



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Família no Processo de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão n.º 21892

Março de 2025

A Família no Processo de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão

**Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde
Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório Final**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de
Saúde Familiar**

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Março de 2025

Pensamento

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa, pelo amor e apoio incondicional que sempre me proporcionou, sendo o pilar para o meu equilíbrio e força. Ao meu filho, pela alegria que traz à minha vida e pela compreensão, mesmo nas fases em que estive ausente, motivando-me a seguir em frente.

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de diversas contribuições, e não teria sido possível sem o apoio de muitos. Por isso, dedico este espaço para expressar minha gratidão a todos que, de alguma maneira, colaboraram para a sua realização:

À Professora Doutora Odete Amaral, pela disponibilidade constante, dedicação e orientação imprescindível que tornaram este trabalho possível, minha eterna gratidão.

Ao Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária Renato Teixeira, orientador do ensino clínico na USF Grão Vasco, pela disponibilidade constante, pela postura crítica e reflexiva, e pela atitude profissional com a qual me identifiquei ao longo do estágio. Seu apoio foi essencial para a aplicação do conhecimento baseado em evidências científicas na prática clínica especializada.

À equipa multidisciplinar da USF Grão Vasco, com especial carinho à equipa de enfermagem, pela forma como me receberam e possibilitaram o meu desenvolvimento profissional.

Aos Srs. Coordenadores das Unidades Funcionais e instituições que autorizaram o estudo e aos meus colegas Enfermeiros que se mostraram prontamente disponíveis para participar na concretização do mesmo, partilhando a riqueza das suas experiências profissionais.

Aos meus colegas da USF Carregal do Sal, que trabalham comigo diariamente e especialmente à minha “parceira” de equipa Dr^a Ana Araújo, pela colaboração constante e pelo trabalho conjunto ao longo deste processo. Sua dedicação, compromisso e espírito de equipa tornaram cada desafio mais leve e cada conquista mais significativa.

E finalmente, um especial agradecimento a toda a minha família.

Agradeço profundamente à minha esposa pelo apoio incondicional e suporte familiar, que foram fundamentais em todas as fases deste percurso. Agradeço também à minha sogra, pela disponibilidade constante, oferecendo o suporte que tanto precisei.

A todos o meu sincero e sentido Obrigada!

Resumo

Enquadramento: A família é a base fundamental para a proteção e desenvolvimento dos seus membros, sendo a sua inclusão no cuidar essencial para uma abordagem integral e eficaz. A evolução do conceito de saúde e a reestruturação dos cuidados reforçam a necessidade de um modelo centrado na família, como preconizado pela Prática Baseada na Evidência. **Objetivos:** Avaliar a percepção das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem e identificar boas práticas de educação para a saúde focadas na família, em contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados. **Métodos:** Estudo transversal analítico, realizado com uma amostra de 125 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Os dados foram colhidos através um questionário autoaplicado, constituído questões sociodemográficas e profissionais, a escala "*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*" e a "*Escala de Educação para a Saúde Familiar – Percepção dos Enfermeiros (ESFamília)*". **Resultados:** Quanto à escala *IFCE-AE*, no geral, os enfermeiros dos CSP apresentam médias maiores (\bar{x} 83,41±6,30 pontos vs. 77,48±7,06 pontos). Os enfermeiros dos CSP apresentam uma ‘atitude muito positiva’ em relação ao envolvimento da família no processo de cuidados enquanto nas UCCI apresentam uma ‘atitude positiva’. Os enfermeiros percecionam como importante a realização da EpS familiar. **Conclusões:** encontrou-se associação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e a importância da família no processo de cuidados e a percepção dos enfermeiros sobre a educação para a saúde familiar. Observou-se ainda uma correlação positiva entre as duas escalas.

Palavras-Chave: Enfermeiros; Atitude; Percepção; Família

Abstract

Framework: The family is the cornerstone of protection and development for its members, and its inclusion in caregiving is essential for a comprehensive and effective approach. The evolving concept of health and the restructuring of care highlight the need for a family-centered model, as advocated by Evidence-Based Practice. **Objectives:** Assess nurses' perceptions of their attitudes toward family involvement in the nursing care process and identify best practices in family-centered health education in the context of Primary and Continuing Care. **Methods:** Analytical cross-sectional study conducted with a sample of 125 nurses from Primary Health Care and Integrated Continuing Care Units. Data were collected using a self-administered questionnaire, which included sociodemographic and professional questions, the "Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes (IFCE-AE)" scale, and the "Family Health Education Scale – Nurses' Perception (ESFamília)". **Results:** Regarding the IFCE-AE scale, overall, nurses in Primary Health Care (PHC) show higher average scores (\bar{x} 83.41±6.30 points vs. 77.48±7.06 points). PHC nurses exhibit a "very positive attitude" toward family involvement in the care process, while those in Integrated Continuing Care Units (ICCU) demonstrate a "positive attitude." Nurses perceive family health education as important. **Conclusions:** An association was found between sociodemographic and professional variables and the importance of family in the care process, as well as nurses' perceptions of family health education. Additionally, a positive correlation was observed between the two scales.

Keywords: Nurses; Attitude; Perception; Family

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Lista de gráficos	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	27
1 - Contextos da prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar	31
1.1 - Caracterização da cidade de Viseu	33
1.2 - Caracterização da ULS Viseu Dão Lafões	35
1.3 - Caracterização da USF Grão Vasco	36
1.3.1 - Área geográfica de influência	38
1.3.2 - Recursos	39
1.4 - Organização e estrutura interna	41
1.5 - Compromisso assistencial	41
1.6 - Caracterização dos utentes da USF Grão Vasco	43
1.6.1 - Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família	44
1.7 - Indicadores e ganhos em Saúde	46
2 - Fundamentos e Competências na Enfermagem de Saúde Familiar	51
2.1 - Fundamentos Conceptuais da Enfermagem de Saúde familiar	52
2.2 - Competências especializadas desenvolvidas na prática clínica	61
2.2.1 - Competências comuns do Enfermeiro Especialista	62
2.2.2 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	67
3 - Estudo Empírico	73
3.1 - Enquadramento teórico	74
3.2 - Metodologia	80
3.2.1 - Tipo de estudo	81
3.2.2 - Objetivos	82
3.2.3 - Questões de investigação	82
3.2.4 - Operacionalização das variáveis	83
3.2.5 - População e amostra	86
3.2.6 - Instrumento de colheita de dados	87
3.2.7 - Procedimentos formais e éticos	92

3.2.8 - Análise estatística	94
3.3 - Apresentação e análise dos resultados	95
3.3.1 - Consistência interna, normalidade e homogeneidade	96
3.3.2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	97
3.3.3 - Caracterização das Atitudes e Percepções dos enfermeiros face à família	101
3.3.4 - Variáveis sociodemográficas/profissionais associadas com a <i>IFCE-AE</i>	104
3.3.5 - Relação variáveis sociodemográficas/profissionais e a escala <i>ESFamília</i>	107
3.3.6 - Relação entre as variáveis <i>IFCE-AE</i> e <i>ESFamília</i>	109
3.4 - Discussão dos resultados	110
3.5 - Conclusões	123
Referências bibliográficas	129
Apêndices	
Apêndice I- Pedido de autorização à coordenadora USF Grão Vasco	139
Apêndice II - Plano de formação: Registos de Enfermagem em Saúde Familiar	140
Apêndice III- Envolvimento da Família Cuidados de Enfermagem: scoping review	162
Apêndice IV- Pedido de autorização às autoras da Escala IFCE-AE	163
Apêndice V- Pedido de autorização à autora da Escala ESFamília	164
Apêndice VI- Pedido de autorização à Diretora Clínica dos CSP da ULS VDL	165
Apêndice VII - Pedido de autorização aos Coordenadores das UF da ULS VDL	166
Apêndice VIII - Pedido autorização Presidentes/Provedores Instituições com UCCI	167
Apêndice IX - Submissão do projeto à Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL	168
Apêndice X – Declaração de Consentimento Informado	169
Apêndice XI – Questionário aplicado no estudo de investigação	170
Anexos	
Anexo I – Autorização da coordenadora USF GV divulgação de dados da UF	177
Anexo II - Autorização das autoras da Escala IFCE-AE	178
Anexo III - Autorização da autora da Escala ESFamília	179
Anexo IV- Autorização da Diretora Clínica para a área dos CSP da ULS VDL	180
Anexo V – Autorização dos Coordenadores das UF da ULS VDL	181
Anexo VI - Autorização dos Presidentes/Provedores das Instituições com UCCI	183
Anexo VII – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL	184

