos CSP-UCSPA	29
Quadro 7 - Visão UCSPA – Matriz. Áreas do Plano de Ação	32
Quadro 8 - Visão Global do Plano de Ação	33
Quadro 9 - Visão Global do Plano de Ação	33
Quadro 10 – Visão Global do Plano de Ação	34
Quadro 11 – Visão Global do Plano de Ação	34
Quadro 12 - Utentes por Enfermeiro de Família, maio (UCSPA, 2021).....	35
Quadro 13 - TOP de Problemas UF – Médico, maio 2021	35

INTRODUÇÃO

O estágio III está inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária-Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 3º curso, 2.º ano, 3.º semestre, desenvolvido em contexto de estágio de natureza profissional, na UCSPA, com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico, e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da Enfermagem de Saúde Familiar, na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O estágio teve a duração de 162 horas de trabalho, com 2 dias/semana na UCSP, num total de 486 horas. O ensino clínico decorreu de 04 de janeiro a 12 de março de 2020 e teve como objetivo desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

No sentido de atingir os objetivos propostos foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.
- Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva.
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e das competências desenvolvidas.
- Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem saúde familiar.
- Elaboração de um relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.
- Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

A evolução nos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários tem-se traduzido numa melhoria contínua da qualidade de cuidados, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida do indivíduo/família. Os enfermeiros têm um papel fundamental nos CSP, tanto na prestação, como na expansão e coordenação.

A investigação tem a sua importância reconhecida em qualquer disciplina, como forma de renovação do seu corpo de conhecimentos. Em Enfermagem a investigação tem vindo a dar resposta à necessidade sentida por estes profissionais, de desenvolver conhecimentos científicos e de os aplicar ao nível dos cuidados de enfermagem. O interesse da investigação da enfermagem pelas famílias e pela enfermagem de família tornou-se num foco importante para a profissão (Ganon, 1995) referido por (Hanson, 2005). O objetivo é de fortalecer o seu conhecimento base sobre a prática de enfermagem de saúde familiar.

A Saúde Familiar, surge para dar resposta às novas necessidades de saúde, em que a família surge como unidade na qual se centram os cuidados de saúde. Para identificar as atitudes dos enfermeiros e a sua perceção sobre a importância da família na prestação de cuidados surgiu a questão de investigação: “Quais as atitudes dos enfermeiros, em CSP e em formação, em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem?”. Foram enunciados os objetivos seguintes:

- Conhecer a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem;
- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família durante os cuidados de enfermagem;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais com as atitudes dos enfermeiros durante a prestação de cuidados de enfermagem.

Este trabalho de investigação surge como um estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, realizado a uma amostra de dezoito enfermeiros, uns a trabalhar na UCSPA, cinco enfermeiros, e outros a frequentar o 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de saúde Comunitária na área de Saúde Familiar da ESSLei, treze enfermeiros.

A metodologia usada é descritiva-reflexiva, pretende-se descrever as experiências vivenciadas durante a prática clínica e refletir sobre as mesmas, quais as dificuldades sentidas, os problemas encontrados e as atitudes que se tomaram. De um modo geral, descrever o caminho percorrido

para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar.

Relativamente à estrutura, podemos dividir este relatório em 4 partes:

1- Contexto da Prática Clínica, onde se inclui a caracterização da UCSPA, onde decorreram os estágios, e a caracterização do desempenho assistencial da instituição;

2- Fundamentação Teórica, onde se desenvolveu a temática em estudo, família, saúde familiar e a enfermagem de família. Realizada uma análise da literatura existente relacionada com os conceitos chave;

3- Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, onde se referem as competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento n.º140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019, e as competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde familiar segundo o regulamento n.º 428/2018 de 17 de julho de 2018. Descrição e reflexão sobre o percurso percorrido num sentido da aquisição destas competências durante o ensino clínico;

4- Prática Especializada Baseada na Evidência, onde se realiza o estudo de investigação. Do estudo fazem parte a metodologia, apresentação dos resultados e a discussão dos resultados, onde se analisam os resultados obtidos;

Os enfermeiros são profissionais empenhados e focados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Que este trabalho possa ser um pequeno contributo e incentivo para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar e da investigação na área.



Figura 2 - Distrito de Alvaiázere subdividido em freguesias

O concelho é atravessado pelo itinerário complementar IC3 que liga Coimbra a Tomar, e pelo troço da A13 que faz a ligação da A23 (no Entroncamento) e a A1 (em Condeixa) e a cidade de Coimbra, distanciando cerca de 25 km de Tomar e 60 km de Coimbra e Leira, que são polos de desenvolvimento em termos empresariais e de ensino.

1.1. HISTÓRIA E PATRIMÓNIO

Alvaiázere, vila e concelho, deve o seu nome aos árabes, a quem batizaram de Al-Bai-Zir ou Alva-Varze. Foi elevada a vila por D. João I, que lhe deu foral em 1338. Na altura, abrangia dois priorados: S. João da Boa Vista e S. Pedro de Rego da Murta; três vigairarias: Pussos, Maças de Caminho e Pousaflores e um corado: Almoester. Em 1435, segundo documentos existentes na Torre do Tombo, D. Duarte doou a vila a sua mulher, a Rainha D. Leonor, passando assim Alvaiázere ao domínio da coroa. D. Manuel deu-lhe foral novo, em 15 de maio de 1514. Naquele ano de 1514, também Maças de D. Maria e Pussos (doravante Vila Nova de Pussos) obtiveram os privilégios de um foral novo. Maças de D. Maria, formou concelho nesse ano, assim como Avelar, Aguda, Chão de Couce e Pousaflores, as "cinco vilas" e ainda Arega.

Ao longo dos séculos, o concelho não perdeu algumas das características que teve desde sempre. Da serra de Alvaiázere, por exemplo, obtêm-se panoramas excelentes. Um maciço calcário coberto de urzes e pequenas orquídeas floridas. Avista-se a planura fértil de Alvaiázere, vinhedos, olivais, campos de milho e o casario branco e ocre. Pelas encostas ouve-se o andar lento dos rebanhos e das cabras. Vales e várzeas abraçam dois tranquilos cursos de água, o Nabão e a ribeira de Alge.

Os sinais do passado estão em todo o concelho. Sucedem-se os solares e as quintas senhoriais. Uns setecentistas, outros, mais antigos, exibem também bonitas torres de menagem. Freguesias como, Maças de D. Maria e Pelma, testemunham a sua antiguidade nos pelourinhos, podem-se

contemplar os panoramas nos adros das suas igrejas matriz. O espírito religioso está bem presente neste povo, e expressa-se nas lendas que circulam de pai para filho, oralmente, desde há muitos séculos.

A base económica desta região é a agricultura. Os solos férteis, os vales e as várzeas bem irrigados e as encostas cobertas de vinhas e oliveiras, foram importantes auxiliares da sua população.

Em Alvaiázere, existem três bens de património cultural classificados de imóveis de interesse público: o Pelourinho de Alvaiázere, entretanto destruído, e o Pelourinho de Mações de Dona Maria, classificados desde 1933. Em 2002, foi também assim classificado o Cruzeiro Filipino de Mações de Dona Maria.

A nível de produtos regionais, salienta-se o chicharo de Alvaiázere, a leguminosa considerada pela Associação Nacional de Municípios e de Produtores para a Valorização e Qualificação dos Produtos Tradicionais Portugueses como um dos Produtos Tradicionais Portugueses. Em 2016, dois produtos recebem proteção legislativa a nível nacional e da União Europeia, ambos são DOP (denominação de origem protegida): Azeites do Ribatejo e o queijo rabaçal, em que Alvaiázere faz parte da área geográfica definida de produção desse azeite e deste queijo de ovelha e cabra.

A Rede de Percursos do Concelho de Alvaiázere é constituída por 6 percursos de Pequena Rota (PR) e por 1 percurso de Grande Rota (GR) que se interligam entre si de modo a ligar todas as escolas primárias, que se vão recuperar e mostrar os principais locais de interesse do Concelho. Esta rede apresenta cerca de 120 km de percursos devidamente sinalizados e homologados pela Federação de Campismo e Montanhismo de Portugal.

Alvaiázere Capital do Chicharo é um evento que congrega a Feira Agrícola, Florestal, Industrial, Pecuária e de Artesanato (FAFIPA), que teve a sua primeira edição em 1980, e o Festival Gastronómico do Chicharo, que nasceu em 2003. Em outubro surgem exposições, espetáculos, atividades desportivas, feira de artesanato e velharias, oficinas e passeios temáticos e a animação de rua. Mobiliza-se a restauração, por meio de tasquinhas dinamizadas pelas coletividades locais e promovendo o mercado de produtos endógenos. Divulga-se os sabores da gastronomia local, em que o chicharo é rei.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

Alvaiázere tem vindo a sofrer uma perda de população residente, um comportamento demográfico semelhante a toda a zona interior do país. O município de Alvaiázere tem 6227 habitantes, 2896 homens e 3331 mulheres, segundo os censos de 2021. Nos últimos dez anos houve um decréscimo populacional de 14,5%, este decréscimo verificou-se em todas as freguesias do município. A população encontra-se distribuída pelas suas 5 freguesias, sendo a mais populosa a vila de Alvaiázere, como se pode verificar no quadro que se segue.

Quadro 1- População residente por local de residência e sexo

Freguesias	2021 HM	2021 H	2021 M	2011 HM	Var. % HM
Almoster [Alvaiázere]	597	267	330	674	-11,4%
Alvaiázere	1 802	829	973	2 049	-12,1%
Maçãs de Dona Maria	1 494	693	801	1 835	-18,6%
Pelmá	635	304	331	736	-13,7%
Pussos São Pedro	1 699	803	896	1 993	-14,8%
Total	6 227	2 896	3 331	7 287	-14,5%

Quadro 1 – População residente (n.º), por local de residência e sexo
 Fonte: INE 2021

O município de Alvaiázere apresenta uma taxa de natalidade mais baixa que os restantes territórios e uma taxa de mortalidade elevada, o que significa que a região apresenta uma população envelhecida com valores de índice de envelhecimento elevados. Tal realidade demográfica verifica-se em todas as regiões mais interiores do país e mais afastadas dos centros com maior desenvolvimento.

A população mais jovem tem tendência a migrar para as principais capitais do distrito, outros ainda emigram para países estrangeiros, o que favorece o despovoamento das zonas mais remotas. O crescimento natural é negativo, visto que a taxa de natalidade é reduzida e a taxa de mortalidade elevada, o que é observado na generalidade do território português. Nas últimas décadas, verifica-se uma tendência para o despovoamento em todas as freguesias de Alvaiázere

devido à mobilidade natural e à dinâmica da população, de acordo com o quadro geral da demografia portuguesa mais recente.

Quadro 2 - Taxa bruta de natalidade no município de Alvaiázere nos anos de 1981 e 2020

Territórios	Taxa bruta de natalidade		
	Anos	1981	2020
Portugal		15,5	8,2
— Continente		15,3	8,2
+ Norte		17,5	7,5
— Centro		14,6	7,1
+ Oeste		14,7	7,8
+ Região de Aveiro		-	7,8
+ Região de Coimbra		-	6,9
Alvaiázere		11,7	3,2
Ansião		11,7	5,3
Batalha		16,0	8,5
Castanheira de Pêra		10,1	5,4
Figueiró dos Vinhos		11,9	5,6
Leiria		15,7	8,5
Marinha Grande		14,0	8,9
Pedrógão Grande		9,2	4,7
Pombal		15,2	6,7
Porto de Mós		14,8	6,4

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

Quadro 3 - Taxa bruta de mortalidade no município de Alvaiázere nos anos de 1960 e 2020

Territórios	Taxa bruta de mortalidade		
	Anos ⁺	1960	2020
Portugal		10,7	12,0
— Continente		10,6	12,1
+ Norte		11,5	11,2
— Centro		10,3	13,6
+ Oeste		10,5	12,4
+ Região de Aveiro		-	11,5
+ Região de Coimbra		-	13,8
— Região de Leiria		-	11,8
Alvaiázere		11,2	18,5
Ansião		9,7	14,9
Batalha		8,5	10,3
Castanheira de Pêra		11,5	27,4
Figueiró dos Vinhos		9,7	17,6
Leiria		8,6	9,8
Marinha Grande		8,5	10,9
Pedrógão Grande		10,3	22,0
Pombal		8,7	13,6
Porto de Mós		9,6	12,7

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

O índice de dependência total, a relação entre a população jovem, em idade ativa e idosa, é uma medida do envelhecimento populacional sensível tanto ao aumento do número de pessoas idosas (dito envelhecimento no topo da pirâmide etária) como à contração do número de jovens (dito envelhecimento na base da pirâmide etária). Em Alvaiázere, o índice de dependência total é bastante elevado, o que significa que existe um elevado número de idosos e um número de pessoas jovens baixo, a população ativa. Este envelhecimento leva a uma sobrecarga de custos relativamente a cuidados de saúde e encargos sociais. Mas, verifica-se no concelho uma relativa melhoria do índice de envelhecimento desde 2001, contrariamente à tendência geral dos outros territórios.

Quadro 4 - Índice de dependência total no município de Alvaiázere nos anos de 2001 e 2020

Territórios	Índice de dependência total		
	Anos 🇵🇹	2001	2020
Portugal		48,5	55,7
— Continente		48,4	56,4
— Centro		53,3	57,6
+ Oeste		51,1	54,2
+ Região de Aveiro		47,7	53,1
+ Região de Coimbra		51,3	60,0
— Região de Leiria		50,4	55,2
Alvaiázere		74,2	68,5
Ansião		58,5	59,0
Batalha		50,7	52,5
Castanheira de Pêra		64,1	79,2
Figueiró dos Vinhos		64,4	69,9
Leiria		45,7	52,2
Marinha Grande		43,8	56,3
Pedrógão Grande		80,2	63,7
Pombal		55,4	57,5
Porto de Mós		51,1	54,6

Fonte: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+depend%c3%aancia+total-459>

Em relação ao tipo de família, em Alvaiázere predominam as famílias clássicas, pessoas que têm uma relação de parentesco entre si e que residem no mesmo alojamento. Em 2011 no município, existiam aproximadamente 3010 famílias clássicas e 6 famílias institucionais, residentes num alojamento coletivo, governadas por uma entidade interior ou exterior ao grupo. A média de pessoas por família clássica é cerca de 2,36 indivíduos no concelho no mesmo ano (INE, 2011).

1.3. INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SOCIAIS

Os cuidados de saúde em Alvaiázere são assegurados pelo centro de saúde e 5 extensões. Além disso também existe um hospital privado na vila. No concelho existem 3 farmácias e 1 posto farmacêutico móvel.

No concelho de Alvaiázere existem quatro Lares de idosos, em Alvaiázere e Maças de Dona Maria, dois são privados sem fins lucrativos e os outros dois privados com fins lucrativos. Um Centro de Dia localizado na freguesia de Alvaiázere, com uma taxa de utilização de 100% e uma capacidade para 15 utentes. Os serviços de apoio domiciliário são quatro, estão localizados em Almoester, Alvaiázere, Maças de Dona Maria e Pussos, com uma taxa de utilização de 92,63%, têm 201 utentes e uma capacidade para 217. Centros de convívio existem dois, em maças de Dona maria e Pussos, tem 42 utentes e a taxa de ocupação é de 84%.

Também existe no município uma creche e um estabelecimento de educação pré-escolar privado sem fins lucrativos.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A UCSP de Alvaiázere foi onde decorreram os ensinamentos clínicos e onde se desenvolveram atividades para adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde familiar. Esta é uma unidade funcional do centro de saúde de Alvaiázere, que pertence ao agrupamento dos centros de saúde do pinhal interior norte, este ACES iniciou a sua atividade a 05.10.2015 e a morada é Av. Coelho da Gama, n.º 32, 3200-200 Lousã. Tem como Visão: maximizar os ganhos em saúde da população da área de abrangência do ACES, adequando e integrando esforços sustentáveis de todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. Os seus valores são: Qualidade, Humanização e Privacidade, Ética e Responsabilidade Social, Respeito pelo indivíduo, Desempenho, Inovação, Trabalho em equipa e Orientação para os resultados.

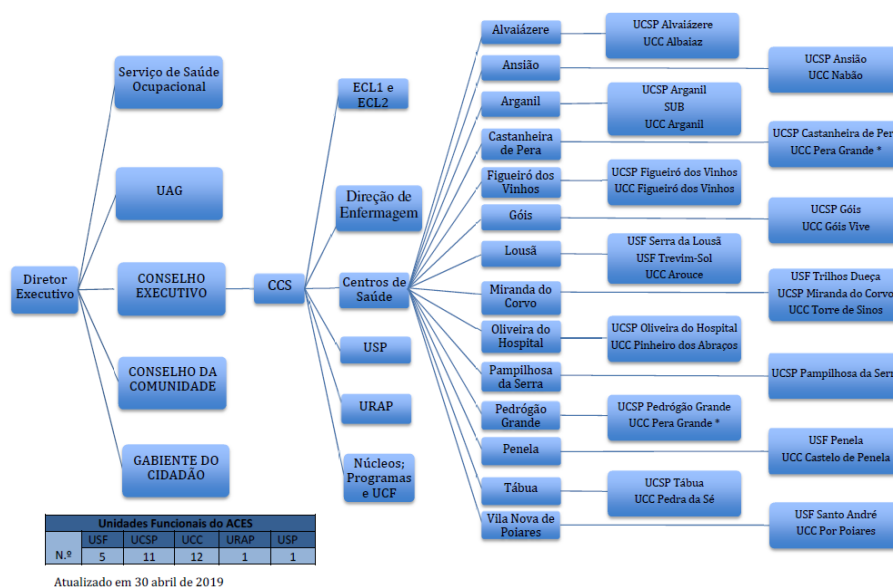


Figura 3- Agrupamento dos Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte – Organograma

O agrupamento de centros de saúde do Pinhal interior norte, tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários. A área geográfica de abrangência do agrupamento são os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares.

O ACES PIN possui 3 USF, 12 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 12 Unidades de cuidados na comunidade (UCC), 1 unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), 1 unidade de saúde pública (USP). Os objetivos deste ACES, são: desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

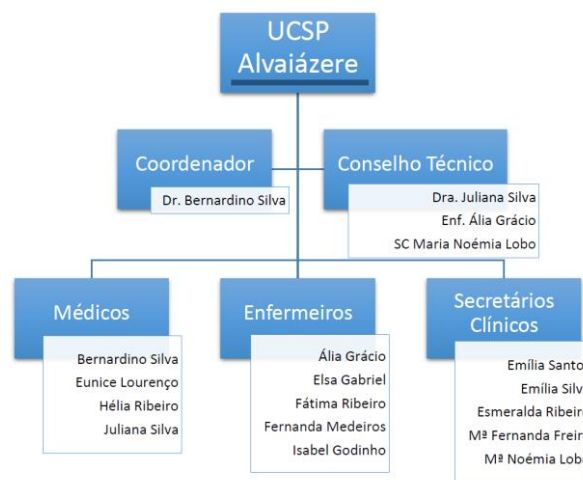


Figura 4- Organograma da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alvaiázere

A UCSPA situa-se na Rua A nº 5, 3250-130 Alvaiázere, funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas. A sua área de abrangência corresponde a todo o município, exceto Maças de D. Maria, uma freguesia que tem a sua própria extensão de saúde. Esta extensão funciona às quartas-feiras das 9 às 13 horas, só para consulta de saúde de Adultos.

A UCSP tem por missão a prestação de serviços de saúde personalizados à população inscrita, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos serviços. A sua visão, é a

prestação de cuidados de saúde, com objetivos de excelência, adequados às características das populações abrangidas, promovendo a proximidade ao cidadão e às famílias, baseados no trabalho em equipa. A equipa multiprofissional detêm os seguintes valores: qualidade, cooperação, cortesia, solidariedade, compromisso e excelência.

A sede da UCSP foi inaugurada em julho de 2015, toda em piso térreo e próxima do centro da vila. O espaço exterior tem um parque de estacionamento e zonas de jardim. O edifício está dividido em seis gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem, duas salas de tratamentos, uma sala de tratamentos para doentes de pé diabético, um gabinete administrativo, um consultório de saúde pública, uma sala de reuniões, uma sala de aprovisionamento de medicamentos e material clínico, dois vestiários, uma copa, uma sala de espera com placards onde se expõem informações úteis, duas casas de banho para funcionários e uma para utentes. A ligação a todas as divisões é efetuada por um corredor central.

Os gabinetes estão equipados com secretária, cadeiras, marquesa, lavatório com água corrente, telefone, computador, impressora, armários com material clínico e equipamento necessário nas consultas, como termómetro, glucómetro, esfigmomanómetro, coagulómetro, balança e Kit para avaliação do pé do doente diabético.

No aprovisionamento está armazenada a medicação, com a temperatura e humidade reguladas, assim como algum material clínico. A medicação está organizada com nomenclatura adequada e segundo a Norma nº 014/2015 da Direção Geral de Saúde sobre medicamentos de alerta máximo. A partir de março inicia-se um novo sistema de organização do aprovisionamento, o sistema de armazém avançado.

A unidade móvel de saúde, possui um consultório médico e outro de enfermagem totalmente equipados e é usada para as consultas domiciliárias.

No período de funcionamento da UCSP, os profissionais de saúde têm os seus horários estabelecidos de forma a cumprir o Plano de Ação e o Compromisso Assistencial Contratualizado.

São diversificados os serviços de saúde oferecidos aos utentes. As consultas de saúde do adulto e idoso englobam as de vigilância da hipertensão arterial, hipocoagulados, diabetes, prevenção oncológica e as de vigilância das doenças do aparelho respiratório. Existem também, as consultas de planeamento familiar, consultas de saúde materna e as consultas de saúde infantojuvenil.

Em caso de doença aguda, os utentes são direcionados para a consulta aberta ou para o atendimento à doença aguda complementar aos fins de semana e feriados entre as 10 e as 18 horas. Para os utentes que não se podem deslocar até à sede, existem as consultas domiciliárias, consultas médicas e de enfermagem. Além de todas as consultas médicas e de enfermagem também se realizam tratamentos de feridas, vacinação e outros tipos de cuidados médicos e de enfermagem.

Por último, a consulta de intersubstituição garante o atendimento em situações de doença aguda não emergente, a utentes inscritos na unidade, em caso de ausência ou de impossibilidade de resposta da sua equipa de saúde, também se destina aos utentes impossibilitados de recorrerem ao Centro de Saúde onde estão inscritos. A resposta assistencial garante aos utentes, os serviços mínimos definidos no Plano de Ação para cada programa de saúde.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA UCSP

Em 13 de Abril de 2021 a UCSPA contabilizava 6801 utentes inscritos, 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino, segundo o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

Quadro 5- Número de inscritos na UCSPA, com médico de família

Grupo etário	N.º Inscritos na UCSPA, com médico de família		Total	UP
	Género			
	Masculino	Feminino		
≥ 0 - <6 Anos	183	125	258	387
7 - 64 Anos	2.137	2.118	4.255	4.255
65 - 74 Anos	454	507	961	1.922
≥ 75 Anos	482	845	1.327	3.317,50
Total	3.256	3.595	6.801	9881,5

O quadro 5 refere-se aos utentes distribuídos por idade, género e a correspondência em Unidades Ponderadas (UP). São 1327 os utentes inscritos na UCSPA com idade igual ou superior a 75 anos, uma faixa etária com muita necessidade de cuidados de saúde.

Quadro 6 - Distribuição das inscrições nos CSP-UCSPA


Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx> (SNS, 2021)

Como se pode observar na pirâmide etária acima apresentada, a população abrangida pela UCSPA é envelhecida, as crianças com idades inferiores a 17 anos são 380, e idosos com mais de setenta e cinco anos são 1305. Mulheres em idade fértil, dos 15 aos 49 anos, correspondem a 17,2% da população inscrita, contabilizam-se 1179. A UCSPA tem 6.848 utentes inscritos, 6.804 com médico de família e 44 sem médico de família.

O índice de dependência total é 76%, dos quais 16,5 % são em dependência em jovens e os restantes 59,5% são em idosos com mais de 65 anos de idade.

1.5. PROFISSIONAIS DA EQUIPA E SERVIÇOS

A UCSPA presta serviços de Carácter Assistencial (389 – Score dimensão “Serviços de Carácter Assistencial”) e de Carácter Não assistencial (390 – Score dimensão “Serviços Não Assistenciais Governação Clínica ACES “). Tem como carteira adicional a Consulta de apoio à Cessação Tabágica e o Programa de Cuidados de Situações Agudas com Consulta de Atendimento Complementar (CAC), aos sábados, domingos e feriados das 10 às 18 horas.

A CAC tem como objetivo melhorar a acessibilidade nas situações urgentes, na população abrangida pela unidade, compreende os utentes inscritos e não inscritos na UCSPA. A carga de trabalho foi contratualizada por grupo profissional: médicos, enfermeiros e técnicos administrativos, das 10 às 18 horas, oito horas por dia, aos fins de semana e feriados. Esta consulta é assegurada pelos profissionais da UCSPA: 5 médicos, 4 enfermeiros e 5 técnicos

administrativos. De acordo com os indicadores de monitorização e avaliação, todas as consultas e tratamentos programados e agendados foram realizados.

A consulta de apoio à cessação tabágica tem como objetivo melhorar a taxa de abstinência tabágica nos utentes da unidade. Os utentes fumadores são a população abrangida. A carga de trabalho foi contratualizada por grupo profissional (médico e enfermeiro) duas horas semanais para a realização das consultas. Os resultados esperados são melhorar a abstinência tabágica nos utentes da unidade, divulgação da consulta e incentivar a adesão dos utentes fumadores. Os recursos necessários são médico, enfermeiro e técnico administrativo. O indicador proposto de monitorização e avaliação foi o número de consultas em maio de 2021, que foi de 11,570 e com Score de 0.

Em 2020, houve contratualização de 9,6 horas mensais, para reuniões do grupo nacional de registos de enfermagem e para reuniões plenárias dos Concelhos Técnicos, do Concelho Clínico e de Saúde do ACES PIN de 19,2 horas mensais.

O programa de desenvolvimento e formação contínua pretende responder às necessidades de formação dos profissionais da UCSP. Em 2020 foi contratualizada a subárea da Formação Interna, nas dimensões “Formação da Equipa Multiprofissional” (393 – Score). Os enfermeiros realizaram formação sobre as temáticas “Prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde”, nomeadamente o circuito dos lixos, a higiene das mãos e cuidados gerais de assepsia. O “Plano Nacional de Vacinação”, foi outra temática abordada para atualizar conhecimentos sobre o PNV, recomendações gerais na administração das vacinas e sobre a plataforma VACINAS. Também a formação “Critérios de referenciação à RNCCI” foi útil para atualizar conhecimentos sobre os procedimentos e critérios de referenciação para a RNCCI. A ação sobre “Apresentação dos procedimentos da unidade no atendimento ao utente sinistrado” foi outro assunto abordado, com o objetivo de uniformizar procedimentos no atendimento ao doente sinistrado. “Análise do BI dos indicadores” outra ação onde foram apresentados os parâmetros analisados nos diferentes indicadores. Por último, a “Apresentação do Manual de Procedimentos – Saúde de Adultos e Rastreamento Oncológico” onde se reformulou procedimentos relativos aos rastreios oncológicos recomendados à população alvo.

A contratualização com os cuidados de saúde primários é hoje uma cultura implementada em Portugal e transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados de saúde primários no SNS (Agrupamentos de Centros de Saúde, Administrações Regionais de Saúde, Unidades

Funcionais). Esta favorece a melhoria contínua do desempenho e assegura o envolvimento de todos os profissionais de saúde e dos utentes.

A UCSPA definiu como problema de saúde os rastreios, o rastreio do cancro de cólon e reto (RCCR) e o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU). Um dos problemas do ACES PIN detetado era o número de rastreios ser inferior ao desejado, foram enunciados os seguintes objetivos: melhorar os índices de rastreio oncológico no âmbito dos cancros do colo do útero, da mama, do cólon e reto; promover acesso ao rastreio dos utentes nas idades chave, com implementação de estratégias que levam ao aumento do número de utentes rastreados. Para atingir os objetivos propostos, foram implementadas várias medidas práticas.

Em 2020, na subárea da Melhoria Contínua da Qualidade, foram contratualizados dois planos de melhoria, na dimensão do Acesso (391-Score dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade Acesso” e na dimensão do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados (392-Score dimensão “Melhoria Contínua de Qualidade e PAI”.

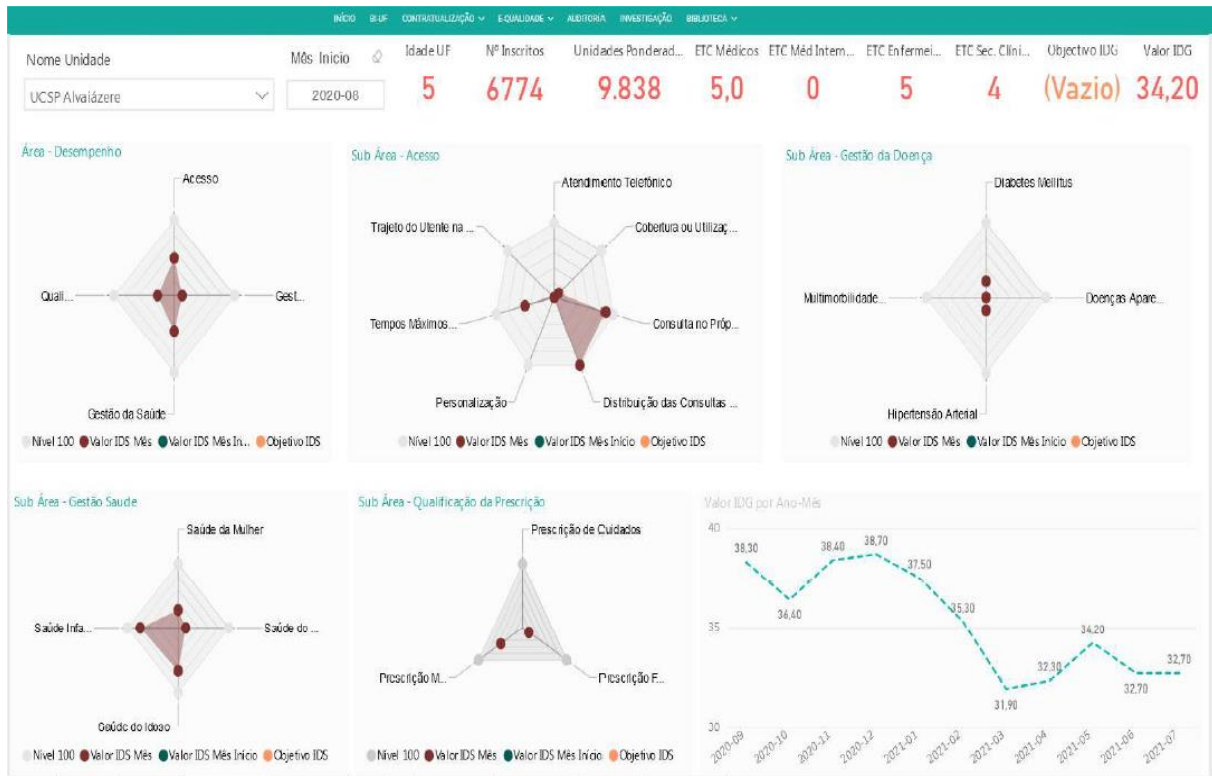
Na área “Acesso”, a UCSPA contratualizou o plano de melhoria da monitorização anual da distribuição da consulta durante o funcionamento da UCSPA. Face aos resultados anteriores foram propostas medidas como o alargamento do horário de atendimento da unidade e a revisão dos horários dos profissionais para melhorar a distribuição dos tempos de consulta. Através da análise dos indicadores, verifica-se que o número de consultas em cada período está mais uniforme, o que revela uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Na área “Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados”, foi contratualizado o plano de melhoria “Melhoria na prescrição farmacológica e na avaliação do pé do utente com Diabetes”. Os indicadores que monitorizam esta área são:

- 261 – Proporção de utentes com diabetes e registo de risco de ulceração do pé no último ano: em dezembro de 2019, com o valor de 73,26 e com score de 0 e em dezembro de 2020 desceu para 59,31 com score de 0;
- 274 – Proporção de utentes com Diabetes tipo 2 e a realizar insulinoaterapia, com terapêutica adequada: em dezembro de 2019 é de 85,29 com score de 2 e em dezembro de 2020 desce para 81,81 com score de 0;

- 275 - Proporção de utentes com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 que iniciam metformina em monoterapia: em dezembro de 2019 tem o valor de 71,87 com score de 2 e em dezembro de 2020 desce para 38,02 com score de 0.

Quadro 7 - Visão UCSPA – Matriz. Áreas do Plano de Ação



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/idg/Paginas/default.aspx> (SNS, BI-CSP, 2021)

1.6. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

A promoção da qualidade dos cuidados de saúde, implica mudanças e constitui um desafio para todos os profissionais da equipa, cada qual com experiências e saberes diferentes, que partilham e cooperam na prestação de cuidados diferenciados às famílias, aumentando assim os ganhos em saúde.

Uma ferramenta essencial para a avaliação das metas estabelecidas pelos gestores, é a implementação de indicadores de qualidade de enfermagem nos serviços de saúde.

Em abril de 2021, a UCSPA apresentava um Índice de Desempenho Global (IDG) de 32,30. Enquanto no final de 2019 o IDG foi de 56,50.

Quadro 8 - Visão Global do Plano de Ação

2.1 – Acesso				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2020	Score
Acesso IDS 2018:65 IDS 2019: 70,60 IDS 2020:52,80	Distribuição das consultas presenciais no dia 2018-IDS 50 2019-IDS 75 2020-IDS 100	346- Proporção de consultas realizadas no intervalo [8; 11[horas (ou 1º quartil de horário).:	27,54	2
		347- Proporção de consultas realizadas no intervalo [11; 14[horas (ou 2º quartil de horário).:	29,52	2
		348- Proporção de consultas realizadas no intervalo [14; 17[horas (ou 3º quartil de horário).	23,96	2
		349- Proporção de consultas realizadas no intervalo [17; 20] horas (ou 4º quartil de horário).:	18,97	2
	Cobertura ou utilização 2018- IDS:20 2019- IDS: 40 2020- IDS 100	2- Taxa de utilização global de consultas médicas;	66,54	1
		3- Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	6,62	0
		6- Taxa de utilização de consultas médicas -3 anos	83,55	1
		99-Taxa de utilização de consultas enfermagem-3 anos	64,28	0
		330-Índice de utilização anual de consultas médicas	0,67	0
		331- Índice de utilização anual de consultas de enfermagem	0,65	0
	Personalização 2018-IDS 0 2019-IDS 75 2020- IDS 25	1-Propor. Cons. Realizadas pelo médico de família	68,23	0
		5- Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	66,68	1

Quadro 9 - Visão Global do Plano de Ação

2.2 - Gestão da Doença				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score
Gestão da Doença 2018-IDS 2,80 2019-IDS 19,40 2020-IDS 20,20	Diabetes Mellitus 2018-IDS 8,3 2019-IDS 41,70 2020-IDS 27,30	39-Proporção DM / última HbA1c ≤ 8,0%	58,7	1
		261-Proporção utentes DM c/ registo úlcera pé	59,31	0
		274-Proporção utentes DM2 c/ indicação insulina em terapêutica adequada	81,81	1
		275-Proporção novos DM2 em terapia c/ metformina monoterapia	38,02	1
		350-Custo c/ terapêutica do doente c/ DM	452,65	1
		351-Custo c/ terapêutica do doente c/ DM controlado	466,76	1
	Doenças Respiratório 2018-0 2019-IDS 0 2020-IDS 25	049-Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3anos	40	1
	Hipertensão Arterial 2018-IDS 0 2019-IDS 16,70 2020-IDS 8,30	020-Proporção hipertensos < 65 anos, com PA< 15/90	39,59	0
		352-Custo c/ terapêutica do doente c/ HTA	109	0
		353-Custo c/ terapêutica do doente c/ HTA controlada	130,67	0

Quadro 10 – Visão Global do Plano de Ação

2.3 - Gestão da Saúde				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score
Gestão da Saúde 2018-IDS 28,10 2019-IDS 51,00 2020- IDS 49,70	Saúde do Adulto 2018-IDS 50 2019-IDS 50 2020-IDS 10	45-Proporção mulheres [25; 60[anos, c/ rastreio cancro colo útero	33,64	0
		295-Proporção puérperas c/ 5+ cons. vig. enf. gráv. e com RP	61,29	0
		307-Proporção grávidas com ecografia 1.º trim.	75	2
		046-Proporção de utentes [50; 75[anos, c/ rastreio cancro colorctal	36,28	0
		098-Proporção utentes >= 25 Inos. / vacina tétano	84,88	1
	Saúde do Idoso 2018-IDS 0 2019-IDS 33,30 2020-IDS 50	30-Proporção idosos ou doença crónica, c/ vacina Gripe	38,248	0
		297-proporção idosos s/ prescrição prolongada ansiolíticos/sedativos/hipnóticos	80,9	2
	Saúde Infantil e Juvenil 2018-IDS 37,5 2019-IDS 62,50 2020- IDS 100	94-Proporção crianças 7 anos, c/ PNV cumprido, ou em execução	97,29	2
		95-Proporção crianças 14 anos, c/PNV cumprido, ou em execução	96	2

Quadro 11 – Visão Global do Plano de Ação

2.4 – Qualificação da Prescrição				
Subárea	Dimensão	Designação Indicador	Resultado 12/2019	Score
Qualificação da Prescrição 2018-IDS 31,30 2019-IDS 25,00 2020- IDS 32,10	Prescrição Farmaco-terapêutica 2018-IDS 50 2019-IDS 40,00 2020- IDS 21,40	276-Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabéticos orais	38,38	0
		255-Proporção quinolonas entre antibióticos faturados (embalagem)	8,196	0
		257-Proporção cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagem)	13,26	0
		259-Proporção coxibes entre AINES faturados (DDD)	14,49	0
		341-Despesa PVP medicação prescrita comparticipação p/ inscrição padrão	162,2	0
	Prescrição de MCDT's 2018-IDS 0 2019-IDS 0,00 2020- 50	354- Despesa PVP medicação prescrita comparticipação p/ inscrição padrão (preço convencionado)	52,15	0

1.7. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Os utentes da UCSP de Alvaiázere estão organizados por ficheiros, um ficheiro para cada enfermeiro. Cada enfermeiro presta cuidados aos utentes/famílias do seu ficheiro ao longo do ciclo vital, para que exista continuidade de cuidados. A avaliação familiar é realizada de forma inconsciente e quase impercetível para os utentes. Mas as intervenções planeadas são direcionadas para a família. No processo terapêutico o enfermeiro de família é o profissional de referência e constitui a ligação entre a família, os outros profissionais da equipa de saúde e os recursos da comunidade.