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Utentes do ficheiro do enfermeiro orientador por género e idade	44
Tabela 2 - Relação do nº de utentes por processo familiar e o número de famílias inscritas	45
Tabela 3 - Problemas de saúde mais frequentes no ficheiro de utentes	46
Tabela 4 - Utentes inscritos no ficheiro por programa de saúde	46
Tabela 5 - Funções da Família Contemporânea	56
Tabela 6 - Teste Kolmogorov-Smirnov para as variáveis dependentes	97
Tabela 7 - Teste de Levene para as variáveis dependentes por contexto	97
Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica da amostra	98
Tabela 9 - Distribuição da amostra por contexto de trabalho e idade	98
Tabela 10 - Distribuição da amostra por variáveis profissionais e contexto trabalho	99
Tabela 11 - Distribuição da amostra por variáveis profissionais-educação e contexto	101
Tabela 12 - A escala <i>IFCE-AE</i> segundo o contexto de trabalho	102
Tabela 13 - A <i>ESFamília</i> por contexto trabalho	103
Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas associadas com a escala <i>IFCE-AE</i>	105
Tabela 15 - Variáveis profissionais associadas com a escala <i>IFCE-AE</i>	106
Tabela 16 – Variáveis profissionais-educação associadas com as atitudes dos enfermeiros na envolvimento da família na prestação de cuidados	107
Tabela 17 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a escala <i>ESFamília</i>	107
Tabela 18 - Relação entre as variáveis profissionais e a escala <i>ESFamília</i>	108
Tabela 19 - Associação entre as variáveis de formação e a escala <i>ESFamília</i>	109
Tabela 20 - Correlação entre as escalas <i>IFCE-AE</i> e <i>ESFamília</i>	109

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 - Horário atendimento do Pólo Assistencial de Silgueiros	42
Quadro 2 - Carteira básica de serviços da USF Grão Vasco	42
Quadro 3 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal com respetivas unidades de competência e atividades realizadas	63
Quadro 4 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade com respetivas competências/unidades de competências e atividades realizadas	65
Quadro 5 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Gestão dos Cuidados com competências / unidades de competências e atividades realizadas	66
Quadro 6 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais com respetivas competências/unidades de competência /atividades realizadas	67
Quadro 7 - Competência específica do enfermeiro especialista em ESF com respetivas unidades de competência e atividades realizadas	69
Quadro 8 - Competência específica do enfermeiro especialista em ESF com respetivas unidades de competência e atividades realizadas	71
Quadro 9 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas	84
Quadro 10 - Operacionalização das variáveis independentes profissionais	85
Quadro 11 - Operacionalização das variáveis dependentes em estudo	86
Quadro 12 - Dimensões, itens e score da escala IFCE-AE	89
Quadro 13 - Dimensões, itens e score da escala ESFamília	91
Quadro 14 - Análise comparativa da consistência interna da escala IFCE-AE	96
Quadro 15 - Análise comparativa da consistência interna da escala ESFamília	96

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1 - Profissionais que integram a USF Grão Vasco	39
Gráfico 2 - Relação do nº de famílias e o número de elementos	45
Gráfico 3 - Atitudes dos enfermeiros face à família por contexto de trabalho	102
Gráfico 4 - Distribuição da amostra pelas médias totais dos fatores por contexto de trabalho	104
Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelas médias do score total da escala ESFamília por contexto de trabalho	104

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 - Cava de Viriato, visualização do formato octagonal	33
Figura 2 - Porta do Solar e Muralha Afonsina	34
Figura 3 - Estátua Infante D. Henrique	34
Figura 4 - Grão Vasco	34
Figura 5 - Mapa de Portugal com Distrito de Viseu	35
Figura 6 - Freguesias concelho Viseu	35
Figura 7 - Profissionais da ULS VDL nos CSP	36
Figura 8 - Logotipo da USF GV	37
Figura 9 - Freguesias afetas à USF GV	38
Figura 10 - Dados da caracterização dos utentes inscritos na USF GV	43
Figura 11 - Índice de Desempenho das Equipas da ULS VDL	47
Figura 12 - Área/Subáreas e IDG da USF GV	47
Figura 13 - Certificação da Qualidade USF Grão Vasco	49
Figura 14 - Diagrama representativo do MDAIF	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa cuidados continuados integrados
EpS	Educação para a Saúde
ESF	Enfermagem de Saúde Familiar
ESFamília	Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros
GV	Grão Vasco
IDE	Índice de Desempenho da Equipa
IDG	Índice de Desempenho Geral
IFCE-AE	Importância Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBE	Prática Baseada na Evidência
RCCR	Rastreio do cancro do cólon e reto
RCCU	Rastreio do cancro colo do útero
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
VDL	Viseu Dão-Lafões

Introdução

O presente relatório surge integrado no 2º ano, 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu (Portugal, Despacho nº 1353/2024) particularmente no desenvolvimento da unidade curricular de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com Relatório Final, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que “a realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (OE, 2021, p.2). A realização dos ensinamentos clínicos vai permitir que as aprendizagens sejam efetuadas em contexto de prestação de cuidados, de modo a garantir a consolidação de conhecimentos e competências na área da especialidade. O contexto da prática clínica é definido pela OE como o serviço ou unidade em que se realizam os processos formativos em enfermagem de modo a garantir processos de aprendizagem de qualidade. Este estágio com relatório final decorreu numa Unidade de Saúde Familiar, sob orientação do enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária Renato Teixeira e supervisão da professora Doutora Odete Amaral, entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, correspondendo a um total de 840 horas (30 ECTS), sendo que 360 horas correspondem à modalidade de estágio, 40 horas à modalidade de orientação tutorial e 20 de seminário.

O estágio realizado teve como objetivo principal aprofundar e mobilizar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, integrando-os no contexto da prática clínica em enfermagem de saúde familiar. Paralelamente, serviu como contexto para a realização de um trabalho de investigação que explora a perceção e atitudes dos enfermeiros sobre a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, em diferentes contextos.

Este estágio foi desenhado com o propósito de desenvolver competências especializadas, tanto no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista como ao nível das competências específicas da área da saúde familiar. Neste sentido, pretende-se implementar processos de cuidados de enfermagem direcionados à família, sustentados em conhecimento avançado e nos referenciais teóricos específicos da enfermagem de saúde familiar. Assim como, também, foi primordial para o desenvolvimento de competências críticas para a tomada de decisão e resolução de problemas complexos no contexto do processo de cuidados à família, num exercício contínuo de reflexão crítica e aprendizagem. Para o desenvolvimento das competências em estágio foi fundamental a aplicação prática dos conhecimentos teóricos e científicos adquiridos ao longo do percurso formativo, evidenciando uma prática clínica fundamentada na evidência e nas melhores práticas da área.

Com esta abordagem, pretendo não apenas consolidar as competências para a prática de enfermagem especializada, mas também destacar a relevância da enfermagem de saúde familiar enquanto eixo central da promoção de cuidados de qualidade, orientados para as necessidades reais dos utentes, das famílias e da comunidade, bem como da investigação.