Relativamente ao ficheiro de família, neste caso o ficheiro com que mais se trabalhou (I.G.) vai ser caracterizado em termos de dimensão e áreas de patologias mais codificadas nas listas de problemas.

Os utentes do ficheiro dividem-se por grupos etários, como mostra o quadro seguinte.

Quadro 12 - Utentes por Enfermeiro de Família, maio (UCSPA, 2021)

Grupo etário	N.º de utentes inscritos		
	Homem	Mulher	Total
≥ 0 - <7 Anos	30	35	65
>=7 - <65 Anos	471	444	915
>=65 - <74 Anos	115	106	221
≥ 75 Anos	102	181	283
Total	718	766	1484

O médico e o enfermeiro de família, em maio de 2021, tinham 1484 utentes, 769 famílias e com 2205,50 unidades ponderadas. A hipertensão sem complicações, as infeções agudas do aparelho respiratório, as alterações do metabolismo dos lípidos constituem o “top” de problemas mais comuns.

Quadro 13 - TOP de Problemas UF – Médico, maio 2021

ICPC	TOP
A98 MEDICINA PREVENTIVA / DE ACOMPANHAMENTO GERAL	1
K86 HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	2
R74 INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	3
T93 ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	4
L86 SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	5
R05 TOSSE	6
R97 RINITE ALÉRGICA	7
R80 GRIPE	8
S18 LACERAÇÃO/CORTE	9
L86 SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DORES	10
T91 DEFICIÊNCIA VITAMÍNICA/NUTRICIONAL	11
R21 SINAL/QUEIXA DA GARGANTA	12
P74 DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	13
D99 DOENÇA DO SISTEMA DIGESTIVO	14
U71 CISTITE / OUTRA INFECÇÃO URINÁRIA	15
T90 DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTES	16
A03 FEBRE	17
L15 SINROMA/QUEIXA DO JOELHO	18
S11 INFEÇÃO PÓS TRAUMÁTICA DA PELE	19
A04 DEBILIDADE/CANSAÇO GERAL	20

Através dos números sequenciais de processo, contabilizaram-se as famílias, mas existem membros dispersos por outros médicos de família. O programa de saúde familiar tem 163 utentes inscritos, no programa de saúde infantil são 185 inscritos, no programa de saúde materna estão 14 utentes, no programa de rastreio oncológico estão inscritos 399 utentes e no programa de vigilância do doente diabético são 458 doentes inscritos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é, de uma forma geral, a revisão das pesquisas e das discussões de outros autores sobre os temas abordados no trabalho. É a contribuição das teorias anteriores, de outros autores, para a pesquisa. Tem como objetivo permitir um conhecimento e uma compreensão mais aprofundada sobre o tema bem como a sua contextualização (Fortin, 2009).

A fundamentação teórica consiste na análise da literatura existente, tendo por base a questão em estudo, desenvolvendo os conceitos chave da mesma, neste caso, família, saúde familiar, enfermagem de família e modelos de avaliação em enfermagem de família. É a revisão dos documentos teóricos e empíricos pertinentes para um domínio de interesse, permite determinar o nível atual dos conhecimentos relativamente ao problema de investigação em estudo (Fortin, 1999).

2.1. FAMÍLIA

A origem da família está diretamente ligada à história da civilização, uma vez que surgiu como um fenómeno natural, fruto da necessidade do ser humano em estabelecer relações afetivas de forma estável. Etimologicamente, a palavra família tem origem latina e significa servo ou escravo.

Os primeiros teóricos da ciência social da família (Burgess e Locke, 1953), citados por (Hanson, 2005), definiram família como um grupo de pessoas unidas pelo laço do matrimónio, sangue, ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum. Este conceito foi seguido pelos estudiosos da enfermagem de família. Só a partir dos anos 80, é que surgem definições mais abrangentes sobre a família, em que se vai além das ligações de sangue, de casamento e legais.

Um dos primeiros organismos oficiais de enfermagem (Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, 1985), referido por (Hanson, 2005), define família como um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária.

Família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos (Hanson, 2005).

A família pode ser entendida como um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, sendo vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas importantes para o utente, que constituem as partes do grupo (OE, 2010).

A família é assim definida, como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é, que se identificam como fazendo parte daquela família. Esta definição é flexível o suficiente para incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual.

A definição de família segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) remete para a promoção da saúde e redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando são assimiladas crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo de vida. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, particularmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (OMS, 2002).

A família é um todo composta de vários elementos ou membros. Uma mudança em um de seus membros afeta todo o grupo. Porém, a família tem a capacidade para estabelecer um equilíbrio, entre mudanças e estabilidade. Por exemplo, a ocorrência de doença é reconhecida como uma sobrecarga, um estresse e uma mudança para toda a família. No início da doença ocorre uma desorganização familiar, posteriormente, a família consegue reorganizar-se dando prioridade às necessidades do seu familiar doente e volta a conseguir recuperar a estabilidade.

Segundo Figueiredo (2012), o conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos. Reconhecendo a complexidade do sistema familiar, integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras definidoras da família enquanto sistema autopoiético coevolutivo (Figueiredo, 2012).

O princípio da equifinalidade, diz-nos que diferentes famílias a partir de condições iniciais diferentes podem corresponder aos mesmos resultados, ou vice-versa, condições iniciais semelhantes podem corresponder resultados diversos.

A globalidade diz respeito ao facto de que o todo é mais do que a soma das diferentes partes, assim a família é um todo maior e diferente do que a soma dos seus membros. A família faz parte de sistemas mais amplos, é simultaneamente um todo e uma parte, um sistema pode ser também um subsistema e é constituída por subsistemas que são grupos de membros. Os sistemas mais amplos incluem as interações sociais entre o contexto em que a família participa, nomeadamente a família alargada, comunidade religiosa, sociedade, os elementos significativos para a família. Os subsistemas, é o contexto em que os membros da família interagem entre si e desenvolvem os seus papéis familiares de acordo com as suas funções, temos: o conjugal, homem e mulher ou casal do mesmo sexo; parental casal com ou sem filhos; fraternal/filial, formado pelos vários filhos.

O sistema familiar é um todo organizado, entre os subsistemas existem relações lógicas e hierarquias. Um indivíduo adquire diferentes papéis e estatutos ao participar em diferentes sistemas e subsistemas. Estes sistemas e subsistemas possuem limites ou fronteiras, que pretendem delimitar o meio e identificar os membros que pertencem a esse sistema ou subsistema, as suas funções, papéis, estatutos, expectativas e normas, que funcionam como uma linha imaginária que separa características (físicas, emocionais, psicológicas e ou espirituais).

Os limites ou fronteiras podem ser classificados como: nítidos, difusos e rígidos, uma forma de tipificar as famílias. As fronteiras nítidas são aquelas em que a família mantém um funcionamento apropriado, conseguindo determinar claramente as funções e o espaço que cada indivíduo de um subsistema desempenha e ocupa, existindo a comunicação e ajuda mútua entre os subsistemas. Fala-se em fronteiras difusas quando não existem limites entre os subsistemas, pois são frágeis e fechados sobre si mesmo. Fronteiras enfraquecidas fazem com que os membros da família frequentemente tenham reações exageradas e são intrusivos uns com os outros.

As famílias que possuem fronteiras difusas podem ser chamadas de famílias emaranhadas. Essas famílias possuem uma indiferenciação entre os subsistemas, e a distância entre seus membros é quase inexistente. Sendo assim, o problema de um de seus membros ou em um dos subsistemas atinge os outros, tornando-se de toda família. Essa falta de diferenciação entre os

subsistemas, acaba por desencorajar a autonomia e a procura de recursos para resolver e lidar com os problemas. Por fim, encontram-se as famílias desmembradas, que possuem fronteiras excessivamente rígidas entre os subsistemas. As famílias com esse funcionamento apresentam uma comunicação dificultada e a função protetora comprometida. A relação caracteriza-se por um distanciamento emocional e vínculos frágeis entre os membros, prejudicando a formação de sentimentos de lealdade e de pertença. Entre estes dois extremos, surgem as famílias com limites nítidos, onde se distingue e respeita o espaço e as funções de cada um, favorecendo o desenvolvimento dos membros e que possibilita a troca de influências e apoio entre os membros.

No decorrer do ciclo vital da família, existem momentos de maior desmembramento ou emaranhamento e podem coexistir na mesma família diferentes tipos de limites ou fronteiras entre os vários sistemas ou subsistema e a família ser funcional. Por isso, esta definição da família não a caracteriza quanto á sua funcionalidade ou qualidade.

O tipo de família é uma forma de classificação das famílias baseada na sua composição e nos vínculos entre os seus membros. A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012). Os diferentes tipos de família são: a família nuclear, homem e mulher podendo ou não ser legalmente casados, ou casal do mesmo sexo, com ou sem filhos ou filhos adotados; família reconstruída, casal em que pelo menos um deles tenha tido uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento; família monoparental, constituída por um elemento, com uma ou mais crianças; Família institucional, refere-se a conventos, orfanatos, lares de idosos; Coabitação, homens e mulheres que partilham a mesma habitação; Unipessoal, uma pessoa numa habitação; alargada, constituída por três gerações ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos, sem relação de parentesco.

O conceito de família vai continuar a evoluir e a adaptar-se às mudanças da sociedade e dos indivíduos que a constituem, surgirão novos tipos de família e os profissionais de saúde tem de continuar a explorar as suas perceções e definições de família de modo a incluírem no seu trabalho as estruturas alternativas de família que possam vir a surgir.

2.2. SAÚDE FAMILIAR

A OMS define Saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, esta definição pode-se aplicar tanto a indivíduos como a famílias. Anderson e Tomlinson (1992), citado por (Hanson, 2005), afirmam que a análise da saúde familiar deve incluir simultaneamente a saúde e a doença, o indivíduo e o coletivo. A saúde de um dos indivíduos influencia a função da família assim como a função da família, influencia a saúde de cada indivíduo.

A Saúde familiar é um processo dinâmico de ajustamento coevolutivo dos padrões transacionais que num contexto ecossistémico são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes das transições normativas ou acidentais (Hanson, 2005). Aspectos como a mutualidade entre o estado de saúde dos seus membros, o estado de saúde das comunidades, os fatores promotores da adaptação da família como unidade funcional e como elementos que evoluem numa interação recíproca e cumulativa, são determinantes da saúde familiar.

A saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar. Esta abordagem combina os aspetos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual da vida, refere-se tanto a indivíduos, como a toda a unidade familiar. A avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar (Hanson, 2005).

Curran (1983), citado por (Hanson, 2005), enunciou as características das famílias saudáveis, que são: comunica e ouve; fomenta o tempo e a conversa à mesa; aceita o apoio de cada membro da família; ensina o respeito pelos outros; desenvolve um espírito de confiança; gosta de brincar e tem sentido de humor, interage de forma equilibrada entre os membros; partilha tempo livre; demonstra ter sentido de responsabilidade partilhada; ensina a distinguir o certo do errado; conhece rituais e tradições; partilha uma crença religiosa; respeita a privacidade de cada membro; dá valor ao serviço prestado a outros; admite a existência de problemas e procura ajuda. As famílias saudáveis incorporavam a moral e o dever no funcionamento tradicional da família.

2.3. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Na pré-história, a enfermagem de família estava intrinsecamente ligada ao papel da mulher, estas cuidavam da família, das suas casas, dos membros da família doentes e procuravam ervas e remédios para combater a doença (Hanson, 2005).

Com Nightingale, o desenvolvimento da enfermagem da família foi mais evidente. Nightingale acreditava que a higiene doméstica podia erradicar a elevada mortalidade infantil e a morbilidade, com esse objetivo expandiu o ensino em casa. Durante a guerra da Crimeia, Nightingale distribuí-o enfermeiras parteiras e os serviços de saúde ao domicílio. Deu às enfermeiras de cuidados domiciliários e de saúde materno-infantil, a tarefa de continuarem a prática de enfermagem junto de toda a família como uma unidade de serviço.

No final do século XVIII, durante a revolução industrial, as enfermeiras estavam preocupadas com a saúde dos trabalhadores e das suas famílias, foram incluídos nos cursos de enfermagem os conceitos de cuidados materno-infantis e à família.

Nos anos 50, iniciou-se o trabalho interdisciplinar recentemente designado por ciência social da família. Cerca de 19 disciplinas têm estudado a família, e pela investigação têm surgido técnicas de avaliação familiar, estruturas conceptuais, teorias e outros materiais sobre a família. Nos anos 60, o movimento dos enfermeiros começou a apoiar a ideia da família como a principal unidade de cuidados da sua prática (Hanson, 2005).

Durante os anos 80, os enfermeiros de família definiram o âmbito da prática, os conceitos de família e o modo de ensinar tudo isto à próxima geração de enfermeiros. A enfermagem de família já com uma longa tradição e novas definições, encontra-se ainda numa fase inicial. É nesta década que a ciência da família se desenvolve como disciplina e existe um aumento da investigação na área da família.

Também em Portugal, nas últimas décadas os cuidados de saúde primários (CSP) têm sofrido uma reforma organizacional profunda e a enfermagem de família tem-se tornado um foco específico da prática de enfermagem. Em 1971, através da criação dos denominados "centros de saúde de primeira geração" e em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os CSP desenvolveram-se de modo a cobrir a totalidade do território nacional.

Em 2005 foi constituída a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a finalidade de conduzir um projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF). A reforma dos CSP iniciada pela Missão assentou num conjunto de oito estratégias, consagradas no documento linhas de ação prioritária para desenvolvimento dos

cuidados de saúde primários, publicado em janeiro de 2006. Entre estas, temos a reconfiguração e autonomia dos CS e implementação das USF (Unidades de Saúde Familiar).

O decreto-lei 118/2014, de 5 de agosto, determina a atividade do enfermeiro de família, define os seus princípios e faz o seu enquadramento. Uma iniciativa da OE conjuntamente com o ministério da saúde e publicada em Diário da República. Segundo este DL, o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na sua 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, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntários solidários, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Novos desafios se colocam aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012/2016, a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida. A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias permitirá a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades.

A 16 de Junho de 2018, a OE, apresenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, no regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. O enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem dos enfermeiros, 2017).

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Os cuidados

de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem proativos na recuperação e manutenção da sua saúde.

A enfermagem de família enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros. Os estudos sobre família têm progredido para uma matriz sistémica, holística e globalizante, em que a família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio (Figueiredo, 2012).

A enfermagem deve centrar os seus cuidados na família, como um todo, assim como nos seus membros individualmente, potencializando as suas forças, recursos e competências. A família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de dar respostas às necessidades identificadas, visando a promoção do funcionamento efetivo do sistema familiar. As intervenções de enfermagem devem apoiar a família nos processos de mudança, quer por acontecimentos previsíveis, as transições normativas ou de desenvolvimento, quer por acontecimentos imprevisíveis, as transições não normativas ou acidentais.

Na enfermagem de família existem diferentes abordagens para os cuidados de enfermagem. Segundo Hanson (2005) as diferentes abordagens à prática, investigação e educação em enfermagem de família são:

1. A família como o contexto de desenvolvimento individual. Neste caso, a avaliação e os cuidados concentram-se no cliente individual na qual a família é o contexto. Esta é a abordagem tradicional da Enfermagem, o indivíduo é o foco e a família é colocada em segundo plano. A família é o contexto, pode ser um recurso ou um fator de stress para a sua saúde e doença;
2. A família como um cliente. Neste caso o foco é a família e os indivíduos estão em segundo plano. A família é vista como a soma dos seus membros, e os cuidados de saúde são prestados a todos os seus membros. Mas a família como cliente e a família como sistema são visões diferentes;
3. A família como um sistema. O cliente é a família vista como um sistema interativo, em que o todo é mais do que a soma das suas partes. O foco são as interações entre os membros da família e a abordagem concentra-se simultaneamente no indivíduo e na família. O sistema

familiar está dentro de um sistema mais amplo, o sistema comunitário, quando algo acontece numa parte do sistema, todo o sistema é afetado;

4. A família como uma componente da sociedade. A família é uma unidade básica da sociedade e todas fazem parte de um sistema mais vasto. A família como um todo interage com outras instituições para trocar comunicação e serviços.

2.3.1. Fundamentos teóricos e conceptuais da enfermagem de família

A enfermagem de família tem vindo a desenvolver-se e a consolidar-se como uma área disciplinar no contexto geral da enfermagem. O seu desenvolvimento teórico fundamenta-se nas teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem. A enfermagem de família é vista do ponto de vista conceptual como a confluência de teorias e estratégias de enfermagem, terapia da família e ciência social da família (Hanson, 2005).

A integração de várias teorias permite ver as famílias a partir de várias perspetivas que aumentam a probabilidade das intervenções selecionadas se adequarem à estrutura, processos e estilo de funcionamento de determinada família, e que possam ser implementadas por esta.

2.3.1.1. Teorias da ciência social da família

As teorias da ciência social da família foram desenvolvidas a partir de várias disciplinas das ciências sociais, principalmente da sociologia.

O contributo das ciências sociais permite descrever o funcionamento e a dinâmica da família, através de uma abordagem interdisciplinar essencial para a prática da enfermagem da família. No conjunto das teorias da Ciência Social da Família, Hanson (2005) considera como as mais relevantes: a teoria estrutural-funcional; teoria dos sistemas; teoria familiar do desenvolvimento; teoria familiar interativa; teoria familiar do stresse e a teoria da mudança.