Para tal, este relatório encontra-se dividido em três capítulos, em que cada um representa um objetivo da formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). No primeiro capítulo, serão descritos os contextos da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, nomeadamente uma breve contextualização histórica da reforma dos cuidados de saúde primários, a caracterização da cidade de Viseu e da Unidade Local de Saúde (ULS) – Viseu Dão Lafões (VDL), bem como a organização, dinâmica e funcionamento da USF Grão Vasco e a caracterização do ficheiro do enfermeiro de família. O segundo capítulo traduz uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição das competências comuns (Portugal, Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar (Portugal, Regulamento n.º 428/2018) preconizadas pela OE, realizados em contexto clínico. O terceiro capítulo, apresenta o resultado da prática especializada baseada na evidência científica, tendo por base todo o processo de investigação. Esta investigação incide sobre avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem e identificar boas práticas de educação para a saúde focadas na família. Por fim apresento as considerações finais, as referências bibliográficas, bem como os apêndices e anexos identificados ao longo do estudo.

A produção do presente relatório segue as recomendações para a elaboração do relatório final da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Este trabalho encontra-se redigido em consonância com o novo acordo ortográfico e segundo as regras do guia orientador de elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde de Viseu.

1 - Contextos da prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar

A área dos cuidados de saúde primários experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, mais concretamente em 2005, traduziu-se em enormes e inquestionáveis benefícios para a população, assentes no resultado do trabalho de equipas multidisciplinares, constituídas de forma voluntária, que se organizam com autonomia técnica e funcional e que asseguram resposta às necessidades em saúde de um conjunto de utentes pelos quais são solidariamente responsáveis facultando, em especial, cuidados médicos e de enfermagem personalizados (Biscaia & Heleno, 2017). Contextualizando, a mencionada reforma teve início com o despacho normativo n. 9/2006, aprovando este o "regulamento para o lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF)", definindo-as como "a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde" (Portugal, despacho normativo nº 10/2007, p.1256). Com o despacho normativo nº 10/2007 de 26 de janeiro foi regulamentado o lançamento e implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multiprofissional, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma dada população, assegurando a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados prestados (Portugal, despacho normativo nº 10/2007).

Posteriormente, em 2007 as USF são definidas como "(...) unidades elementares de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo" (Portugal, Decreto-Lei Nº 298/2007). Este mesmo decreto destaca que estas unidades são caracterizadas pela sua autonomia organizativa, funcional e técnica, bem como precursoras de ganhos em saúde e melhoria na qualidade dos cuidados prestados com melhoria da satisfação dos utentes e profissionais. Realça-se que as USF são criadas numa dinâmica diferente e inovadora. As equipas agrupam-se de forma voluntária, com modelos de gestão e organização flexíveis e hierarquias horizontais, trabalhando por objetivos com responsabilização das equipas (Barbosa, 2010). Desta forma propõe-se melhorar a acessibilidade, a proximidade e a qualidade dos cuidados de saúde aos cidadãos, a satisfação dos seus utilizadores e dos profissionais de saúde

com a melhoria das condições de trabalho e pelos incentivos que premeiam as boas práticas (Pisco, 2011).

Salienta-se que outro marco a destacar surgiu com o Decreto-Lei n.º 28/2008 em que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. Estes são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que dependem funcionalmente das respetivas Administrações Regionais de Saúde.

Reforça-se que a reforma dos cuidados de saúde primários portugueses, foi uma das mais bem conseguidas nos serviços públicos do país. O acontecimento mais relevante foi a constituição das USF: equipas multidisciplinares voluntárias e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a um conjunto de pessoas e famílias. Num segundo momento reorganizaram-se as restantes dimensões dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde pela melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos (Biscaia, & Heleno, 2017).

O enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, surgiu pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, que define o enfermeiro de família como sendo o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Portugal, Decreto-Lei n.º 118/2014). Segundo o mesmo decreto, neste contexto, é possível evidenciar o papel do enfermeiro, como o profissional direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todas as fases da vida e todos os contextos da comunidade. A pertinência das famílias nos cuidados de saúde tem levado à implementação de políticas de saúde, que assumem o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, com o objetivo de promover e manter a saúde familiar. Salienta-se que, e em linha com o que sucede nos países mais desenvolvidos, assistimos em Portugal a uma profunda mudança demográfica, com aumento proporcional da população idosa resultado do aumento da esperança média de vida que se tem registado nas últimas décadas, o que reforça a intervenção do enfermeiro de família. Esse fenómeno demográfico, bem como, os padrões de morbilidade e mortalidade existentes no país, face à alta incidência de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes e a hipertensão arterial, entre outras, colocam novos desafios aos cuidados de saúde, o que reforça ainda mais a necessidade de profissionais especializados, como o

enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, que desempenha um papel crucial no apoio às famílias neste contexto de envelhecimento populacional.

Deste modo, em Portugal, o reconhecimento da relevância da família nos cuidados de saúde levou à regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Portugal, Regulamento n.º 428/2018), que suporta a importância de termos profissionais de enfermagem com formação especializada para trabalhar com as famílias (Silva et al, 2013; Frade et al, 2021).

Assim, para enfrentar os desafios decorrentes das mudanças demográficas e das necessidades de cuidados especializados, o XXIII Governo Constitucional, com o decreto-lei n.º 102/2023, implementa a criação de novas Unidades Locais de Saúde, visando a integração dos hospitais e centros hospitalares com os ACeS. Com esta mudança, pretende-se aprimorar a prestação de cuidados de saúde, com foco na proximidade, continuidade na assistência e investimento na promoção da saúde, alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), sobretudo com o ODS 3 “Saúde de Qualidade” (Portugal, decreto-lei n.º 102/2023). Simultaneamente com o decreto-lei n.º 103/2023, o XXIII Governo Constitucional assumiu o compromisso que o modelo de USF assegure pelo menos, 80% da população até final da corrente legislatura, e como tal pretende generalizar o modelo B e o respetivo regime remuneratório e de incentivos a outras tipologias de unidades (Portugal, decreto-lei n.º 103/2023).

Também, com vista ao melhor conhecimento do contexto da prática clínica de enfermagem de saúde familiar onde desenvolvi o meu estágio com relatório final, realizarei uma breve caracterização do município de Viseu, uma descrição da ULS VDL e da organização, dinâmica e funcionamento da USF Grão Vasco.

1.1 - Caracterização da cidade de Viseu

As origens de Viseu remontam à época castreja. Durante a Romanização, tornou-se um importante agregado populacional, talvez devido ao entroncamento de estradas romanas como comprova a existência do maior monumento peninsular romano, a Cava de Viriato, que



Figura 1 - Cava de Viriato, visualização do formato octogonal

Fonte: <https://visitviseu.pt/images/cidade-viriato/v5nxx-vj8ic0c4skowo.png>

constituía uma estrutura defensiva octogonal, como ilustrado na figura 1 (Viseu, 2024). Depois da ocupação romana na Península, seguiu-se a elevação da cidade a sede de diocese no século VI. Foi ocupada por muçulmanos no século VIII e, durante a reconquista, foi alvo de ataques alternados entre cristãos e muçulmanos. Um dos marcos dessa época foi a morte de D. Afonso V, rei de Leão e Galiza, no cerco a Viseu em 1027. A reconquista definitiva ocorreu pelas mãos de Fernando Magno, rei de Leão e Castela, nos séculos IX-X. Mesmo antes da criação do Condado Portucalense, a cidade foi residência temporária dos pais de D. Afonso Henriques, D. Teresa e D. Henrique que, em 1123, concederam a Viseu um primeiro foral (Viseu, 2024).

Durante o século XIV, a cidade foi atacada e incendiada pelas tropas de Castela, tendo D. João I ordenado a edificação de um cerco defensivo - do qual resta a Porta dos Cavaleiros e a Porta do Solar, para além de escassos troços de muralha, ilustrado na figura 2 (Viseu, 2024).