Na teoria estrutural-funcional, a família é vista como um sistema social. Os membros da família agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, que são aprendidos principalmente através da socialização (Hanson, 2005). A vantagem desta abordagem é ser abrangente, vê as famílias dentro da comunidade, num contexto mais vasto. Enquanto a desvantagem é ser estática, refere-se a um momento temporal e não como um sistema social em constante mudança.

A teoria dos sistemas é a que tem tido mais influência, de todas as estruturas familiares. Por esta abordagem, o sistema familiar é um todo organizado e os indivíduos na família são interdependentes e interativos. Há hierarquias familiares dentro do sistema familiar e relações lógicas entre os subsistemas, mãe-filho, família-comunidade (Hanson, 2005). As vantagens da estrutura de sistemas gerais é que esta teoria é holística e interativa, cobre um conjunto de fenómenos e de perspetivas sobre a família. As desvantagens é que é difícil de ser aplicada na prática por ser vasta e geral. Também pode não ser tão útil como as teorias orientadas para os indivíduos.

A teoria interativa salienta a importância dos papéis na família, isto significa que cada membro ocupa posições formais ou informais. Espera-se que os membros da família desempenhem os seus papéis de determinada maneira, dependendo das suas perceções das exigências do papel da família como um todo e por os outros indivíduos da família (Hanson, 2005). Os membros da família julgam o seu próprio comportamento através do feedback obtido a partir de outros elementos da família, por isso se chama teoria interativa. Esta abordagem é útil para as famílias porque se centra em processos internos de interação social entre as famílias em vez de nos resultados destas interações. O principal problema é que a família é vista como uma entidade fechada, sem consideração pelo ambiente ou história, cultura, ou estatuto-socioeconómico da família.

Segundo Hanson (2005), com base na teoria do stresse familiar, nasceu o modelo “ABCX”. O “A” é o acontecimento ou o fator de stresse que com as suas dificuldades associadas, provoca mudanças dentro do sistema familiar. “B” refere-se aos pontos fortes ou recursos da família, que lhe permitem lidar com os fatores de stresse. Estes recursos incluem a fé religiosa, os recursos financeiros, o apoio social, a saúde física, a flexibilidade da família, e os mecanismos de coping desta. “C” refere-se ao modo como as famílias avaliam a gravidade dos acontecimentos causadores de stresse, ou o significado subjetivo que a família associa a esses acontecimentos. As mudanças criadas por fatores de stresse podem levar a uma crise, designada por “X”, ou o grau de perturbação do sistema familiar ocasionado pelo acontecimento provocador de stresse. Mais tarde, este modelo foi alargado para incluir a noção de coping como um dos indicadores mais importantes da adaptação familiar. Por último, surge o modelo de resiliência, baseado nos modelos anteriores. Esta teoria é útil para ajudar os enfermeiros a reconhecerem, que a perceção da família acerca de fatores de stresse é frequentemente mais importante, do que a realidade objetiva. A teoria do stresse também realça a importância de se

trabalhar os recursos familiares e pontos fortes da família para aumentar o coping de fatores de stresse.

De acordo com a teoria do desenvolvimento, os seres humanos desempenham tarefas específicas em períodos específicos das suas vidas, e a realização bem resolvida das tarefas de um estágio da vida leva à felicidade e ao sucesso das tarefas, a incapacidade para realizar tarefas conduz à infelicidade, à rejeição e à dificuldade em conseguir realizar tarefas posteriores. Duvall e Miller (1985), citado por Hanson (2005), aplicam o princípio do desenvolvimento individual à família como uma unidade. Duvall identifica tarefas familiares gerais que precisam de ser realizadas em cada estágio do desenvolvimento familiar, começando com o casamento de um casal e terminando com a sua morte. O desenvolvimento implica movimento em direção a um nível mais elevado de funcionamento ou de progressão unidirecional. O desequilíbrio ocorre durante os períodos de transição de um estágio para outro.

O aspeto mais positivo desta teoria é que permite aos enfermeiros de família avaliar o estágio de desenvolvimento de uma família, o grau de consecução das tarefas associadas a esse estágio e os problemas existentes. Isto permite ao enfermeiro antecipar problemas clínicos, identificar pontos fortes da família e os recursos disponíveis para atingir marcos de desenvolvimento e resolver problemas existentes. A principal desvantagem desta teoria é que foi concebida quando a tradicional familiar nuclear era considerada a norma. As famílias hoje variam muito em composição e em papéis, a visão tradicional de que a família se move de modo linear, já não é aplicável. Existem muitos tipos de família e trajetórias que não se encaixam dentro da estrutura tradicional de desenvolvimento. Mas com bom senso comum e tolerância pela diversidade, a estrutura continua a ser útil.

De acordo com a teoria da mudança, segundo Maturama (1978), Maturama e Varela (1992), citado por Hanson (2005), a mudança dentro da estrutura familiar ocorre como uma compensação pelas perturbações e, paradoxalmente, tem o propósito de manter a estabilidade. Os principais objetivos da enfermagem de família são alterar a visão da própria família acerca de um problema e ajudá-la a encontrar respostas comportamentais, cognitivas e afetivas para o mesmo. Mas a mudança não ocorre apenas através da perceção dos problemas, mas das alterações das crenças e comportamentos. O enfermeiro é responsável pela facilitação da mudança nas famílias, por criar um contexto que torne a mudança possível.

Todas estas abordagens são úteis porque proporcionam aos enfermeiros uma estrutura para compreender as famílias, mas, o facto de serem abstratas dificulta a sua aplicação prática na enfermagem de família.

2.3.1.2. Teorias das terapias familiares

Os modelos da terapia social são orientados para a prática, ao contrário das teorias das ciências sociais da família. Mas foram desenvolvidos para trabalhar com famílias problemáticas, mas apesar disso, descrevem a dinâmica e os padrões de família encontrados em certa medida, em todas as famílias (Hanson, 2005).

Existem três modelos proeminentes de terapias familiares, veem todos a família composta por subsistemas interdependentes, e maior do que a soma das suas partes. Estes modelos sublinham a necessidade de ver o grupo familiar como um todo, e salientam que a mudança ocorrida numa parte afeta todas as outras partes do todo.

Na teoria da terapia familiar estrutural, a família é vista como um sistema sociocultural aberto, que é confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro como de fora da família. Os indivíduos dentro do contexto familiar têm de aprender a adaptar-se a estas exigências e ao stress que daí resulta. Os padrões de transição ajudam a família a ser estável ou homeostática. A disponibilidade de padrões de transição alternativos, bem como a capacidade para os mobilizar, de modo a irem ao encontro das exigências externas ou internas de mudança, determina a adaptabilidade da família (Hanson, 2005).

O objetivo da terapia familiar estrutural é facilitar a reestruturação da família. Clarificar as fronteiras e as hierarquias do poder, ajuda a família a compreender a sua estrutura e a reestruturar-se para se tornar mais funcional. A avaliação das famílias é feita através de perguntas e da observação das transações familiares e da interação entre os membros da família sobre uma situação particular. É importante que se avalie e respeite, todo o sistema familiar, subsistemas, limites e alianças, bem como padrões de transição familiar e regras secretas. Esta abordagem é muito diretiva, ativa e até confrontadora do terapeuta familiar ou do enfermeiro de família. Isto pode levar a que alguns profissionais ou famílias não se sintam à vontade.

Na teoria da terapia de sistemas familiares, as famílias são encorajadas a fazer perguntas sobre os seus próprios membros, para conhecerem o passado e como estes interagem. Segundo Hanson (2005), o objetivo é ajudar os familiares a evitar a triangulação (quando a tensão entre

duas pessoas é projetada para outro objeto ou membro da família), a desenvolver relações com membros da família e a terminar com o afastamento emocional. Esta abordagem à família é objetiva e neutra, não culpa ninguém. Este tipo de terapia salienta a importância do conhecimento do passado para se lidar com os problemas no presente, portanto necessita de um compromisso a longo prazo.

Na teoria familiar interativa a família é vista como um sistema de comportamentos interativos ou interligados, ou como processamento de comunicações. Neste caso, o ênfase é o aqui e agora, é o que está a ser processado. Esta abordagem baseia-se na dinâmica de intercâmbio entre os indivíduos, defende que os problemas emocionais, resultam da forma como as pessoas interagem umas com as outras num sistema familiar. Na família funcional a comunicação é clara e as regras também, esta família mantém a sua integridade básica em períodos de stresse e quando é necessário acomoda a mudança. Quando a comunicação disfuncional predomina e as regras de comunicação são ambíguas, ocorre uma interrupção do funcionamento da família, diz-se que as famílias disfuncionais são “presas”. Os objetivos da terapia familiar são compreender as regras e os processos de comunicação que a família usa e ensiná-la a ser mais funcional.

Esta abordagem para os enfermeiros de família é muito útil porque salienta a importância da interação entre os membros da família, a desvantagem é que não tem em conta o modo como a família é afetada pelo ambiente mais vasto.

2.3.1.3. Teorias e modelos de enfermagem

A enfermagem de família é uma componente da disciplina de enfermagem, e a prática da enfermagem de família baseia-se em modelos e teorias de enfermagem. A disciplina de enfermagem diz respeito aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A enfermagem preocupa-se com os princípios e leis que governam o processo da vida, o bem-estar e o bom funcionamento dos seres humanos, doentes ou saudáveis. A enfermagem preocupa-se com a padronização do comportamento humano, em interação com o ambiente, em acontecimentos normais da vida e em situações existenciais críticas. A enfermagem preocupa-se com os processos pelos quais são efetuadas mudanças positivas no estado de saúde (Whall e Fawcett, 1991), referido por (Hanson, 2005).

Segue-se uma breve análise dos modelos e teorias mais aplicáveis à prática da enfermagem de família, como o trabalho de King, Roy, Neuman, Orem, Rogers e Friedemann.

Imogene King, 1981, 1987, concebeu a sua estrutura conceptual de enfermagem, designada por teoria da consecução do objetivo, a partir da teoria de sistemas. Para King, a família era um pequeno grupo de indivíduos todos ligados entre si para socializar os membros, era o veículo de transmissão de valores e normas de comportamento ao longo da vida. Mais tarde, a família surge como um sistema simultaneamente interpessoal e social, a sua teoria centrou-se na integração do sistema pessoal, sistemas interpessoais e sociais (George, 1995 citado por Hanson, 2005). A teoria de King, inclui os conceitos de interação, comunicação, transação, papel, eu, crescimento, desenvolvimento, tempo, perceção e espaço pessoal. King salientou a importância da interação entre enfermeiros e clientes.

Em 1976, Callista Roy desenvolveu o seu modelo de adaptação, no qual o indivíduo é visto como um sistema adaptativo que reage a estímulos ambientais de quatro formas: fisiológica, auto-conceito, função do papel e interdependência. Inicialmente Roy viu a família como o contexto para o desenvolvimento e adaptação individual, mais tarde, Roy e Roberts, descreveram a família como um sistema adaptativo que, tal como o indivíduo recebe informação, tem controlo interno, processos de feedback e produção (Whall e Fawcett, 1991 citado por Hanson, 2005). Esta teoria sublinha a promoção da saúde, e a importância de ajudar os clientes a lidar com o ambiente, elementos importantes na enfermagem de família.

Em 1982, Betty Neuman desenvolve o modelo de sistemas. Define a família como um grupo de duas ou mais pessoas que criam e mantêm uma cultura comum, e cujo objetivo central é a continuidade, (Neuman, 1983 citado por Hanson, 2005). Neuman vê a família como um sistema composto por subsistemas de membros da família, as relações entre indivíduos da família ou subsistemas constituem o cerne do seu modelo. O sistema familiar é ameaçado quando exposto a pressões que afetam a sua estabilidade e bem-estar. O objetivo da família é preservar a integridade da sua estrutura e manter a estabilidade.

Dorothea Orem, na sua teoria do défice do autocuidado, vê a família como a unidade básica do condicionamento, na qual o indivíduo aprende a cultura, os papéis e as responsabilidades. Orem vê a família como o apoio do indivíduo. Em 1996, Gray alarga a teoria para incluir as famílias. O autocuidado das famílias pode ser avaliado na sua relação com a promoção e proteção da saúde. Cada membro é um agente de autocuidado que contribui de forma contínua para a saúde.

O comportamento de autocuidado da família evolui através das experiências sociais e cognitivas aprendidas por meio de relações interpessoais, comunicação e cultura, específicas de cada grupo familiar.

Martha Rogers concebeu a teoria dos seres humanos unitários, em que vê o ser humano como um campo de energia multidimensional unitária, que está empenhado num processo contínuo mútuo com o ambiente. Em 1996, Casey aplica a teoria de Rogers à família da seguinte forma: a unidade familiar é um todo, composta por subsistemas interdependentes, formando juntos uma unidade diferente da soma dos subsistemas familiares. A família é um sistema aberto em constante interação com o ambiente através da troca de matéria e energia. As famílias são influenciadas por informação do ambiente e respondem constantemente a essa informação. A família desloca-se por estádios de desenvolvimento de um modo sequencial e unidirecional. A família tem a capacidade de sentir, saber e entender e de usar estes processos para determinar padrões, fazer escolhas e reconhecer o seu ambiente.

Em 1995, a teoria da estrutura da organização sistémica, de Marie-Louise Friedemann, é construída com base na visão da família como cliente. A família surge como um sistema social que tem como objetivo transmitir cultura aos seus membros. A sua estrutura baseia-se nos seguintes pressupostos:

- A família, incorporada no sistema civil ou social, transmite cultura, isto é, os padrões e valores humanos;
- Família, sistema civil e ambiente partilham a responsabilidade de prover as necessidades físicas e a segurança, ensinar competências sociais aos seus membros, fomentar o crescimento e desenvolvimento pessoais, estabelecer laços emocionais entre membros da família, e promover um objetivo para a vida e para o sentido das coisas através da espiritualidade;
- A família satisfaz as necessidades dos seus membros em controlar o seu ambiente, e ajuda-os a encontrar o seu lugar na rede de sistemas através da espiritualidade;
- Todos os processos familiares incluem comportamentos ou estratégias coletivamente coordenados e aceites que visam regular o espaço, tempo, energia, e matéria para alcançar a estabilidade, o crescimento, o controlo e a espiritualidade da família;

- Os processos familiares compreendem quatro dimensões, a manutenção do sistema, a mudança do sistema, a coerência, e a individualização. Estas dimensões são interdependentes, mas também existem de forma independente, nenhuma dimensão é salientada à custa da outra.

Os elementos centrais da teoria de Friedemann são a estabilidade, o crescimento, o controlo e a espiritualidade familiares. A família oferece segurança aos seus membros, que vão aprendendo valores de grupo, normas e comportamentos aceitáveis. À medida que a família e os seus membros crescem, interage com outros sistemas. Através da comunicação entre os seus membros, o crescimento é facilitado. Ao abrir e fechar os seus limites, de forma seletiva, a família pode servir como um amortecedor entre os seus membros e as exigências da sociedade. O controlo familiar é mantido pela estrutura da família. A espiritualidade familiar liga emocionalmente os membros desta, e encoraja o auto-crescimento dos seus membros individuais (Friedemann, 1995) citado por (Hanson, 2005).

Fundamentados nos referenciais epistemológicos referidos, surgiram vários modelos de avaliação e intervenção familiar. Estes modelos habilitam os Enfermeiros de um corpo de conhecimentos e de competências que lhes permitem compreender os fenómenos relativos às questões de saúde familiar e autonomia no planeamento de cuidados e na tomada de decisão em processos de avaliação e intervenção familiar.

2.3.2. Modelos de avaliação em enfermagem de saúde familiar

O processo de enfermagem permite uma abordagem lógica e sistemática pelos enfermeiros nas famílias como clientes, durante a prestação de cuidados de enfermagem. Esta abordagem compreende cinco etapas: a avaliação inicial ou recolha de dados, a análise ou diagnóstico, o planeamento, a implementação ou intervenção e a avaliação de resultados.

A avaliação inicial ou recolha de dados é o primeiro passo e envolve frequentemente o uso de um guia qualitativo com linhas gerais para a entrevista, em contrapartida a medição envolve frequentemente a administração de escalas e de outros instrumentos que produzem dados quantitativos (Hanson, 2005).

Os modelos e instrumentos de avaliação familiar, funcionam como linhas de orientação que ajudam o enfermeiro a recolher e organizar informação. É importante selecionar cuidadosamente o instrumento de avaliação e que este permita uma conceptualização

organizada e mais realista das famílias. Existem vários modelos e abordagens de avaliação da família que foram desenvolvidos por enfermeiros desta especialidade, cada profissional pode selecionar o modelo que mais se adequar à sua filosofia e prática.

2.3.2.1. O modelo de avaliação e intervenção da família e o inventário das forças de pressão do sistema familiar (IFPSF)

O modelo de avaliação e intervenção da família e o inventário das forças de pressão do sistema familiar, baseia-se no sistema de cuidados de saúde de Betty Neuman. As construções de Neuman foram alargadas por Berkey e Hanson para se centrarem mais na família, do que no indivíduo (Hanson, 2005).

As famílias estão sujeitas a tensões, quando fatores de stress ou problemas surgem no seu sistema de defesa. A reação da família depende do quanto o problema perturba a unidade familiar e de como a família se adapta para manter a sua estabilidade. As linhas de resistência protegem a estrutura básica da família, as suas funções e recursos energéticos. Os padrões das interações familiares e a unidade de pontos fortes constituem o núcleo. Quando os problemas penetram as suas linhas de defesa, causam alterações nas funções habituais da família. Isto obriga a família a adaptar-se e a reconstruir -se para preservar ou restaurar a estabilidade familiar. Este modelo abrange três áreas: a promoção da saúde, atividades saudáveis, identificação do problema, fatores familiares nas linhas de defesa e resistência; a reação da família e instabilidade nas linhas de defesa e resistência; a restauração da estabilidade da família, e do funcionamento desta ao nível da prevenção e intervenção (Hanson, 2005).

Um instrumento de avaliação baseado neste modelo é o inventário das forças de pressão do sistema familiar. Este instrumento centra-se nos indivíduos e famílias, permite identificar os fatores de stresse e os pontos fortes da família. O IFPSF está dividido em três áreas: os fatores de stresse dos sistemas da família em geral; os fatores de stresse da família em específico; e os pontos fortes do sistema familiar. São os membros da família que preenchem o formulário ou a família junta, antes da entrevista com o enfermeiro. A entrevista clarifica fatores gerais ou específicos de stresse existentes e os pontos fortes da família que os seus membros identificam.

Os dados recolhidos são usados no plano de cuidados. Este plano requer a identificação de diagnósticos, a enumeração de objetivos o desenvolvimento de atividades de intervenção primária, secundária e terciária, e por último a avaliação dos resultados.

2.3.2.2. O modelo e formulário de avaliação da família de Friedman

O modelo e formulário de avaliação da família de Friedman foi desenvolvido por Friedman em 1998. Este modelo baseia-se na teoria de desenvolvimento, na teoria estrutural funcional e na teoria dos sistemas. Permite uma abordagem macroscópica das famílias, em que as famílias são subsistemas de uma sociedade mais vasta, é apenas uma das unidades básicas da sociedade. Aborda a família como um sistema social aberto e concentra-se na estrutura, organização da família, nas funções, atividades e objetivos, e nas relações com outros sistemas sociais.

O modelo de avaliação da família de Friedman divide-se em seis categorias de perguntas para entrevistas: dados de identificação, estágio de desenvolvimento e história da família, dados ambientais, estrutura da família (a estrutura dos papéis e do poder, os valores familiares e os padrões de comunicação) as funções da família (função afetiva, de socialização e de cuidar da saúde) o stresse e coping familiar.

O objetivo deste modelo é oferecer linhas de orientação aos enfermeiros de família. As linhas de orientação enumeram categorias de informação, sobre as quais o enfermeiro coloca as questões, para conseguir uma visão geral, descritiva, do que se passa com a família.

2.3.2.3. O modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF)

O modelo de Calgary foi desenvolvido por Wright e Leahey (2000), junta a enfermagem e conceitos de terapia familiar, baseando-se na teoria dos sistemas, na cibernética, na teoria da comunicação, na teoria da mudança, e na biologia do reconhecimento. Baseia-se na interação entre membros da família para conhecer a dinâmica familiar e identificar as suas necessidades. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2002).

Esta avaliação permite aos enfermeiros conhecer as componentes da estrutura familiar: Quem faz parte da família? Que ligação existe entre os seus membros? Qual o contexto da família? A estrutura engloba aspetos externos, internos e contextuais. Os aspetos internos dizem respeito à composição da família, género, orientação sexual, os subsistemas e os limites do sistema familiar, utiliza-se o genograma como instrumento de avaliação. A estrutura externa inclui a família alargada e os sistemas mais amplos, que são avaliados pelo ecomapa. Por último a estrutura de contexto que diz respeito à etnia, raça, classe social, religião e ambiente.

A avaliação de desenvolvimento, inclui a avaliação das etapas da família, tarefas e ligações familiares. Verifica-se o percurso da família e em que etapa se encontra dentro do ciclo de vida familiar. Identificar a etapa da família permite uma intervenção mais objetiva, específica e significativa. As tarefas de desenvolvimento associadas a cada etapa do ciclo vital da família, podem ser usadas como orientação na avaliação de desenvolvimento. Várias tendências modernas como o divórcio, famílias de pais solteiros ou sem filhos, tem vindo a provocar alterações no ciclo de vida da família tradicional. Carter e McGolrick (1988) referido por Hanson (2005) debatem várias “deslocações” no ciclo de vida familiar, que exigem etapas suplementares para re-estabilizar e continuar o desenvolvimento.

Por último, a avaliação do funcionamento da família, inclui aspetos instrumentais e de expressividade. Esta refere-se à forma como os indivíduos se comportam uns com os outros, à sua interação. Os aspetos instrumentais da família são as atividades de vida diária como comer, dormir, cuidados de saúde, entre outras. Os aspetos expressivos do funcionamento da família são a comunicação, os papéis, as crenças, as alianças, tudo o que diz respeito à interação entre os indivíduos.

O modelo de intervenção na família (MCIF), também desenvolvido por Wright e Leahey, surge para complementar o MCAF. Este modelo oferece estratégias concretas, através das quais os enfermeiros podem promover, melhorar e manter o funcionamento eficaz da família dentro dos domínios cognitivos, afetivo e comportamental (Hanson, 2005). É um modelo colaborativo, que valoriza a experiência quer dos membros da família quer dos enfermeiros.

2.3.2.4. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF)

Desenvolvido por Figueiredo (2009), o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar sustenta-se no pensamento sistémico como referencial epistemológico e as fontes teóricas são o MCAIF.

Este modelo, como referencial teórico e operativo, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas às famílias, como alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas práticas no contexto de Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012).

Neste modelo, a avaliação familiar centra-se em três áreas de atenção: a estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico), a de desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e a funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar). A avaliação efetuada em cada área de atenção, estabelece uma orientação, quer para a decisão sobre o diagnóstico, quer para as intervenções, permitindo a avaliação dos resultados face aos objetivos propostos com as famílias.

Em conclusão, todas estas abordagens são únicas e originam uma base de dados diferente, sobre a qual se planeiam intervenções. Podem ser usadas sozinhas ou combinadas. O IFPSF é usado numa avaliação mais específica enquanto os outros modelos são usados para uma avaliação mais geral.

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

Os cuidados de saúde e nomeadamente, os cuidados de enfermagem têm vindo a assumir cada vez mais importância, e é sentida pelos profissionais de saúde uma maior exigência técnica e científica. A diferenciação e a especialização são necessidades cada vez mais sentidas por estes profissionais. A Ordem dos Enfermeiros, em resposta a esta necessidade, com as alterações ao estatuto da OE na Lei n.º. 156/2015, de 16 de setembro, identificou seis grandes áreas de especialidade: Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Reabilitação; Médico-cirúrgica e Comunitária. A especificação de competências de acordo com o contexto e o alvo de intervenção, dividiu a Enfermagem Comunitária em duas áreas distintas, a Saúde Pública e a Saúde Familiar.

O enfermeiro especialista deve deter um conhecimento aprofundado, num domínio específico de Enfermagem, e, atentando nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências especializadas, relativas a um campo de intervenção (OE, 2011).

O perfil de competências, comuns e específicas, visa enquadrar e regular a certificação das competências, assim como comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados, assegurando-se por esta via, que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao enfermeiro especialista reconhece-se competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade em enfermagem. Para além das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade, pressupõem-se que estes partilhem um conjunto de competências comuns. As competências comuns, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluem a responsabilidade de realizar investigação pertinente, que permita melhorar continuamente a prática de enfermagem. Competências estas, que foram

regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diário da República, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

As competências que todo o enfermeiro especialista deve possuir dividem-se em quatro áreas, a responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal compreende as seguintes competências:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, obedecendo às normas legais, aos princípios éticos e à deontologia profissional. O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente;
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

A Enfermagem é uma profissão autorregulada, tem definidos os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício, no Código deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), estes documentos são fundamentais para o exercício e uma boa prática profissional (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde).

De acordo com o REPE, os enfermeiros devem ter uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015). A responsabilidade Profissional, Ética e Legal assume-se como o princípio que norteia o exercício profissional em enfermagem.

Segundo o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de exercer a sua profissão com os adequados conhecimentos científicos e éticos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar os cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015). A defesa da liberdade e da dignidade humana são princípios básicos em todo o exercício profissional, pois são direitos do homem. A Declaração Universal dos Direitos do Homem é o fundamento ético que está na base da deontologia em enfermagem, os valores universais, também presentes na relação profissional, estão diretamente associados aos princípios éticos.

O consentimento informado, esclarecido e livre deve ser sempre respeitado, na relação enfermeiro e cliente/família. Em todas as interações entre estes, seja na consulta de enfermagem, realização de um tratamento específico ou visita domiciliária, o enfermeiro transmite a informação sobre o que vai fazer, o que se pretende ou o objetivo e os riscos inerentes caso existam. Após, confirma se o cliente percebeu o que lhe foi dito e esclarece as eventuais dúvidas. Por último, o enfermeiro confirma que o doente consente e concorda com o que se pretende realizar.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, segundo o regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro o enfermeiro especialista deve:

- Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. O enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade. O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro. O enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade

terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

O enfermeiro especialista detém conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade, é a ele que compete divulgar o que já foi realizado com sucesso, para incorporar esses conhecimentos na prática visando a melhoria contínua. Também participa na definição de metas para a melhoria da qualidade de cuidados ao nível organizacional e de processos de certificação, analisa, faz o planeamento estratégico da qualidade de cuidados e promove a incorporação dos conhecimentos na prestação de cuidados.

A colaboração do enfermeiro especialista, é essencial na realização de atividades em protocolos da qualidade com outras instituições. Também coopera na comunicação dos resultados das atividades institucionais na área da qualidade, aos enfermeiros e gestores.

A avaliação das práticas clínicas através de indicadores e instrumentos adequados, utilizando evidência científica e as normas necessárias, através de auditorias clínicas permite ao enfermeiro especialista identificar oportunidades de melhoria. Após identificar o que pode melhorar, estabelece prioridades e seleciona estratégias de melhoria. Pode elaborar guias orientadores de boa prática ou implementar programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados.

O enfermeiro especialista deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual promotor de segurança e proteção dos profissionais e dos clientes/família.

Os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem pretendem ser a base padronizada da qualidade na prática. De acordo com o regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros, englobam seis enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados, prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Os padrões da qualidade pretendem ser um referencial à luz do qual os enfermeiros se englobam num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, promotor da melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

A estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 foi aprovada pelo despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Aqui, são asseguradas que as funções de governação, coordenação

e ação local, centradas no doente, respeitam as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua missão é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, protegendo os direitos dos clientes do sistema de saúde.

O plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, definido no despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Este visa apoiar os gestores e os clínicos do serviço nacional de saúde na aplicação de métodos, na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. A gestão dos riscos requer a identificação das ações preventivas que existem e a avaliação das medidas tomadas. Após a ocorrência de incidentes requer também a tomada de medidas corretoras. A avaliação contínua das medidas implementadas permite a correção de falhas que contribuíram para a ocorrência de incidentes de segurança. Este plano pretende atingir os seguintes objetivos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência das quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. São as comissões da qualidade e segurança dos hospitais e dos agrupamentos de centros de saúde que enumeram nos planos de ação anuais, atividades que permitam alcançar os objetivos descritos.

A Comissão Europeia e a Organização Mundial de Saúde recomendam a implementação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, com a garantia da confidencialidade do notificador e o anonimato da informação reportada. A notificação de incidentes de segurança permite a identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das organizações e possibilita a aprendizagem com o erro através da partilha de informação. Mas, na realidade verifica-se uma subnotificação de segurança de incidentes de segurança nas instituições de saúde, é necessário melhorar o nível de cultura de notificação.

É da responsabilidade das instituições de saúde, o cumprimento dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma boa gestão dos recursos humanos e materiais. São as instituições que devem garantir a implementação das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, adequando recursos e criando as estruturas para um exercício profissional de qualidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), as instituições de saúde

desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

A formação em serviço permite a atualização científica e conseqüentemente a melhoria da qualidade de cuidados. A formação permite a transmissão de conhecimento, mas a mudança só ocorre com a incorporação deste conhecimento na prática, permitindo a atualização na prestação de cuidados de saúde, atualização essa baseada na evidência científica. A procura da evidência científica para melhorar a prática de cuidados de enfermagem deve ser um processo dinâmico e contínuo para todos os profissionais.

3.1.3. Gestão de cuidados

De acordo com o regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, o domínio da gestão de cuidados compreende as seguintes competências:

- Gerir os cuidados de enfermagem, melhorando a resposta da sua equipa e a articulação entre os vários membros da equipa de saúde. 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;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações vivenciadas no dia a dia, garantindo a qualidade dos cuidados. 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 de cuidados.

O exercício de funções de gestão por enfermeiros, assume significativa importância na articulação entre os profissionais da equipa e na organização do trabalho nas diversas instituições de saúde.

De acordo com o regulamento n.º 76/2018, o enfermeiro gestor agrega valor económico à organização e valor social aos enfermeiros, é o responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente, assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.

A gestão de recursos, humanos e materiais, é essencial para atingir elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Compete às instituições de saúde adequar recursos e criar as estruturas necessárias para o exercício profissional de excelência.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, segundo o regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, o enfermeiro especialista deve:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. 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;
- Basear a sua praxis clínica especializada na evidência científica. 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;

O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os seus recursos e limites, quer pessoais quer profissionais, deve tomar consciência da influência pessoal na relação profissional, gere as suas emoções para conseguir uma resposta mais eficiente, resolve os conflitos, através de técnicas de resolução de conflitos e a sua atuação deve ser eficaz sob pressão. Simultaneamente, identifica as necessidades de formação, coordena os programas de formação contínua em serviço, estimula a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, de todos os elementos da equipa de saúde.

A realização de estudos de investigação permite aos enfermeiros especialistas analisar os resultados de situações específicas da prática clínica, através da interpretação dos mesmos, criando assim a oportunidade de desenvolvimento da aprendizagem, baseando a prática clínica na evidência científica.

A busca pela aprendizagem é inata ao ser humano. Desde o seu nascimento o homem evolui e aprende com outros seres humanos. É através da aprendizagem que nos desenvolvemos como pessoas, e como profissionais. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da

assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo transmitir conhecimentos, nomeadamente através da formação em serviço, individualmente ou em grupo.

3.1.5. Atividades realizadas durante a prática clínica, para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista

Na prática clínica a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi desenvolvida e os direitos humanos foram protegidos e assegurados. O direito dos clientes/família à informação, à confidencialidade, à segurança da informação sobre eles, à privacidade, à escolha, ao respeito pelos seus valores, costumes e crenças espirituais, são elementos de enquadramento jurídico, a ter em conta no exercício profissional.

A equipa da UCSPA, possibilitou a participação com a equipa, na tomada de decisão em juízo baseada no conhecimento e experiência, construíram-se estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente/família, participou-se na tomada de decisão em equipa, relativa ao processo de cuidados e à promoção do exercício profissional de acordo com os princípios deontológicos e éticos. Durante a prática clínica, foi possível efetuar a avaliação de uma família. Após a análise dos dados obtidos, foram identificados em conjunto com a família, os seus problemas de saúde, foram selecionadas as respostas/intervenções mais apropriadas a partir das opções possíveis. Por fim a avaliação das intervenções realizadas, otimizando o processo de enfermagem familiar, na observância da deontologia profissional.

Os registos foram realizados na aplicação informática SClinico, que foi explorada de forma responsável e segura. Os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde, trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação (Silva, 2007). As aplicações informáticas de registo, são meios de trabalho facilitadores do trabalho de enfermagem porque permitem maior confidencialidade e segurança da informação. Também facilitam a consulta da informação já registada porque pode ser acedida por vários profissionais, imediata e simultaneamente, o que melhora a comunicação e possibilita que os cuidados de enfermagem sejam contínuos e personalizados.

Na UCSPA, os enfermeiros têm como principal objetivo, a segurança do cliente/família, baseiam a sua prática em protocolos e normas para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados e um ambiente terapêutico seguro. Foi nesta realidade que se desenvolveu a prática

clínica, baseada nos protocolos, normas e orientações existentes, o que permitiu a uniformização de procedimentos, a redução de ocorrência de erro humano promovendo assim a qualidade de cuidados.

O plano de formação anual é elaborado de acordo com as necessidades de formação sentidas pelos profissionais da equipa. Neste âmbito, foi realizada uma formação/reflexão conjunta sobre enfermagem de família, nomeadamente avaliação familiar, configurações familiares e sistemas de informação.

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram muitas e variadas as oportunidades de aprendizagem, como a realização de registos no programa informático SClínico durante as consultas de enfermagem, consultar os programas de rastreio “SIMA Rastreios” para realizar rastreios do cancro rectal e do cancro do colo do útero, consultar a “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” para os utentes que precisam de reabilitação, descanso do cuidador ou doentes dependentes que necessitam de cuidados da equipa de saúde. Também foi apresentado à equipa de enfermagem o estudo caso “Processo Familiar: avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary”.

As reflexões, as trocas de experiências, as partilhas de conhecimento, foram uma realidade na continuidade dos ensinamentos clínicos, em que se procurou manter um ambiente terapêutico e seguro, promotor da melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem.

Na UCSPA a gestão de recursos humanos e materiais, é da responsabilidade da enfermeira coordenadora, durante o estágio foi possível acompanhá-la no desempenho das suas funções, nomeadamente no que refere à gestão de recursos humanos e materiais, assessoria aos enfermeiros e equipa. Durante o estágio também se tomou conhecimento da gestão na vacinação contra a Covid 19 e se participou nesta atividade, que decorria durante o ensino clínico.

A gestão nas instituições de saúde está intrinsecamente ligada às metas e objetivos, com elaboração de projetos baseados nos indicadores de saúde. A análise dos indicadores de saúde permite aferir o estado de saúde da população, compreender as necessidades de saúde e modificar atitudes, estabelecer prioridades e estratégias de assistência à população. O Plano de ação é a metodologia que permite ao gestor definir atividades, apontar responsáveis e organizar as melhores formas de se atingir as metas e objetivos da UCSP de Alvaiázere.

Durante os vários momentos de estágio, foi possível conhecer de forma clara e objetiva o modo de funcionamento da instituição, a articulação de recursos, a referenciação dos utentes para a RNCCI e também algumas limitações, o que permitiu compreender a importância do planeamento das atividades a desenvolver como a visitação domiciliária, que abrange uma extensa área geográfica.

Também foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, da sua aplicação prática, da partilha de experiências com os enfermeiros da UCSPA, o que permitiu conhecer as mais recentes normas e orientações científicas em que se baseiam os cuidados de enfermagem ao cliente/família. A partilha de experiências e conhecimentos com os vários profissionais da equipa de saúde é sempre enriquecedora e resulta no desenvolvimento de competências profissionais.

Os enfermeiros, e restantes elementos da equipa de saúde, cuidam da pessoa/família, gerindo os recursos da comunidade, e promovem a aprendizagem de hábitos e estilos de vida promotores de saúde. Os programas de saúde em vigor, como a saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso, são programas destinados a fases específicas do ciclo vital e programas específicos para situações de maior vulnerabilidade. Também foram desenvolvidas atividades relacionadas com o plano nacional de vacinação, tratamento de feridas e realização de pensos, entre outros cuidados de enfermagem mais específicos.

O trabalho de equipa multi e interdisciplinar foi outra das competências desenvolvidas. As reflexões conjuntas sobre os cuidados de enfermagem prestados, são sempre muito enriquecedoras, é uma forma de partilha de conhecimento e de adaptação a novas situações que vão surgindo no dia a dia.

O contacto com a comunidade, a articulação de profissionais e a referenciação dos utentes, foram situações vivenciadas que contribuíram para a aquisição de novas competências. Também a realização dos relatórios de estágio, assim como do trabalho de investigação, que visa desenvolver a vertente de investigação, foram uma forma de aplicar e desenvolver conhecimentos científicos. De forma geral, foi possível aplicar e desenvolver o conhecimento na prática clínica especializada, o que permitiu desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista.