Figura 2 - Porta do Solar e Muralha Afonsina

Fonte: <https://www.cm-viseu.pt/pt/noticias/arqueologos-esclarecem-que-nenhum-troco-da-muralha-afonsina-foi-demolido-recentemente/>



Figura 3 - Estátua Infante D. Henrique

Fonte: <http://dubleudansmesnuages.com/wp-content/uploads/2008/07/mc-infante-d-henrique-viseu.jpg>

No século XV, é atribuído o título de Duque de Viseu ao Infante D. Henrique, cuja estátua data de 1960 (figura 3). Em 1513, D. Manuel I renova o foral de Viseu, verificando-se o desenvolvimento do atual centro da cidade, o Rossio que, rapidamente, se tornaria o ponto de encontro da sociedade (Viseu, 2024).

É neste século que vive Vasco Fernandes, mais conhecido por Mestre Grão Vasco, considerado o mais importante pintor nacional renascentista. A sua obra encontra-se em várias igrejas da região e no Museu Grão Vasco, como ilustra figura 4 (Viseu, 2024).

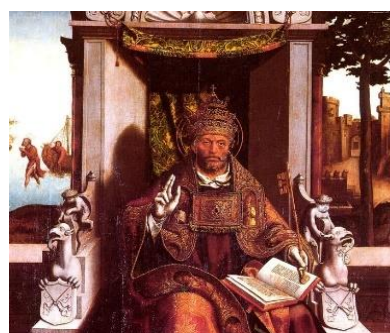


Figura 4 - Grão Vasco

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/78/Saint_Peter_by_Gr%C3%A3o_Vasco.jpg

Segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos III, Viseu integra a sub-região portuguesa pertencendo à região do Centro, denominada Viseu Dão-Lafões (Viseu-Dão Lafões, 2025). Esta região abrange 14 concelhos: Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e

Vouzela (figura 5). Com uma área de mais de 3238 Km² e uma população residente de 252 793 habitantes, Dão-Lafões faz a ponte entre as sub-regiões mais desenvolvidas do litoral e as menos desenvolvidas do interior, razão pela qual apresenta simultaneamente, em si, aspetos muito diferentes, característicos de cada um destes dois extremos (Viseu Dão-Lafões, 2025).

O concelho de Viseu representa cerca de 10% do total do distrito, com uma área total de 507,1 km² e 100 237 habitantes e após a reorganização administrativa de 2013, o concelho encontra-se organizado em 25 freguesias, ilustrado na figura 6 (Viseu, 2024).

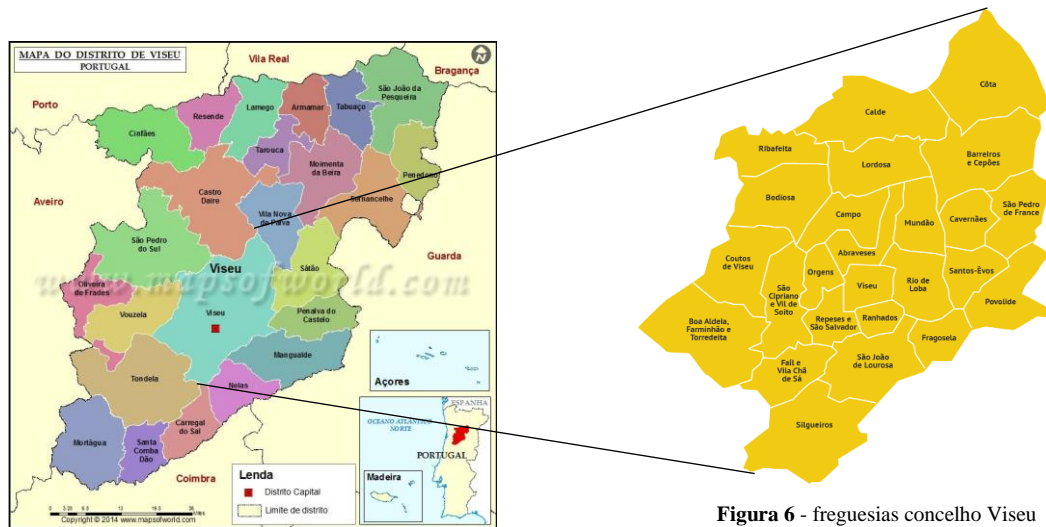


Figura 5- mapa de Portugal com Distrito de Viseu

Fonte: <https://pt.mapsofworld.com/portugal/districts/maps/viseu-mapa.jpg>

Figura 6 - freguesias concelho Viseu

Fonte: https://www.cmviseu.pt/fotos/editor2/freguesias_viseu_01.png

A unidade funcional onde realizei o estágio com relatório final situa-se no concelho de Viseu, chama-se de USF Grão Vasco e pertence à ULS Viseu Dão-Lafões.

1.2 - Caracterização da ULS Viseu Dão Lafões

A Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, foi criada pelo Decreto-Lei n° 102/2023, de 7 de novembro, pela integração do Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., o qual havia sido criado em 2 de Março de 2011, através do Decreto-Lei n° 30/2011, por fusão do Hospital de São Teotónio, E.P.E e o Hospital Cândido Figueiredo, Tondela. A ULS VDL tem a sua sede na Avenida do Rei Dom Duarte em Viseu e a sua área de influência é coincidente com a Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos III Dão Lafões. A ULS VDL, para além de dar resposta aos residentes na NUT Dão Lafões, é instituição de referência para muitos concelhos da ULS da Guarda, com destaque para Seia e Gouveia, dada a maior proximidade do Hospital S. Teotónio

de Viseu relativamente ao Hospital da Guarda, bem como para os concelhos do anteriormente designado ACoS Douro-Sul, em especial Moimenta da Beira, Sernancelhe e Penedono (Portugal, Ministério da Saúde, Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, 2025).

Destaca-se que na ULS VDL nos CSP trabalham 697 profissionais, distribuídos pelas diferentes unidades funcionais, dos quais 225 são enfermeiros, em que maioritariamente integram as USF modelo B, ou seja, 131 elementos e 56 as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e 24 as UCSP, conforme evidenciado na figura 7.

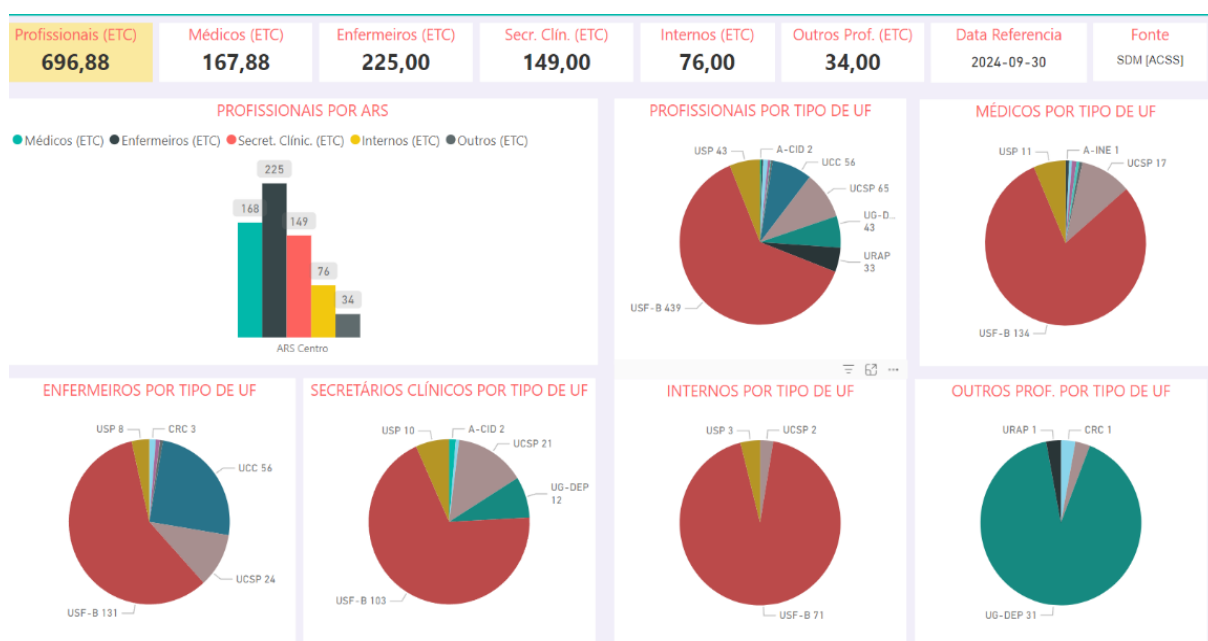


Figura 7 - Profissionais da ULS VDL nos CSP

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/utentesinscritos.aspx?isdlg=1>