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

O regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República, descreve o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar definida pela Ordem dos Enfermeiros. Este integra o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e simultaneamente, comunica aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

As competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, podem se dividir da seguinte forma:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. A família é vista como unidade de cuidados, o objetivo é promover a sua capacitação, com o foco na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e durante as suas transições;
- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. O enfermeiro deve gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

3.2.1. Cuidar da família como unidade, e de cada um dos seus membros

Para desenvolver competências nesta área, o enfermeiro deve realizar as seguintes atividades:

- Estabelecer uma relação com a família para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas. Abordar a família com disponibilidade e criatividade, para conseguir entender as suas necessidades. Orientar a família para a consecução dos seus objetivos, definidos pela mesma. Definir futuros objetivos de saúde, através do diálogo com a família. Reforçar os pontos fortes da família, no âmbito da saúde. O plano de ação deve ser concebido em conjunto com a família, que vise promover, manter e reforçar a saúde da mesma;

- A colheita de dados deve ser pertinente para o estado de saúde da família. Conhecer o histórico familiar e hereditário, identificar a estrutura familiar, sintomas atuais e os fatores de risco ambientais que possam afetar a saúde. A informação deve vir de várias fontes, incluindo as interações observadas, assim como a comunicação verbal e não verbal;
- Utilizar os instrumentos de avaliação familiar. Identificar as crenças e a cultura familiar para perceber o seu impacto na saúde e em situações ou decisões futuras. Avaliar a união familiar. Apoiar todos os membros na sua interação com o meio e agilizar os processos de mudança. Identificar os pontos fortes e fracos, na resposta familiar às transições de vida;
- Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas. Mobilizar conhecimentos para a tomada de decisão, quer de enfermagem quer de outras ciências. Analisar o histórico da família, as relações entre os membros, o estado atual de saúde e os padrões de resposta a situações complexas. Considerar 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. Avaliar o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente;
- O enfermeiro de família desenvolve a sua prática baseada na evidência científica, utilizando um pensamento crítico e sistémico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções de enfermagem de saúde familiar. Analisar como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. Colaborar com a família no desenvolvimento do plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados esperados pela mesma. Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras de saúde. Criar um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis.
- Intervir eficazmente na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas, estimulando o diálogo e a consecução dos seus objetivos. Utilizar estratégias e técnicas motivacionais quando interage com a família. Avaliar as intervenções de enfermagem da família, para as mudanças definidas por esta, nas transições complexas de saúde. Incorporar as respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas,

espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. Integrar a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. Desenvolver com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos nas áreas da saúde familiar. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados em saúde implementados. Promover ambientes saudáveis e seguros para as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde;

- Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa. Encorajar a família a partilhar a sua história. Promover a identificação pela família, das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança. Identificar e analisar na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades. Promover adequadas relações de apoio. Identificar e analisar na dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança. Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família novas estratégias para atingir os seus objetivos. Analisar com a família os recursos necessários para satisfazer as suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. Dar feedback à família, de forma sistemática, focando-se nos seus pontos fortes. Discutir com a família o seu progresso, para alcançar os seus objetivos de saúde. Analisar os desafios que vão surgindo e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando o feedback familiar. Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente;
- Na enfermagem de saúde familiar, é necessário envolver-se de forma intencional e ativa, procurando orientação para melhorar a sua prática. A avaliação contínua da prática do enfermeiro de família, ajuda a melhorar o seu desempenho. A reflexão sobre a interação entre enfermeiro/família e a sua efetividade no progresso familiar e nos resultados, também é importante no processo. A prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. A promoção do desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo;
- Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. Avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados

prestados. Avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. Integrar a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem.

3.2.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Para desenvolver competências nesta área, o enfermeiro deve realizar as seguintes atividades:

- Mobilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, em articulação com as outras equipas de saúde. Promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde. Quando necessário, referenciar a família para outros profissionais de saúde. Contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais, orientando a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos. Gerir a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou institucionais, sempre com a permissão da família. O enfermeiro funciona como mentor, orientador e/ou motivador, dos membros da equipa interdisciplinar para melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem, de saúde familiar.
- Gerir o sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção. Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, na área da saúde familiar. Promover uma cultura organizacional de formação, prática e de investigação interprofissionais. Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis e que melhorem os resultados de saúde familiar. Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, nos diversos níveis de prevenção. Participar no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. Utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

3.2.3. Atividades realizadas durante a prática clínica, para desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar

Para adquirir e desenvolver as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, foi selecionada uma família do ficheiro da enfermeira de família da UCSPA. Através do estudo dessa família, foi

elaborado um plano de cuidados de enfermagem. No plano de cuidados enunciaram-se diagnósticos, foram definidas as intervenções necessárias, propostos objetivos e feita a avaliação dos ganhos em saúde.

No estágio, foi realizada a avaliação familiar, de acordo com o Modelo de Calgary e aplicados instrumentos de avaliação como o Genograma, Ecomapa, Escala de Duvall, Escala de Morse, Escala de Baden, Escala de avaliação Social de Grafar, Escala FACES II adaptada, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, Questionário das Forças Familiares e a Avaliação do Impacto Físico, Emocional e Social do Papel do Cuidador Informal (QASCI).

A etapa de desenvolvimento familiar, foi identificada para ter em atenção as tarefas e vínculos inerentes a este período, assim como os recursos internos e externos. Após a avaliação familiar, foram identificados os diagnósticos, planeadas e aplicadas as intervenções de enfermagem, após o que foi realizada a avaliação dos resultados obtidos. Assim, foi aplicado na prática o processo de enfermagem familiar.

O contato com a família foi realizado através de visita domiciliária, após marcação prévia, pela enfermeira de família. A primeira visita domiciliária foi efetuada na presença da enfermeira que fez a apresentação e explicou á família o objetivo do estágio e das interações futuras. A relação que já existia, era baseada na confiança da família na enfermeira de família e em todos os profissionais da equipa de saúde da UCSPA. Relação esta, facilitadora do desenrolar do processo terapêutico. A família aceitou a minha presença no seu lar, mostrou disponibilidade para as entrevistas e aceitação do projeto.

A relação com a família, permitiu atingir objetivos como a promoção da saúde, prevenção de doenças e controlo de situações complexas, de acordo com o ponto de vista da família. A colheita de dados permitiu conhecer o estado de saúde da família, nomeadamente com a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar anteriormente referidos. Foi possível identificar os seus pontos fortes e fracos, a sua capacidade de união na resposta da família às transições vivenciadas, apoiar todos os membros, na sua interação com o meio ambiente e agilizar o processo de mudança. Também foram monitorizadas as respostas a diferentes condições de saúde e doença, são influenciadas pelas crenças culturais e espirituais, por diversos fatores ambientais, recursos familiares, pelas diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual.

As intervenções na promoção e na recuperação da saúde da família em situações complexas, foram eficazes, através do diálogo, para facilitar a consecução dos seus objetivos. Foi desenvolvida a capacidade de lidar com emoções difíceis, resolver conflitos e reduzir os efeitos negativos na saúde familiar. Em situações de transição complexa, foram identificados os recursos da família, para responder às suas necessidades, sempre em concordância com a própria. O envolvimento intencional e ativo, na prática de enfermagem de saúde familiar permitiu desenvolver o processo de enfermagem familiar e prestar cuidados de enfermagem à família e a cada um dos seus membros, com a orientação da enfermeira de família. A prática clínica foi baseada na evidência científica e permitiu a capacitação da própria família para identificar objetivos promotores de saúde.

Durante o estágio foi possível planear, desenvolver e avaliar os cuidados de enfermagem à família em estudo com a orientação da enfermeira de família e da restante equipa de saúde da UCSPA. Também existiu colaboração interdisciplinar com outras equipas de saúde, como a equipa da UCC de Alvaiázere, mobilizando assim os recursos necessários à família.

A participação no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, na área da saúde familiar, permitiu gerir o sistema de cuidados de saúde da família, sustentado numa visão partilhada da enfermagem de saúde familiar.

Os estágios permitiram conhecer o complexo sistema familiar, reconhecendo as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, com uma organização estrutural específica, visualizando a família como um sistema social que se auto define e com funções específicas internas e externas, no seu desenvolvimento. Identificar a família como um sistema, constituído por subsistemas e fazendo parte de um suprasistema mais amplo. Reconhecer as múltiplas formas de organização familiar e as diversas configurações familiares.

Também permitiram reconhecer os diferentes níveis de saúde individual e familiar, e a sua relação. Considerar a família como uma unidade em transformação, que sofre transições normativas nos seus processos de desenvolvimento durante o ciclo vital. Identificar processos de evolução transacional associados a cada família. Entender que o ciclo vital é o percurso transversal previsível e comum a todas as famílias, com eventos associados a entradas e saídas de elementos. Identificar os fatores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença durante o seu percurso de desenvolvimento.

O processo de cuidados de enfermagem foi desenvolvido com a família, reconhecendo a competência desta para tomar decisões e respeitar a sua abordagem sobre a saúde/doença. Foram identificadas as forças da família e de cada um dos seus membros, durante a abordagem familiar. Os modelos conceptuais de enfermagem de família foram guias orientadores na colheita de dados assim como no planeamento das intervenções de enfermagem.

A avaliação deve ser realizada nas várias dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionamento. A avaliação do funcionamento da unidade familiar e a avaliação individual de cada um dos seus membros, deve ter em conta a perceção da própria família e dos seus membros. A harmonização das forças que favorecem a mudança e os mecanismos que estabilizam o sistema, devem encontrar-se em equilíbrio dinâmico. Compreender a influência dos valores e crenças da família, nos processos de transição. Identificar o estágio do ciclo vital em que a família se encontra e as respetivas tarefas. Conhecer os recursos da família, que permitam ultrapassar as crises relacionadas com os processos de transição. Reconhecer as preocupações da família relacionadas com a saúde/doença, os seus pontos fortes e limitações. Os vários instrumentos de avaliação familiar permitem a sistematização da avaliação, para uma avaliação ecológica e dinâmica, também permitem que a análise dos dados objetivos e subjetivos seja mais eficaz.

Quando o funcionamento de uma família se altera ou o estado de saúde de um dos seus membros é necessário identificar as necessidades da família, de acordo com a perceção da própria família. Tendo por base, os dados colhidos da família como um todo, de cada um dos seus membros e dos seus subsistemas. Em situações muito complexas, as respostas devem se adequar aos processos globais do desenvolvimento familiar. Se as tarefas fundamentais ao desenvolvimento familiar estiverem comprometidas, devem ser mobilizados conhecimentos aprofundados sobre casos da família e utilizados modelos apropriados para planeamento de cuidados familiares.

As intervenções devem ser realizadas para promover mudanças no funcionamento familiar, de forma a resolver ou minimizar os problemas identificados pela própria família, tendo em conta a perceção da família sobre a saúde familiar.

A colaboração da família e dos seus membros, em todo o plano de cuidados de enfermagem, é fundamental, assim como o seu compromisso com os objetivos definidos. A família e os seus membros, devem enfrentar as alterações relativas à sua saúde e abordar com o enfermeiro

situações de stresse, para explorar a resolução para os problemas identificados, usando os seus recursos internos e externos.

A validação com a família das intervenções estabelecidas para resolver os problemas identificados é essencial. A capacidade funcional da família deve ser fortalecida e mobilizados todos os recursos para maximizar o seu potencial de saúde.

Na prestação de cuidados de enfermagem à família, as decisões tomadas são sempre com base na evidência científica, respeitando a forma de pensar da respetiva família. As intervenções de enfermagem, integram respostas cognitivas e afetivas, que resultam da interação entre o enfermeiro e a família, promovendo a autonomia da família nos cuidados de saúde necessários.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática de enfermagem baseada na evidência é um processo em que os enfermeiros utilizam a melhor evidência científica para tomar decisões clínicas, recorrendo às preferências do cliente e à sua experiência clínica, dentro dos recursos disponíveis. A importância da prática baseada na evidência, justifica o desenvolvimento da investigação, destinada a identificar com maior precisão práticas profissionais mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a prática de Enfermagem baseada na evidência é a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (OE, 2006). A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos (Fortin, 2009).

A investigação em enfermagem de família deu à disciplina o conhecimento da ciência da família acerca das interações entre as famílias, a saúde e a doença ao longo da vida, incluindo a promoção da saúde familiar, o tratamento da doença aguda pela família, e a prestação de cuidados pela família (Hanson, 2005).

4.1. INTRODUÇÃO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A recente reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, dá ênfase às USF, Unidades de Saúde familiar, e às equipas multiprofissionais de saúde, o que levou à reconfiguração dos centros de saúde. Segundo Silva et al. (2013), foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família, como elemento facilitador para desenvolver o modelo de trabalho em equipa, foi necessário clarificar o papel profissional aos utentes e a outros parceiros profissionais, devendo aproveitar-se a proximidade das famílias no acesso aos cuidados para evidenciar a oferta de cuidados terapêuticos, de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisão e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida.

A importância da família nos cuidados é realçada nas políticas nacionais de organização dos CSP, e também nos Planos Nacionais de Saúde, 2004-2010 e 2012-2016, onde a abordagem é centrada na família, no ciclo de vida, a perceção dos cuidados de saúde é mais integrada. O Plano nacional de Saúde, revisto e expandido até 2020, refere que as atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motores de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social.

A ordem dos enfermeiros refere como ações prioritárias para a sustentabilidade da reforma dos Cuidados de Saúde Primários:

- Incremento, para os enfermeiros, de percursos de desenvolvimento profissional conducentes à aquisição de competências especializadas nas áreas de especialidade reconhecidas pela OE e em Enfermagem de Saúde Familiar;
- Implementação da Enfermagem de Saúde Familiar nas USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), decorrente da assinatura pelo Estado Português da Declaração de Munique (2000) e dos princípios subjacentes a toda a reforma para a organização dos cuidados de Enfermagem nos CSP.

As diretrizes dos CSP, relativas à organização de serviços e orientação de cuidados, enfatizam a importância da prática clínica centrada na família e na relação colaborativa entre profissionais e famílias. Segundo Hanson (2005), a prestação de cuidados de enfermagem à família é entendida como o processo de provar as necessidades da família que estejam no âmbito da prática de enfermagem.

O foco dos cuidados de enfermagem é a família. Nesta visão, em que a família é vista como cliente, é centrada na forma como a família reage, como um todo, quando um dos membros tem um problema de saúde. A família é abordada como um sistema, o núcleo é a família como cliente, um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes. Uma abordagem centrada nos membros de forma individual e na família como um todo.

A abordagem sistémica das famílias implica a existência e desenvolvimento de acontecimentos que influenciam o membro da família e os restantes elementos da estrutura familiar. A inclusão das famílias no processo do cuidar, tem demonstrado ganhos em saúde para os seus membros. Esta relação entre o enfermeiro e cliente/família é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros. As atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar.

As atitudes dos enfermeiros em relação à saúde familiar, têm sido amplamente estudadas. A atitude pode ser definida como a manifestação de um estado de espírito ou como uma tendência a agir de uma determinada forma. As atitudes orientam a forma de sentir, pensar e agir, são importantes elementos da vida. Na prestação de cuidados à família é fundamental que as atitudes dos enfermeiros sejam assertivas e fundamentadas. As atitudes podem ser avaliadas através da observação direta do comportamento e das respostas fisiológicas das pessoas. Mas o mais frequente é utilizar uma escala de atitudes, através de um inquérito realizado às pessoas.

A escala Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), permite perceber quais são as atitudes dos enfermeiros quanto ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, numa escala de concordância de Likert. A escala de atitudes integra as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, validada para a população portuguesa por Oliveira et al (2011), é um instrumento que permite a avaliação das atitudes dos enfermeiros em relação à família. Esta escala faz parte do instrumento de recolha de dados usado neste trabalho de investigação.

Os cuidados centrados na família constituem uma nova conceção do cuidar. Mas por vezes a prática não é congruente com a teoria, as atitudes e comportamento dos enfermeiros pode dificultar o envolvimento da família na prestação de cuidados. Podem existir restrições à presença da família durante a realização de cuidados de enfermagem e à presença desta em determinados serviços como o serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos.

A investigação permite identificar as áreas que podem ser melhoradas, para que exista uma mudança efetiva de atitudes dos enfermeiros para com a família, durante a prestação de cuidados. É neste âmbito que surge este trabalho de investigação.

4.2. METODOLOGIA

A fase metodológica do presente trabalho de investigação “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” engloba a contextualização do estudo, o tipo de estudo, os objetivos, a questão de investigação, as hipóteses, a população e a amostra, o instrumento, o procedimento de recolha de dados e o tratamento estatístico dos resultados obtidos.

Nesta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (...), decisões metodológicas são

importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 1996).

A enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas pode ser assegurado pela investigação (OE, 2006). A identificação de saberes específicos e a evolução para a prática baseada na evidência é a forma de evolução na construção da disciplina de enfermagem.

4.2.1. Tipo de estudo

A metodologia usada, tendo em conta a natureza do tema, é um estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal, analítico e correlacional. Este tipo de abordagem tem por base a observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, que procura medir os fenómenos, lidando fundamentalmente com conceitos e variáveis (Silva, 2017). O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 1999).

O estudo é analítico e correlacional pois procede-se à análise dos dados e estabelecem-se relações entre as variáveis. É transversal porque realiza-se num único momento, num período de tempo e descritivo porque se descreve os acontecimentos referentes a uma população para conhecer as particularidades relativas a um problema.

4.2.2. Objetivos do estudo

Os objetivos do estudo indicam o porquê da investigação, são enunciados declarativos que precisam a orientação do estudo segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, especificam as variáveis-chave, a população alvo e o contexto em estudo (Fortin, 1999). Face ao exposto para este trabalho de investigação “Importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros”, foram enunciados os seguintes objetivos:

- Conhecer a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem;
- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família durante os cuidados de enfermagem;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais com as atitudes dos enfermeiros durante a prestação de cuidados de enfermagem.

4.2.3. Questão de investigação

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 1999). Neste estudo foi definida a seguinte questão de investigação:

“Quais as atitudes dos enfermeiros, em CSP e em formação, em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem?”

4.2.4. Caracterização da população e amostra

O investigador caracteriza a população estabelecendo critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho. A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999).

A população alvo deste estudo de investigação é constituída pelos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os enfermeiros que frequentam o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Comunitária na área de saúde Familiar, na ESSLei.

Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo (Fortin, 1999). A amostra é uma parte da população e que a representa. A amostra foi selecionada através do método não probabilístico acidental ou de conveniência e é constituída por elementos que correspondem a critérios precisos de inclusão e que são acessíveis.

Os critérios de inclusão são: enfermeiros a exercer funções na UCSPA, a trabalhar diretamente com os utentes e famílias, ou a frequentar o 3º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde familiar e os enfermeiros que se disponibilizaram a participar no estudo, que deram o seu consentimento informado e assinado.

O critério de exclusão foi: todos os enfermeiros que não se enquadram nos critérios de inclusão.

4.2.5. Hipóteses

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis (Fortin, 1999). As hipóteses combinam o problema e o objetivo numa previsão dos resultados esperados da investigação.

As hipóteses que foram enunciadas para este trabalho de investigação foram:

H1 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a frequentar o MSF na ESSLEI.

H2 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família de acordo com o género.