1.3 - Caracterização da USF Grão Vasco

As Unidades de Saúde Familiar são unidades operativas dos CSP com autonomia organizativa, funcional e técnica, constituídas por equipas multiprofissionais, médico(a), enfermeiro(a) e administrativo(a), que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. É importante destacar, que primitivamente foi solicitada autorização à coordenadora da USF Grão Vasco (Apêndice I), a realização de todo o processo de consulta e divulgação dos dados de caracterização da unidade funcional, a qual teve parecer positivo (Anexo I).

A USF Grão Vasco iniciou atividade a 23 de outubro de 2006, funcionando em modelo B desde o dia 1 de setembro de 2008. É constituída por um grupo multidisciplinar, integrado por médicos, enfermeiros e secretários clínicos que, em conjunto, ambicionam criar, integrar e colaborar numa unidade funcional que se caracterize por uma prestação de cuidados de saúde primários de qualidade e individualizados, que assegure a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos e os adequue às necessidades da população, nomeadamente através da implementação de estratégias de prevenção de doença e educação para a saúde. É de realçar que a USF Grão Vasco foi uma das três primeiras USF acreditadas em Portugal, com atribuição do nível de acreditação “BOM” em 2011 e 2016 (USF Grão Vasco, 2016; USF Grão Vasco, 2019). O logótipo da USF Grão Vasco (figura 8) pretende envolver a família (a quem prestamos cuidados), num ambiente (Sé de Viseu/Museu Grão Vasco) que é peculiar e característico da nossa cidade, imbuído da simbologia de “proteção” (promover e manter a saúde), adstrita a estes monumentos (USF Grão Vasco, 2016).



Figura 8: Logotipo da USF GV
Fonte: regulamento interno da USF Grão Vasco

A USF Grão Vasco apresenta no seu regulamento interno alguns conceitos, que são importantes para fortalecer a identidade da unidade, garantir que o atendimento seja padronizado e humanizado, e para engajar tanto a equipa quanto os utilizadores em torno de um objetivo comum. Deste modo destacam-se os seguintes elementos, de acordo com o regulamento interno, 2016:

- **Missão:** Satisfazer, com excelência, as necessidades de cuidados de saúde primários das pessoas e das famílias que servimos.
- **Visão:** Ser uma USF de referência na prestação de cuidados de saúde, investindo tanto na efetividade, eficiência e humanização do serviço prestado, como no ambiente de trabalho, criando um espaço para a realização pessoal e profissional de todos os colaboradores.
- **Valores:** Acessibilidade; Ética; Efetividade; Satisfação; Cortesia; Qualidade; Atitude Proactiva; Amor à camisola.
- **Lema:** “Não faças aos outros aquilo que não queres que te façam a ti” (USF Grão Vasco, 2016).

1.3.1 - Área geográfica de influência

A USF Grão Vasco situa-se na Rua Madre Rita de Jesus em Jugueiros, nas instalações do Centro de Saúde Viseu 3. A área geográfica de atuação da USF estende-se a várias freguesias do concelho de Viseu, designadamente, Abraveses, Viseu, Ranhados, Rio de Loba, Campo, São Salvador/Repeses, Vila Chã de Sá/Fail, S. João de Lourosa e outras (USF Grão Vasco, 2019). Esta área de influência estende-se a freguesias das outras Unidades de Saúde de Viseu, devendo-se ao facto de os utentes residentes nessas freguesias terem acompanhado o médico de família (do Centro de Saúde Viseu 1) aquando da criação do Centro de Saúde Viseu 3.

Em janeiro de 2012, o antigo ACeS Dão Lafões publicou as áreas de influência das várias Unidades de Saúde, o que, sem prejuízo dos utentes já pertencentes à USF, delimitou as futuras afetações de utentes. Assim, atualmente, as freguesias afetadas à USF Grão Vasco são Fail, Ranhados, Repeses/S. Salvador, S. João de Lourosa e Vila Chã de Sá/Fail, como freguesias rurais e a Freguesia de Viseu, sendo esta estritamente urbana, conforme figura 9.

Durante o 2º semestre de 2017, a USF Grão Vasco assumiu a extensão de Silgueiros, pelo que a sua área de influência se estendeu a essa região (USF Grão Vasco, 2019).



Figura 9: Freguesias afetadas à USF GV
Fonte: regulamento interno da USF Grão Vasco

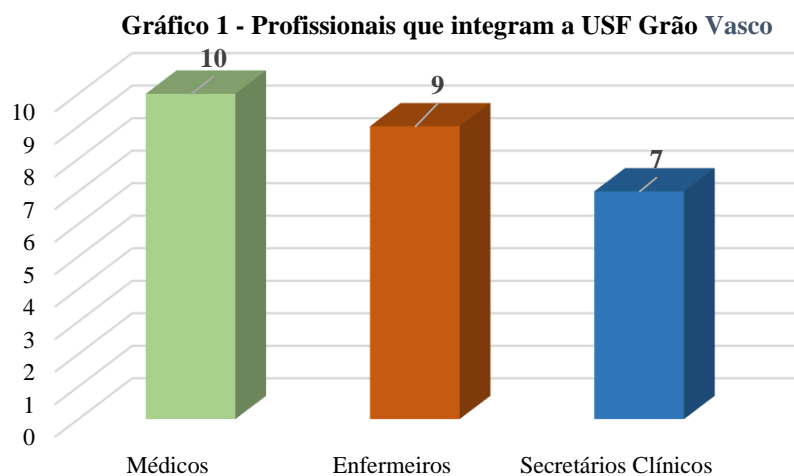
1.3.2 - Recursos

Recursos Físicos

O Centro de Saúde Viseu 3 é composto pela USF Grão Vasco, pela USF Viriato e pela USF Cidade Jardim. Dentro do mesmo edifício, funcionam ainda o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Viseu, um serviço de Radiologia, um gabinete da Assistente Social, uma Unidade de Cuidados na Comunidade, gabinetes de higiene oral e fisioterapia. A USF Grão Vasco é constituída por dois módulos, o módulo A e B. Em cada um existe um balcão de atendimento ao público onde trabalham os secretários clínicos, quatro gabinetes médicos, quatro salas destinadas à equipa de enfermagem (sala de tratamentos, sala de saúde infantil, sala de hipertensão/diabetes e gabinete de enfermagem) e um gabinete de planeamento familiar. Na entrada da USF está disponível um painel informativo para os utentes, com horários médicos, atos de enfermagem e resultados das atividades desenvolvidas pela USF, entre outras informações relevantes (USF Grão Vasco, 2019).

Recursos Humanos

Neste momento a equipa da USF Grão Vasco é composta por vinte e seis profissionais. Destes, dez são médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, nove são enfermeiros e sete secretários clínicos, todos com vínculo definitivo (gráfico 1).



No grupo de enfermeiros dois elementos são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, outros dois em Enfermagem de Saúde Comunitária e outro em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A USF ao longo dos anos tem tido um papel importante na formação quer pré-graduada quer pós-graduada. Para além dos dez médicos internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar é frequente a existência de internos do ano comum, internos da especialidade de Pediatria, alunos de Medicina e alunos de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu ou do Instituto Jean Piaget.