H3 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

H4 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas.

H5 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

H6 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.

H7 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional na unidade onde trabalha.

H8 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e se possuem um curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

H9 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.

H10 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

4.2.6. Operacionalização das variáveis

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação, uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças (Fortin, 1999).

As definições operacionais atribuem um significado a um conceito ou a uma variável precisando também as atividades ou as operações necessárias à sua medida (Fortin, 1999). Operacionalizar variáveis significa definir os conceitos de forma que possam ser observados e medidos (Fortin, 2009).

Neste estudo de investigação, as variáveis que existem são as dependentes e as independentes, de seguida procede-se à sua operacionalização.

4.2.6.1. Variáveis independentes

A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente, A variável independente ou explicativa é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental (Fortin, 1999).

Dentro das variáveis sociodemográficas e profissionais que caracterizam a amostra do estudo, caracterizamos as seguintes:

- O género, dividido em duas classes, masculino e feminino;
- A idade, uma pergunta aberta, em que os profissionais referem a sua idade;
- O título profissional, dividido em duas classes, em que os profissionais selecionam a sua situação profissional;
- As habilitações académicas, divididas em quatro classes, uma pergunta fechada em que os profissionais referem a sua habilitação académica;
- A experiência profissional, pergunta aberta em que se avalia os anos de trabalho, os dados obtidos foram agrupados em classes de dez anos para a análise descritiva;
- A unidade onde exerce funções, uma pergunta aberta em que os profissionais escrevem a resposta;
- O tempo de exercício no serviço, pergunta fechada e dividida em grupos de três anos de trabalho no serviço;
- A formação em enfermagem na área da família, pergunta aberta dividida em duas classes sim e não;
- O possuir curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização, dividida em duas classes, sim e não, seguida de pergunta aberta para definirem qual o curso.
- A experiência anterior com familiares gravemente doentes, esta experiência é uma variável do estudo, para identificar de que forma estas vivências pessoais dos profissionais podem afetar a sua atitude para com as famílias. Pergunta fechada e dividida em duas classes, sim ou não.

4.2.6.2. Variáveis dependentes

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

Neste trabalho de investigação, a variável dependente é a (s) atitude (s) do enfermeiro em relação à família. A operacionalização desta foi realizada com o preenchimento da escala “A importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) versão portuguesa (Oliveira, et al., 2011). Esta escala é do tipo Likert, resultado da adaptação da escala desenvolvida na Suécia “Families Importance in Nursing Care – Nurces Attitudes” (FINC-NA) desenvolvida por Benzein et al., (2008).

4.2.7. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados é a colheita sistemática de informações junto de participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos (Fortin, 1999). Os instrumentos de medida podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, etc.

O instrumento de medida escolhido foi um questionário, que se encontra no anexo I. A colheita de dados foi efetuada através do autopreenchimento do mesmo, pelos enfermeiros que constituem a amostra.

Inicialmente pretende-se caracterizar a amostra em relação às características profissionais e pessoais. Depois segue-se uma escala cujo objetivo é avaliar as atitudes dos enfermeiros: “A importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” (IFCE – AE) versão portuguesa (Oliveira, et al, 2011).

A escala é uma adaptação da Families Importance in Nursing Care (FINC- NA), desenvolvida em 2008 na Suécia, por um grupo de investigadores e enfermeiros, como Eva Benzein; Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman. Oliveira et al. (2011) foi o responsável pela tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa. A versão portuguesa, usado no questionário, designa-se por “IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”.

A escala IFCE-AE, é de autopreenchimento, composta por 26 itens, utiliza a estrutura Likert, contempla três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens), o score varia entre 12 a 48; família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens), o score varia entre 10 e 40; família como um fardo (4 itens), o score varia entre 4 a 16. A sua análise é realizada através de uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert, com quatro opções de resposta: discordo completamente, opção 1; discordo, opção 2; concordo, opção 3; concordo completamente, opção 4. O peso do score de cada item é igual, cada resposta vale de 1 a 4 pontos. Com 26 itens no total o seu score total varia entre 26 e 104 pontos.

Constituição da escala IFCU-AE:

Na primeira dimensão, família como parceiro dialogante e recurso de coping, temos os seguintes itens:

- 4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente;
- 6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente;
- 9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro;
- 12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente;
- 14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados;
- 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente;
- 16. Pergunto às famílias como as posso apoiar;
- 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações;
- 18. Considero os membros da família como parceiros;
- 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente;
- 24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados;
- 25. Vejo-me como um recurso para as famílias para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.

Na segunda dimensão, família como recurso nos cuidados de enfermagem, temos os itens seguintes:

- 1. É importante saber quem são os membros da família do utente;
- 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho;
- 5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o);
- 7. A presença de membros da família dá-me sentimentos de segurança;
- 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho;
- 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente;
- 13. A presença dos membros da família é importante para os mesmos;
- 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil;

- 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho;
- 22. É importante dedicar tempo às famílias.

Na terceira dimensão, família como fardo, temos os itens seguintes:

- 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 stresse.

4.2.7.1. Consistência interna da escala IFCE-AE

A escolha de um instrumento de medida apoia-se frequentemente na sua avaliação psicométrica, de fidelidade e validade, são os principais critérios para verificar a qualidade do instrumento. A fidelidade é o grau de coerência do instrumento, com medições semelhantes devem se obter resultados semelhantes. Segundo Fortin (1999), a fidelidade é a propriedade dos instrumentos de medida segundo a qual se obterá os mesmos resultados se se toma uma mesma medida duas ou mais vezes nas mesmas condições, junto dos mesmos sujeitos. A validade pretende assegurar que os itens de um instrumento representam e abrangem o que está a ser avaliado, permitindo interpretar o score corretamente. A validade é a qualidade de um instrumento que mede realmente o que pretende medir (Fortin, 1999).

O coeficiente alfa de Cronbach serve para confirmar a confiabilidade de um questionário aplicado num estudo de investigação, surgiu em 1951, apresentado por Lee J. Cronbach. Este mede a correlação entre as respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos participantes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. É calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição, podendo variar de 0 a 1.

Para verificar a consistência interna do instrumento de recolha de dados neste estudo, foi calculado o alfa de Cronbach para cada uma das três dimensões e para a escala total. A avaliação de fidelidade da escala variou entre 0,27 e 0,75 nas três dimensões e um $\alpha = 0,62$.

4.2.8. Colheita de dados e considerações éticas

A colheita de dados é o processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 1999).

A colheita de dados foi realizada com os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional na UCSPA e com os enfermeiros a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

A Ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. A ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 1999). A investigação pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Existem cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos que foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Tendo em conta as considerações éticas, nesta investigação científica foi solicitado à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o parecer, que foi aprovado com o parecer nº 561/2-2019 em 12.03.2019 (Anexo III).

Também se realizou a 27.02.2020, um pedido de autorização para a aplicação do questionário, ao Sr. Diretor, Dr. Rui Fonseca Pinto, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. A autorização foi concebida a 01.03.2021 e o link foi enviado para os e-mails institucionais dos alunos do 3ª Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Saúde Familiar (Anexo IV).

Neste trabalho de investigação a confidencialidade e anonimato das pessoas, foi respeitado. Os questionários continham informação sobre o estudo e o consentimento informado. As pessoas foram informadas que as suas respostas são para fins académicos, que a sua participação é voluntária e sem qualquer obrigatoriedade. Esta informação foi transmitida e validada, durante a colheita de dados, aos Enfermeiros inquiridos (Anexo II).

4.2.9. Análise de dados

Para a análise dos dados foi útil a estatística descritiva e inferencial. Segundo Fortin (1999), estatística descritiva é o valor numérico ou observação que descreve um conjunto de dados numéricos (média, desvio padrão, coeficiente de correlação). A estatística inferencial é o valor numérico ou operação que permite a generalização de resultados obtidos junto de uma amostra à população da qual provém a amostra (Fortin, 1999). Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 26 para o Windows e Word Microsoft.

A estatística descritiva foi usada na análise dos dados quantitativos: calculou-se frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central como médias e medidas de dispersão ou variabilidade como o desvio padrão.

A estatística inferencial foi usada para verificar como as variáveis influenciam a atitude da amostra: o teste de Shapiro-Wilk como teste de normalidade de distribuição da amostra, o teste de Levene para calcular a homogeneidade das variâncias populacionais, a correlação de r Pearson para verificar as correlações entre as dimensões da variável dependente, a variância One-Way e o teste t-student para perceber as diferenças entre as médias e entre as variáveis.

4.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são informações provenientes da análise de dados obtidos a partir de questões de investigação ou de hipóteses (Fortin, 1999).

Os resultados serão apresentados recorrendo a indicadores estatísticos, em tabelas e com uma descrição narrativa para criar uma ligação lógica com as hipóteses em estudo e a questão de investigação.

4.3.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra engloba as suas variáveis sociodemográficas e profissionais. Estas variáveis são: a instituição a que pertencem, o género, o grupo etário, as habilitações académicas, a experiência profissional, a unidade onde trabalham, o tempo de serviço na unidade onde trabalha, se possuem algum curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura, se tem formação em Enfermagem de Família e se tem experiência anterior com familiares gravemente doentes.

4.3.1.1. Segundo a instituição a que pertencem os enfermeiros: da UCSPA e do MSF

Na tabela seguinte verifica-se que 5 (27,8%) são enfermeiros que trabalham na UCSPA e 13 (72,2%) são enfermeiros que frequentam o 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Tabela 1 - Enfermeiros da UCSPA e enfermeiros do MSF

	Nr.º	%
<i>Enfermeiros da UCSPA</i>	5	27,8%
<i>Enfermeiros do MSF</i>	13	72,2%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.2. Em relação ao género

De acordo com a tabela seguinte verifica-se que a maioria da amostra pertence ao género feminino 17 (94,4%) e 1 (5,6%) do género masculino.

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o género

	Nr.º	%
<i>Género feminino</i>	17	94,4%
<i>Género masculino</i>	1	5,6%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.3. Segundo o grupo etário

A idade dos enfermeiros varia entre os 24 e os 59 anos, a média de idades é de 42 anos e o desvio padrão de 10,118.

Tabela 3 - Caracterização da amostra de acordo com a idade

<i>Idade</i>	<i>Nr.º</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	18	24	59	42	10,118	100

4.3.1.4. Em relação às habilitações académicas

Relativamente às habilitações académicas, como podemos verificar na tabela seguinte, temos na amostra 17 (94,4%) enfermeiros que possuem a Licenciatura e 1 (5,6%) enfermeiro especialista.

Tabela 4 – Caracterização da amostra de acordo com as habilitações académicas

	Nr.º	%
<i>Licenciatura</i>	17	94,4%
<i>Especialidade</i>	1	5,6%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.5. Anos de experiência profissional da amostra

A caracterização da amostra em relação aos anos de experiência profissional varia entre os 3 e os 35 anos de trabalho, a média de anos de serviço é de 19 anos. O desvio padrão de 9,65 anos.

Tabela 5- Caracterização da amostra de acordo segundo a experiência profissional

	Nr.º	%
<i>< 9 anos</i>	3	16,7%
<i>10-19 anos</i>	7	38,9%
<i>20- 29 anos</i>	6	33,3%
<i>> 30 anos</i>	2	11,1%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.6. Unidades onde os enfermeiros exercem funções

Relativamente às unidades onde os enfermeiros da amostra trabalham, temos maioritariamente a UCSP com 10 (55,6%), segue-se o hospital com 5 (27,8%), a USF com 2 (11,1%) e a ERPI com 1 (5,5%).

Tabela 6- Distribuição dos enfermeiros pelas unidades onde trabalham

	Nr.º	%
<i>UCSP</i>	10	55,6%
<i>Hospital</i>	5	27,8%
<i>USF</i>	2	11,1%
<i>ERPI</i>	1	5,5%
<i>Total</i>	18	100

4.3.1.7. Experiência profissional na unidade onde trabalha

Em relação aos anos de trabalho na sua unidade, temos 2 (11,1%) enfermeiros com menos de 3 anos de trabalho, 4 (22,2%) entre 4 - 6 anos de trabalho, 4 (22,2%) situam-se entre os 7 - 9 anos

e por fim, 8 (44,5%) com mais de 10 anos de experiência profissional na unidade onde ainda se encontram.

Tabela 7- Caracterização em relação com a experiência profissional na unidade

	Nr.º	%
< 3 anos	2	11,1%
4 – 6 anos	4	22,2%
7- 9 anos	4	22,2%
>10 anos	8	44,5%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.8. Enfermeiros com Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura

Na amostra existem 2 (11,1%) enfermeiros que possuem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura. Formação em Enfermagem Comunitária, 1 enfermeiro, e formação em Trauma, Emergência e Apoio Humanitário, também 1 enfermeiro, foram os cursos identificados na amostra.

Tabela 8 - Distribuição da amostra sem ou com Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura

	Nr.º	%
<i>Com Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura</i>	2	11,1%
<i>Sem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura</i>	16	88,9%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.9. Caracterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Família

Como se observa na tabela seguinte a maioria dos enfermeiros, 10 (55,6%) possuem formação em Enfermagem de Família e 8 (44,4%) enfermeiros não possuem.

Tabela 9- Distribuição da amostra se possuem ou não formação em Enfermagem de Família

	Nr.º	%
<i>Formação em Enfermagem de Família</i>	10	55,6%
<i>Sem formação em Enfermagem de Família</i>	8	44,4%
<i>Total</i>	18	100%

4.3.1.10. Experiência anterior com familiares gravemente doentes

Na amostra existem 14 (77,8%) enfermeiros com experiência com familiares gravemente doentes e 4 (22,2%) sem experiência.

Tabela 10 – Experiência da amostra com familiares gravemente doentes

	Nr.º	%
<i>Experiência com familiares gravemente doentes</i>	14	77,8%
<i>Sem experiência com familiares gravemente doentes</i>	4	22,2%
	18	100%

4.3.2. Atitudes dos enfermeiros em relação á importância das famílias nos cuidados de Enfermagem

Aplicada a estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE, apresenta-se os dados obtidos na tabela seguinte. Pode -se verificar que a média total é de 86,17, num score de 104, o que representa que os enfermeiros têm atitudes positivas em relação á importância da família nos cuidados de enfermagem.

Tabela 11 - Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE e da escala global

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	37	47	41,83	3,312
<i>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</i>	32	40	35,28	1,994
<i>Família como fardo</i>	4	15	9,06	2,711
<i>Escala Global</i>	73	102	86,17	8,017

Através do Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$) nas três dimensões, verificou-se que apresentam distribuição normal. Para verificar as variâncias homogêneas, usou-se o Teste de Homogeneidade de Levene ($p > 0,05$), pelo que as variâncias são homogêneas para todas as hipóteses.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos do teste correlação de Pearson e as dimensões da escala IFCE – AE, verifica-se uma correlação positiva alta em que se verificam atitudes positivas para com a família, nas dimensões família como recurso nos cuidados de

enfermagem e família como parceiro dialogante e recurso de coping. Na dimensão família como um fardo, existe uma correlação negativa com as outras duas dimensões.

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre as dimensões da escala IFCE – AE

	Família como parceiro dialogante e recurso de coping	Família como recurso nos cuidados de enfermagem	Família como fardo
<i>Correlação de Pearson</i>	r p	r p	r p
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	1	0,702 0,01	-0,202 0,422
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	0,702 0,001	1	-0,34 0,167
<i>Família como fardo</i>	-0,202 0,422	-0,34 0,167	1

H 1 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a frequentar o MSF na ESSLEI.

Aplicou-se o teste paramétrico T-Student às três dimensões, Família como parceiro dialogante e recurso de coping (p=0,976), Família como recurso nos cuidados de enfermagem (p=0,387) e Família como um fardo (p=0,332). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros destas duas instituições nas três dimensões da escala.

Em conclusão, não existe associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e nos que estão a frequentar o MSF na ESSLEI.

Tabela 13- Associação entre a atitude do enfermeiro face à família nos enfermeiros que trabalham na UCSPA e os que estão a frequentar o MSF na ESSLEI.

		Nr.º	Media	Teste t
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	MSF	13	41,85	p=0,973
	UCSPA	5	41,8	t=-0,34
	MSF	13	35,54	P=0,387

<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i> <i>Família como um fardo</i>	UCSPA	5	34,5	t=-0,889
	MSF	13	8,69	p=0,332
	UCSPA	5	10	t=-0,912

H 2 – Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família de acordo com o género.

Após a aplicação do teste T- student, conclui-se que não existe diferença entre a variável género e as três dimensões da escala de atitudes, ou seja, as atitudes não variam em função do género ($p > 0,05$).

Tabela 14 - Diferença entre a atitude do enfermeiro face à família de acordo com o género.

		Nr.º	Média	Teste t-student
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Masculino	1	47	p = 0,110
	Feminino	17	41,53	
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Masculino	1	37	p=0,390
	Feminino	17	35,18	
<i>Família como um fardo</i>	Masculino	1	8	p=0,701
	Feminino	17	9,12	
<i>Escala global</i>	Masculino	1	92	p = 0,18
	Feminino	17	85,83	

H 3 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

Como podemos observar na tabela seguinte entre a idade e a dimensão família como um fardo existe uma relação negativa. Nas restantes dimensões não existe evidência estatística de estarem relacionadas com a idade ($p > 0,05$).

Tabela 15 - Relação entre a atitude do enfermeiro face à família e à idade.

	Correlação de Pearson	Idade
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	r	-0,117
	p	0,643

<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	r	0,271
	p	0,277
<i>Família como um fardo</i>	r	0,16
	p	0,52

H 4 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas.

Como se pode verificar na tabela seguinte, não existem diferenças estatisticamente relevantes entre as habilitações académicas relativamente às três dimensões da escala ($p > 0,05$).

Tabela 16 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas.

		Nr.º	Média	Teste t-student
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Licenciatura	17	41,88	p=0,805
	Especialidade	1	41,53	
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Licenciatura	17	37	p= 0,526
	Especialidade	1	35,18	
<i>Família como um fardo</i>	Licenciatura	17	8	p=0,732
	Especialidade	1	9,12	
<i>Escala Global</i>	Licenciatura	17	86,88	p= 0,518
	Especialidade	1	85,83	

H 5 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

Em relação há associação entre a experiência profissional e a atitude do enfermeiro face à família, nas três dimensões da escala não existe associação estatística o que significa que a experiência profissional não leva a alterações significativas nas atitudes dos enfermeiros para com a família ($p > 0,05$).

Tabela 17- Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

<i>Escala IFCE-AE</i>	Correlação de Pearson	Experiência profissional
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	r	-0,07
	p	0,782

<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	r	-0,264
	p	0,29
<i>Família como um fardo</i>	r	0,125
	p	0,62

H 6 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.

De acordo com a tabela seguinte podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de exercício no serviço e as dimensões da escala IFCE – AE. Então não existe associação entre a unidade onde o enfermeiro exerce funções e a sua atitude em relação à família ($p > 0,05$).