A USF engloba os seus profissionais em pequenas equipas multiprofissionais constituídas por médico(a), enfermeiro(a) e administrativo(a), aos quais se encontra atribuída uma lista de utentes/famílias. A equipa em que me integrei durante o estágio é formada pelo orientador de formação, Enfermeiro Renato Teixeira, pela Dr.^a Marisa Bizarro e pela administrativa Fátima Rodrigues.

Recursos Informáticos

O registo clínico da USF Grão Vasco é informatizado tendo sido alterado a plataforma, ou seja, até julho de 2017 os registos eram realizados na plataforma informática Vitacare® (programa transversal a todos os profissionais a trabalhar na USF, permitindo que todos acessem à base de dados dos utentes, ao agendamento e marcação de consultas, registo clínico, emissão de receituário, meios complementares de diagnóstico e terapêutica). Desde 17 de julho de 2017 o programa informático utilizado pela equipa médica e de enfermagem passou a ser o SClínico, e recentemente também o utilizado pelos secretários clínicos. Outras aplicações informáticas utilizadas são: PEM - utilizado para a prescrição eletrónica de medicamentos, cuidados respiratórios domiciliários e produtos de apoio; ALERT - usado para referenciação de utentes para a consulta externa hospitalar, facilitando a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados; SiiMA Rastreios - utilizado nos rastreios oncológicos (cancro do colo do útero e cancro colorretal); SICO - permite a emissão de certificados de óbito; RNU - faz a ligação ao Registo Nacional de Utentes; TAONet - permite o registo e monitorização dos parâmetros e terapêutica dos doentes hipocoagulados; SGTD - requisição e autorização de transporte de doentes; SINAVE - permite a notificação obrigatória de doenças transmissíveis por via informática (USF Grão Vasco, 2019).

1.4 - Organização e estrutura interna

O modelo organizacional adotado pela USF é do tipo Equipa Nuclear e Equipa Alargada. A Equipa Nuclear é composta por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico que têm a responsabilidade de cumprir as normas orientadoras e objetivos estabelecidos em Conselho Geral, bem como a prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos no respetivo ficheiro. A Equipa Alargada é composta por todos os profissionais da USF Grão Vasco e, numa lógica de cooperação e solidariedade, funciona em sistema de intersubstituição, tendo a responsabilidade de dar resposta, em áreas pré-definidas aos utentes inscritos na USF. À coordenação da Unidade compete orientar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da USF. Esta estrutura organizacional possibilita a proximidade e o bom relacionamento *inter pares* e *inter grupos* profissionais (USF Grão Vasco, 2016).

Relativamente ao Conselho Geral, é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, numa lógica de gestão participativa, isto é, cada profissional deve estar envolvido na tomada de decisões, nomeadamente na definição das metas, objetivos, na resolução de problemas, no acesso à informação e na monitorização da execução (USF Grão Vasco, 2016). Existe ainda um Conselho Técnico, formado por uma médica, uma enfermeira e um assistente clínico, ao qual compete a observação, análise e divulgação de Normas de Orientação Técnica emitidas pelas entidades competentes, garantindo, assim, a promoção de procedimentos e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados (USF Grão Vasco, 2016). Quanto à Equipa de Qualidade é composta por médico(a), enfermeiro(a) e secretário(a) clínico, cuja responsabilidade é a organização e atualização do Manual de Procedimentos em vigor na USF (USF Grão Vasco, 2016).

1.5 - Compromisso assistencial

O compromisso assistencial da USF vai além da simples prestação de serviços: ele é uma expressão do vínculo que a equipa de saúde estabelece com a comunidade, trabalhando para fortalecer o cuidado integral, o atendimento humanizado e a promoção de bem-estar. Ao garantir o acesso a esses serviços dentro de horários definidos e com uma oferta ampliada, a USF se posiciona como um pilar essencial na construção de uma saúde pública mais inclusiva

e eficaz. O compromisso assistencial da USF Grão Vasco tem por base uma carteira de serviços contratualizada com a ULS VDL, destacando-se, o horário de funcionamento, a carteira básica de serviços e uma carteira adicional, cada uma com objetivos definidos em sede de contratualização e plasmada na carta de compromisso 2024. Assim, quanto ao horário de funcionamento a USF tem um horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis, e aos sábados das 9 às 13 horas. Todo o utente tem a possibilidade de obter de atendimento médico, ou de enfermagem, no próprio dia. A marcação de consultas pode ser efetuada de forma presencial em todo o horário de funcionamento da USF e telefonicamente das 15 horas às 16 horas de segunda a sexta (USF Grão Vasco, 2024).

A USF tem um Pólo Assistencial em Silgueiros, sendo o horário praticado o descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Horário atendimento do Pólo Assistencial de Silgueiros

	Manhã	Tarde
Segunda-Feira	9:00 – 13:00	14:00 – 18:00
Terça-Feira	8:30 – 14:00	Encerrado
Quarta-Feira	8:30 – 13:00	14:00 – 18:00
Quinta-Feira	8:00 – 12:00	13:00 – 17:00

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182691/Pages/default.aspx>

No que diz respeito à carteira básica de serviços, a USF oferece várias consultas dos programas de saúde, nomeadamente: Saúde da Mulher, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Diabetes, Hipertensão Arterial, Hipocoagulados, Rastreio Cancro do Colón e Reto, Rastreio do Cancro do Colo do útero, Plano Nacional de Vacinação, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Carteira básica de serviços da USF Grão Vasco

<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de MGF (Consulta Programada); • Contactos Indiretos; • Consulta Aberta; • Consulta de Intersubstituição; 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de situações Urgentes /Emergentes; • Visitas Domiciliárias; • Atendimento telefónico; • Medidas Terapêuticas.
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta dos Programas de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Consulta de Saúde da Mulher (Planeamento Familiar/Menopausa); ➢ Consulta de Saúde Materna; ➢ Consulta de Saúde Infantil e Juvenil; ➢ Consulta de Diabetes; ➢ Consulta de Hipertensão Arterial. ➢ Consulta de Hipocoagulados ➢ Rastreio do Cancro do Colón e Reto ➢ Rastreio do Cancro do Colo do Útero ➢ Plano Nacional de Vacinação 	

Fonte: (USF Grão Vasco, 2024)

A importância da carteira básica reside na sua capacidade de oferecer um cuidado contínuo, próximo e preventivo, focado nos cuidados primários de saúde, que é o primeiro nível de contato do indivíduo/famílias com o sistema de saúde. Por ser um atendimento primário, ele deve resolver a maior parte dos problemas de saúde, evitando o agravamento de situações simples e gerando maior qualidade de vida para a população. Além disso, fortalece o vínculo entre a equipa de saúde e a comunidade, promovendo um acompanhamento mais personalizado e eficaz. Por outro lado, a USF Grão Vasco apresenta como carteira adicional de serviços a Consulta de Alcoologia, a Consulta do Pé Diabético e o Alargamento de horário, aos Sábados das 9 às 13 horas, (USF Grão Vasco, 2024).

1.6 - Caracterização dos utentes da USF Grão Vasco

Em termos populacionais, a USF abrange 17 268 utentes inscritos (Figura 10), dados retirados da plataforma BI CSP referente ao mês de outubro de 2024. Analisando a pirâmide etária verifica-se uma baixa taxa de natalidade e um aumento da população idosa com elevado índice de dependência total (53,78%). A USF presta cuidados a 4040 idosos, dos quais 2004 são grandes idosos. As mulheres em idade fértil são 3779 e as crianças no 1º ano de vida são 88.

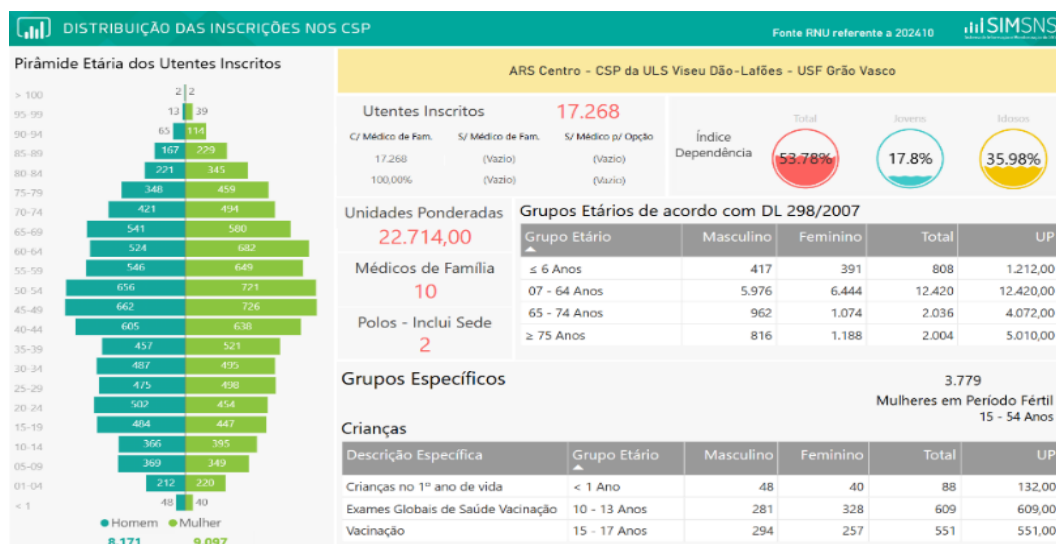


Figura 10 – Dados da caracterização dos utentes inscritos na USF Grão Vasco
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182691/Pages/default.aspx>

1.6.1 - Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família

Caracterizando, apenas, o ficheiro do Enfermeiro Tutor deste estágio com relatório final e porque entendo que o conhecimento da lista de utentes do enfermeiro quanto à sua dimensão e características específicas é fundamental para a gestão e organização da prática clínica, de forma a garantir a acessibilidade, efetividade e integração dos cuidados em saúde. Para o conhecimento integral do contexto profissional torna-se fundamental reconhecer o enquadramento familiar, considerando a inter-relação e interdependência de cada um dos seus elementos, assim como, a sua articulação e inserção na comunidade. Com a caracterização desse contexto, o enfermeiro é capaz de planear a sua atividade assistencial em função das necessidades da lista de utentes, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. O ficheiro da equipa de saúde familiar que integrei, segundo os dados disponíveis no programa MIM@UF, cuja divulgação foi autorizada pela Coordenadora da USF Grão Vasco, é composto em setembro 2024, por 2136 utentes, em que 84 têm menos de 7 anos e 254 mais de 75 anos, conforme se pode verificar na Tabela 1. Destaca-se que o número de Unidade Ponderadas (UP) é bastante superior ao preconizado pelo Regulamento n.743/2019, considerando que para efeitos de cálculo da dotação adequada de enfermeiros em cada USF, deveria existir um enfermeiro por 1550 utentes (1917 UP), ou um enfermeiro por cada 350 famílias. As Unidades Ponderadas relacionam-se com a idade dos utentes, pelo que pessoas com idade até 6 anos contam 1,5 UP, pessoas entre 7 e os 64 anos contam 1 UP, entre 65 e os 74 anos 2 UP e as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos 2,5 UP.

Tabela 1 - Utentes do ficheiro do enfermeiro orientador por género e idade

Grupo etário	Número utentes inscritos			UP
	Homem	Mulher	Total	
≤ 6 anos	43	41	84	126
7 – 64 anos	795	796	1591	1591
65 – 74 anos	96	111	207	414
≥ 75 anos	96	158	254	635
Total	1030	1106	2136	2766

Fonte: MIM@UF, setembro de 2024

Salienta-se que os utentes estão agregados em 993 processos familiares, em que o mínimo de elementos por agregado familiar, é naturalmente, 1 e o máximo de 7, conforme se pode verificar pela Tabela 2.

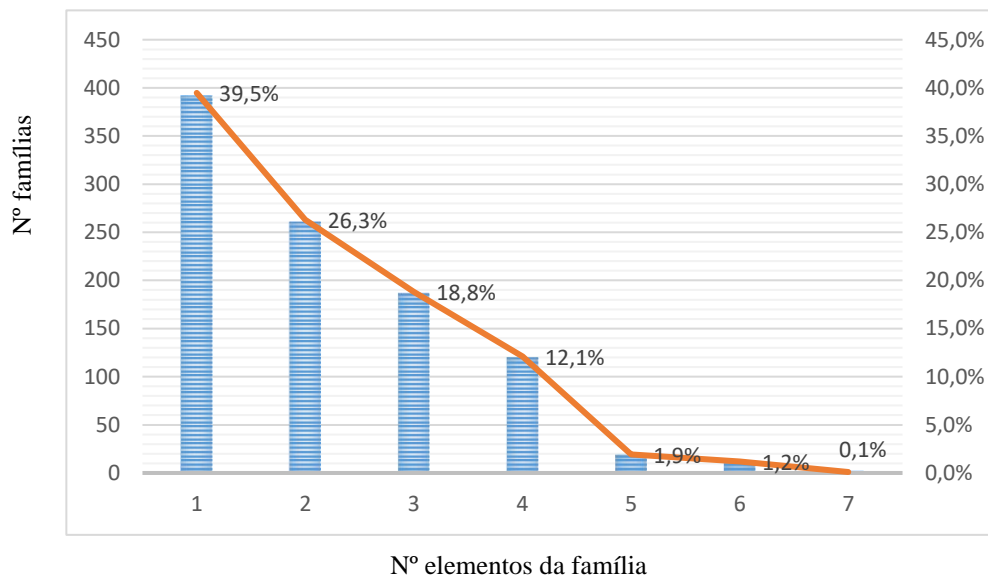
Tabela 2 - Relação do nº de utentes por processo familiar e o número de famílias inscritas

Número de utentes no processo familiar	Número de famílias inscritas
1	392
2	261
3	187
4	120
5	19
6	12
7	2
Total	993

Fonte: MIM@UF, setembro de 2024

Também se destaca que cerca de 40% (n=392) das famílias têm apenas um elemento, ou seja, famílias unifamiliares e cerca de 66% (n=653) têm 1 ou 2 elementos, conforme se observa no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Relação do nº de famílias e o número de elementos



De acordo com a Tabela 3, que mostra os problemas de saúde mais frequentes, podemos realçar a intervenção que o enfermeiro especialista em ESF assume, quer na gestão da saúde e/ou prevenção da doença, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis, onde o envolvimento da família se revela de crucial importância (por exemplo no que se refere à adesão a um regime alimentar adequado em todas as fases do ciclo vital), quer na gestão da doença, promovendo a gestão e adesão ao regime terapêutico, procurando envolver e empoderar os

utentes e respetivas famílias no sentido de alcançar a maximização do seu potencial de saúde (nomeadamente famílias com utentes com diabetes Mellitus e/ou hipertensão arterial).