Tabela 18 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade onde o profissional exerce as suas funções.

	Unidade onde exerce funções	N	Média	Anova
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	USCP	10	41,9	p=0,690
	Hospital	5	40,6	
	USF	2	44,5	
	ERPI	1	42	
<i>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</i>	UCSP	10	35,4	p=0,497
	Hospital	5	35	
	USF	2	35	
	ERPI	1	36	
<i>Família como um fardo</i>	UCSP	10	9,2	p=0,104
	Hospital	5	10,5	
	USF	2	5,5	
	ERPI	1	8	
	<i>Escala global</i>	18	86,7	p=0,256

H 7 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional na unidade onde trabalha. Também relativamente a esta associação não existe relação estatisticamente significativa entre a experiência profissional na unidade onde trabalha e as três dimensões da escala. Então não existe associação entre a experiência profissional no serviço e a atitude do enfermeiro para com a família ($p > 0,05$).

Tabela 19 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional na unidade onde trabalha.

	Correlação de Spearman	Experiência Profissional na unidade
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	r	0,017
	p	0,948
<i>Família como recurso dos cuidados de enfermagem</i>	r	-0,231
	p	0,357
<i>Família como fardo</i>	r	0,033
	p	0,896

H 8— Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e se possuem um curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

Nesta associação, os resultados também não revelam associação estatística entre a variável curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e as três dimensões da IFCE – AE. As atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o facto de os profissionais possuírem curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização ($p > 0,05$).

Tabela 20- Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e se possuem um curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

		n	Média	Teste t-student
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Pós-graduação e/ou pós-licenciatura	2	42	p=0,943
	Sem pós-graduação e/ou pós-licenciatura	16	41,81	
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Pós-graduação e/ou pós-licenciatura	2	35,5	p= 0,873
	Sem pós-graduação e/ou pós-licenciatura	16	35,25	
<i>Família como um fardo</i>	Pós-graduação e/ou pós-licenciatura	2	10,5	p=0,441
	Sem pós-graduação e/ou pós-licenciatura	16	8,88	
<i>Escala Global</i>	Pós-graduação e/ou pós-licenciatura	2	88	p= 0,712

Sem pós-graduação e/ou pós-licenciatura	16	85,94	
---	----	-------	--

H 9 – Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.

Na tabela seguinte, aplica-se o teste t-student e verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação em enfermagem de família. Então não existe associação entre a formação em Enfermagem de Família e cada uma das dimensões da escala usada ($p > 0,05$).

Tabela 21 - Associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação em enfermagem de família.

		Nr.º	Média	Teste t-student
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Formação em enfermagem de família	10	42	p=0,820
	Sem formação em enfermagem de família	8	41,63	
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Formação em enfermagem de família	10	35,9	p= 0,144
	Sem formação em enfermagem de família	8	34,5	
<i>Família como um fardo</i>	Formação em enfermagem de família	10	9,5	p=0,454
	Sem formação em enfermagem de família	8	8,5	
<i>Escala Global</i>	Formação em enfermagem de família	10	87,4	p= 0,892
	Sem formação em enfermagem de família	8	84,63	

H 10– Há associação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes

Através da aplicação do teste t-student, como podemos verificar na tabela seguinte, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relacionadas com a experiência

anterior com familiares doentes. Então, não existe associação entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes e a atitude do enfermeiro em relação à família ($p > 0,05$).

Tabela 22 - Resultados do Teste t-student das dimensões da escala IFCE – AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes.

		Nr.º	Média	Teste t-student
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Experiência com familiares doentes	14	42	p=0,705
	Sem experiência com familiares doentes	4	41,25	
<i>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Experiência com familiares doentes	14	35,29	p= 0,976
	Sem experiência com familiares doentes	4	35,25	
<i>Família como um fardo</i>	Experiência com familiares doentes	14	9,14	p=0,807
	Sem experiência com familiares doentes	4	8,75	
<i>Escala Global</i>	Experiência com familiares doentes	14	86,43	p= 0,018
	Sem experiência com familiares doentes	4	82,25	

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão e análise dos resultados será realizada tendo em conta a questão de investigação levantada e os objetivos enunciados previamente, relacionando-os com a revisão bibliográfica e os estudos anteriores sobre o tema em questão. Sendo a discussão a secção de um relatório que oferece uma interpretação dos resultados da investigação (Hanson, 2005). Os resultados são as informações provenientes da análise de dados obtidos a partir de questões de investigação ou de hipóteses (Hanson, 2005).

Em relação à caracterização da amostra e à sua relação com a variável dependente, procede-se à análise dos resultados obtidos:

- Quanto ao género, a nossa amostra é constituída maioritariamente por elementos do género feminino, (94,4% da amostra). A OE menciona no anuário de 2021 que se encontram inscritos 80379, dos quais 82,37 % (66209) são do género feminino, a nível nacional. Outros estudos como Alves (2009), Benzei et al (2008), Galinha (2009), Sousa (2011) e Martins et al (2010) também referem que os profissionais de Enfermagem são maioritariamente do sexo feminino. Não existe relação estatisticamente relevante entre o género e as atitudes em relação à família. Apesar de a média ser ligeiramente superior no sexo masculino (92) relativamente ao género feminino. Benzei et al (2008) revela que o género feminino está mais predisposto para atitudes favoráveis em relação à família.
- Quanto à idade, os enfermeiros da nossa amostra variam entre os 24 e os 52 anos, com uma média de 42 anos de idade, estes dados estão em desacordo com os dados da OE onde o grupo etário mais representativo é a faixa etária dos 36 aos 40 anos de idade.

Não existe associação estatisticamente relevante entre a idade e as atitudes dos enfermeiros, embora existe uma relação negativa, não significativa, na dimensão família como parceiro dialogante e recurso de coping, quanto mais novos os enfermeiros mais encaram a família como parceiro dialogante e recurso de coping. Sousa (2011) refere que os enfermeiros com mais idade apresentam atitudes mais positivas em relação à família na prestação de cuidados.

- Quanto às habilitações académicas, a totalidade da nossa amostra possui a licenciatura em enfermagem e 5,6 % possuem o título profissional de enfermeiro especialista, resultados que estão de acordo com os dados da OE (2021) em que a generalidade dos enfermeiros são de cuidados gerais, 58296 e 22548 são enfermeiros especialistas.
- Quanto à experiência profissional, a maioria da nossa amostra, 72,2% situa-se entre os 10 e 29 anos de experiência profissional. Estes enfermeiros apresentam uma predominância de competência profissional, segundo o Modelo de Dreifus, adaptado à enfermagem por Benner (2001). Este modelo desenvolve três aspetos: a confiança que o enfermeiro demonstra, o seu envolvimento em cada situação e a forma como o enfermeiro conceptualiza a situação vivenciada.

Não se verificou uma relação estatisticamente relevante entre a experiência profissional e as atitudes dos profissionais para com a família. Segundo Benzei et al (2008), a experiência profissional está associada a atitudes mais positivas relativamente à importância da família na prestação de cuidados.

- Quanto à unidade onde o profissional exerce as suas funções, a maioria da amostra (55,6%) trabalham numa UCSP. Oliveira et al (2011) concluiu que os enfermeiros que trabalham em USF/UCSP atribuem maior importância à família na prestação de cuidados. Neste estudo, não se verificou nenhuma associação estatisticamente relevante entre as atitudes e a unidade onde o profissional exerce funções.
- Quanto à experiência profissional na unidade onde trabalha, a maioria da amostra trabalha há mais de 10 anos na sua unidade (44,5%).
- Quanto a terem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura, a maioria dos inquiridos não têm Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura (88,9%). Alguns autores defendem que quanto mais formação profissional, mais positivas as atitudes em relação à família na prestação de cuidados, é o caso de Freitas (2011).
- Quanto à formação em Enfermagem de Família, a maioria da amostra tem formação nesta temática. Tem sido evidenciado em estudos, que os enfermeiros com formação em enfermagem de família encaram a família como um parceiro na prestação de cuidados como Oliveira et al (2009). Freitas (2011) relaciona a formação profissional ou de pós-graduação ou mestrado, com atitudes positivas em relação ao envolvimento da família nos cuidados.
- Quanto à experiência anterior com familiares gravemente doentes, a maioria dos inquiridos tem experiência anterior com familiares gravemente doentes (77,8%). Também aqui não se evidenciou uma associação estatisticamente relevante entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes e a variável dependente. Os enfermeiros com experiência anterior com familiares gravemente doentes atribuem maior importância à família na prestação de cuidados segundo Sousa (2011). Também, de acordo com Benzei et al (2008) os enfermeiros que têm experiência com familiares gravemente doentes, têm atitudes mais positivas com as famílias, encarando-as como parceiro dialogante e de recurso de coping.

O Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros tem vindo a implementar esforços para que a metodologia de trabalho na prestação de cuidados de saúde, seja centrada na família. Em 2010 a OE identificou o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e regulamentou as suas competências comuns e específicas.

Em Enfermagem de Saúde Familiar também tem surgido estudos nesta área que consolidam conhecimentos sobre o tema. São exemplos os estudos de Santos (2012), Freitas (2009) e

Figueiredo (2009), em que se conceptualiza a prática de Enfermagem de Saúde Familiar nos CSP.

CONCLUSÃO

Todos aprendemos sobre a família ao fazermos parte de uma. A enfermagem é uma profissão interpessoal. A sua experiência e pressuposto sobre a sua própria família influenciam as interações do enfermeiro com as famílias como clientes (Hanson, 2005).

Segundo Freitas (2009), a prática de enfermagem de saúde familiar, particularmente em Cuidados de saúde Primários, tem vindo a ser valorizada, reconhecida como essencial e um dos pilares de todos os cuidados de saúde, ao longo do ciclo vital do ser humano.

Quais as atitudes dos enfermeiros, em CSP e em formação, em relação à importância da família nos cuidados de Enfermagem? Esta questão foi o ponto de partida para o estudo de investigação. Verificou-se que as atitudes dos enfermeiros sobre a importância da família nos cuidados, são positivas. A média global da escala EFCE-AE é de 86,17, com um desvio padrão de 8,016. Os enfermeiros encaram as famílias como parceiro dialogante e recurso de coping com uma média de 41,83 e também como recurso dos cuidados de enfermagem com uma média de 35,28.

Em relação ao objetivo de relacionar as variáveis demográficas e profissionais com a variável dependente, não se encontraram relações estatisticamente significativas. Provavelmente este défice de relações estatisticamente relevantes deve-se ao facto de a amostra ser reduzida.

Este curso, Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Família foi uma experiência profundamente enriquecedora, mas também muito desafiante. A gestão do tempo para o exercício das funções laborais, e em simultâneo se investe na formação académica é sempre difícil e desgastante. Os conteúdos programáticos foram totalmente novos, porque a saúde familiar não esteve incluída na formação base, o curso de licenciatura em Enfermagem. Os estágios clínicos, onde se pretendeu colocar em prática os conteúdos teóricos, também foi uma realidade muito diferente pois sempre exerci funções em cuidados diferenciados, nestes vinte anos de carreira profissional. Mas o campo de estágio apresentou condições de excelência para o desenvolvimento deste percurso de aprendizagem, com ênfase na relação de interajuda com os profissionais de saúde e em todas as partilhas de conhecimento que existiram. As atividades realizadas na UCSPA foram ao encontro do desenvolvimento e aquisição de competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Também as restrições impostas pela pandemia de SARS COV 2, foi uma dificuldade sentida durante os estágios. A gestão de sentimentos de medo, impotência, incerteza, e muita insegurança, foi uma dificuldade acrescida neste período de aprendizagem. A sua superação foi

sem dúvida uma grande manifestação de resiliência quer pessoal quer de um modo geral de todos os profissionais de saúde durante a pandemia.

A realização do relatório final foi sem dúvida a experiência mais desafiante de todo este percurso académico. Com conhecimentos de informática, praticamente nulos, a aprendizagem realizada é evidente.

O crescimento pessoal e profissional foi acontecendo na medida em que se ultrapassaram as dificuldades, e se somam experiências que se transformam em aprendizagens e que se irão traduzir em práticas mais qualificadas e conseqüentemente em ganhos em saúde.

Como futura enfermeira especialista, com um papel ativo e dinâmico dentro da equipa multidisciplinar, as competências adquiridas darão os seus frutos, na prestação de cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados e cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., (2000). Desequilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto.
- Alvaiázere, descrição do município. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Alvai%C3%A1zere>
- Alves, C., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>.
- ACSS (2020). Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários biénio 2020/2021. Lisboa: Administração central do sistema de saúde, IP. Disponível em: https://bicsp.minsaude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Alvaiázere (2013). Carta social dinâmica de Alvaiázere: uma estratégia de intervenção planeada. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Disponível em: https://www.cmalvaiazere.pt/cmalvaiazere/uploads/writer_file/document/178/carta_social.pdf
- Alves, C., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>.
- Ângelo, M., Cruz, A.C., Mekitarian, F.F.P., Santos, C.C.S., Martinho, M.J.C.M., Martins, M.M.F.P.S. (2014). Atitudes de Enfermeiros em Face da Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 75-81. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/recusp/v48nspe/pt_0080-6234-recusp-48-esp-075.pdf
- Araújo, I. M. B., (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B. I. (2008). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes—an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97-117. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>
- Braga, M. C. (2021). O papel do enfermeiro de família na USF. Disponível em: <https://www.newsfarma.pt/artigos/216-o-papel-do-enfermeiro-de-fam%C3%ADlia-na-usf.html>
- Cunha, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (1), 7-16. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/31-007.pdf>
- Diário da República. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República II Série N°35, pp. 8648-8653. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica—o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, (19), 139-156. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/9176>
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumo): Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos favoráveis à saúde ao longo da vida. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_-versoesumo_maio20133.pdf.
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020). Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Duque, C. (2008). Atitudes & Comportamentos. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13129/5/revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>

- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures. Lusociência.
- Firmino, M. (2015). Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/18146>
- Fortin, M., (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (2ª ed.) Loures. Lusociência.
- Fortin, M., (2009). Fundamentos e Etapas do processo de Investigação. Lisboa. Lusociência.
- Freitas, A. P. C. (2011). Enfermagem com famílias: perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/13430>
- Galinha, F., (2009). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Inicial Galinha, F., Mediar para cuidar (pp 160-177). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20863/1/Cap%20c3%a2tulo%209%20e2%80%93%20Contributos%20das%20t%20c3%a9ncnicas%20de%20media%20c3%a7%20c3%a3o%20familiar.pdf>.
- International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- INE (2013). Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança. (Destaque - Informação à comunicação social). Instituto Nacional De Estatística. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjprM24pa7zAhXKz4UKHb1CBOMQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D207999200%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AOvVaw0Wtp2uxA_f7og_wDd6-aAI
- INE (2012). Plataforma de divulgação dos Censos 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Mapa do município. Disponível em: <https://www.cm-alvaiazere.pt/pages/579>
- Maroco, João; Bispo, Regina (2003). Estatística aplicada às ciências sociais e humanas (2ª ed.). Lisboa. Climepsi editores;
- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., Carvalho, J. C., (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... J. C. Carvalho (Eds.), Redes de conhecimento em enfermagem de família (pp. 20-33). Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-8930-17-8.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., ... Martins, M., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: validação da escala Families. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série N.º 135. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar. Disponível em: <https://silo.tips/download/regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 124. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67626882>.

Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, Série II, n.º 135. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115698536>

Organização Mundial Saúde (2003). Saúde para todos no século XXI: uma Introdução. Lisboa: Lusociência.

Pereira, Alexandre (2006). Guia prático de utilização de SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia (6º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Relvas, A., (2000). O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica (2ª ed.). Porto: Afrontamento.

Rodrigues, L. M. O., (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27078&code=743>

Santos, M. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf

Serviço nacional de Saúde (SNS). Bilhete de identidade dos cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100206/Pages/default.aspx>

Silva, A. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Porto: Universidade do porto faculdade de medicina.

Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/33417>

Sousa, S. A. S. (2011). A Família- Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>

Vilelas, J. (2017). Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento. Lisboa. Edições Sílabo.

Wright, L., & Leahey, M. (2009). Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ªed. São Paulo. Roca Editora

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

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

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

1- Assinale a opção correspondente à sua resposta: Género

- Feminino
- Masculino
- outro

2- Idade

Texto de resposta curta

3- Título Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

4- Habilitações Académicas

- Bacharelato
- Licenciatura
- Doutoramento
- Mestrado
- Outra: _____

5- Tempo de exercício profissional:

A sua resposta _____

6- Unidade onde exerce funções:

A sua resposta _____

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

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

8- Tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização

Sim

Não

Se na questão "8" respondeu "Sim", responda, por favor, à questão "9". Se respondeu "Não", passe, por favor, para a questão "10".

A sua resposta _____

9- Qual ou Quais?

A sua resposta _____

10. Tem formação em Enfermagem da Família?

A sua resposta _____

11. Experiência anteriores, com familiares gravemente doentes

A sua resposta _____

Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e assinale a sua opinião, conforme o seguinte: 1 - Discordo completamente 2 - Discordo 3 - Concordo 4 - Concordo completamente

	1- Discordo completamente	2- Discordo	3- Concordo	4- Concordo completamente
1. É importante saber quem são os membros da família do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. No primeiro contacto com os membros da família, convidos a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Considero os membros da família como parceiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. É importante dedicar tempo às famílias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A presença de membros da família deixa-me em stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO II: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Célia Vieira e Sara Sofia Pereira dos Santos, enfermeiras, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2.º ano, a realizar **um estudo com o título** “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Alvaiázere”, vêm solicitar a sua **colaboração** no preenchimento deste Questionário.

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

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

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

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

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

Solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

- Percebe as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;

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

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

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N.º 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

**ANEXO IV: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO
DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO SR. DIRETOR DA ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DE LEIRIA, E RESPETIVA AUTORIZAÇÃO**

Pedido de autorização de aplicação de questionário

Caixa de entrada x



Sara Santos <sarasofia1santos@gmail.com>

para esalei ▾

sábado, 27/02, 11:39 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Sr. Director da Escola Superior de Saúde de Leiria,

Célia Vieira e Sara Sofia Pereira dos Santos, enfermeiras, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde – Politécnico de Leiria, 2º ano, a realizar um estudo com o título “Importância atribuída à família na prestação de cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Alvaiázere”, vêm solicitar autorização para aplicação de um questionário aos alunos da turma do 3º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar.

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

Em anexo encontra-se o questionário e o parecer positivo da comissão de ética.

Agradecemos-lhe, antecipadamente, toda a atenção dispensada.

Célia Vieira e Sara Santos

2 anexos



**ANEXO V: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO
DE COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO CONCELHO CLÍNICO E DE SAÚDE
DO Aces PIN E RESPETIVA AUTORIZAÇÃO**