Tabela 3 - Problemas de saúde mais frequentes no ficheiro de utentes

Top	Problema de Saúde	Número de utentes
1	Excesso de peso	548
2	Alteração metabolismo Lípidos	508
3	Hipertensão arterial	385
4	Obesidade	308
5	Abuso de tabaco	283
6	Perturbações depressivas	281
7	Distúrbio ansioso	193
8	Sensação de ansiedade	171
9	Diabetes Mellitus	165
10	Neoplasia maligna	116
11	Osteoartrose do joelho	103

Fonte: MIM@UF, setembro de 2024

Em setembro de 2024, podemos verificar que constavam do ficheiro do enfermeiro Tutor 9 famílias com crianças no 1º ano de vida, 9 famílias com crianças no 2º ano de vida e também 9 famílias com utentes grávidas, 529 mulheres em idade fértil e 585 mulheres elegíveis para rastreio do cancro do colo do útero, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Utentes inscritos no ficheiro por programa de saúde

Programa saúde	Número de utentes
Saúde Infantil - Crianças no 1º ano vida	9
Saúde Infantil- Crianças no 2º ano vida	9
Saúde Materna	9
Planeamento Familiar (15A-49A)	529
Rastreio Cancro Colo do Útero (25A-60A)	585

Fonte: MIM@UF, setembro de 2024

1.7 - Indicadores e ganhos em Saúde

Na operacionalização da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2024, foram contratualizadas diferentes áreas, em que se destacam os indicadores negociados entre a USF Grão Vasco e a ULS VDL. Estes apresentam as metas propostas por ambas as partes durante o processo negocial, em que o objetivo final é proporcionar aos utentes, serviços em saúde com elevada qualidade. Importante salientar que houve alterações com Decreto-Lei n.º 103/2023, onde o regime jurídico estabeleceu a organização e o funcionamento das USF,

assim como o regime remuneratório e de incentivos a atribuir aos profissionais que integram as USF modelo B.

Como tal, para além de se considerar o Índice de Desempenho Geral (IDG), foi introduzido o Índice de Desempenho da Equipa (IDE) que agrupa indicadores contratualizados e que fazem parte de um dos incentivos aos profissionais. Como se pode constatar pelas figuras 11 e 12, a USF em questão apresenta o valor do IDE e do IDG mais elevado da ULS VDL com 93,70 e 93,10 respetivamente, o que demonstra a excelente prestação da unidade. Realça-se que os índices estão divididos por subáreas, como o Acesso, a Gestão da Doença, a Gestão da Saúde, a Qualificação da Prescrição e Integração de Cuidados, com 12 dimensões e com 43 indicadores.

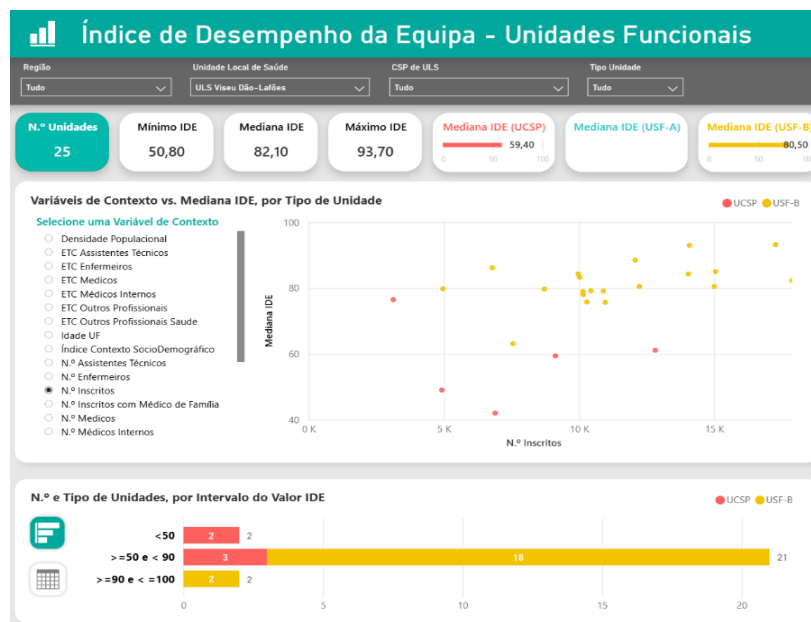


Figura 11 – Índice de Desempenho das Equipas da ULS VDL
Fonte: bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx

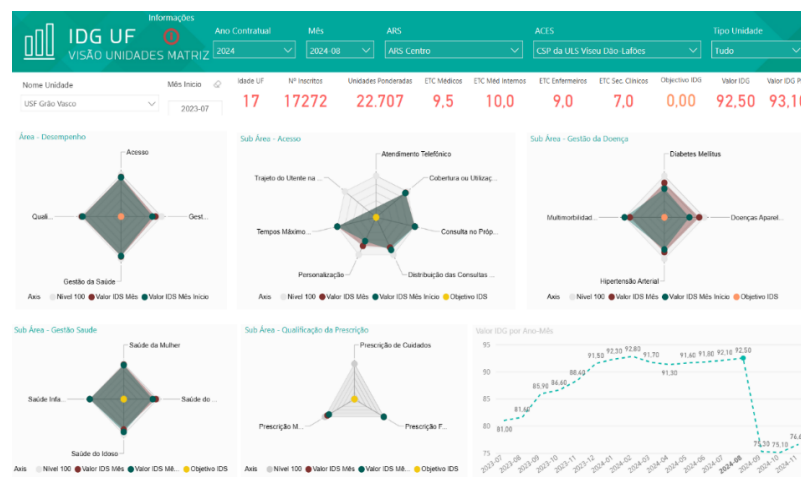


Figura 12 – Área/Subáreas e IDG da USF GV
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Concomitantemente com os valores apresentados para o Índice de Desempenho Geral e o Índice de Desempenho da Equipa, a USF também tem desenvolvido e implementado a metodologia de programas de melhoria contínua. A implementação de um programa de melhoria contínua em uma Unidade de Saúde Familiar, transcende uma simples otimização de processos, trata-se de uma estratégia essencial para garantir a excelência e a sustentabilidade dos cuidados de saúde primários. Num contexto de exigência crescente por qualidade, eficiência e personalização dos serviços, este tipo de programa assume um papel central na adaptação das práticas clínicas às necessidades reais da população e às orientações das políticas de saúde nacionais. Ao fomentar uma cultura organizacional focada na reflexão crítica e na aprendizagem contínua, os programas de melhoria contínua permitem identificar fragilidades nos processos, reduzir desperdícios e otimizar os recursos disponíveis. Através de metodologias sistemáticas, como o ciclo de melhoria contínuo *Plan-Do-Check-Act*, é possível avaliar e melhorar o desempenho das equipas, melhorando tanto a qualidade clínica quanto a experiência do utente.

Uma das grandes vantagens dos programas de melhorias, residem na capacidade de integrar indicadores multidimensionais que avaliam não apenas os resultados clínicos, mas também a segurança, a acessibilidade, a equidade e a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde. Esta abordagem holística contribui para garantir serviços de saúde centrados no utente, promovendo uma maior proximidade e confiança entre os cidadãos e as unidades de saúde. Além disso, a melhoria contínua reforça o envolvimento e a motivação das equipas multiprofissionais, fomentando a colaboração e o sentido de compromisso com a qualidade e os resultados.

Em última análise, ao sustentar uma base sólida de excelência clínica e operacional, as USF não só se posicionam como um elemento essencial do Serviço Nacional de Saúde, mas também fortalecem a sua capacidade de resposta aos desafios emergentes, garantindo cuidados mais seguros, eficazes e humanizados para a população. Deste modo, os profissionais da USF Grão Vasco estão profundamente comprometidos, com elevados padrões de qualidade no seu desempenho, sendo prova disso o início em 2011 do Programa de Acreditação, pela Agência de *Calidad Sanitária da Andaluzia*, com a mais recente auditoria ocorrida em outubro de 2023, em que obteve uma avaliação de nível Bom, com validade de cinco anos, conforme Figura 13.

Este processo, longe de estar concluído, implica constante monitorização, com identificação de áreas de melhoria e concretização de medidas que visem a resolução dessas lacunas identificadas. A Equipa de Qualidade mantém atualizado o Manual de Procedimentos onde, seguindo a metodologia da abordagem por processos, estão compilados os Processos de Gestão, Realização e Suporte que regem o bom funcionamento e os padrões de qualidade da USF.



Figura 13 – Certificação da Qualidade USF Grão Vasco
Fonte: USF Grão Vasco

2 - Fundamentos e Competências na Enfermagem de Saúde Familiar

A Enfermagem de Saúde Familiar constitui-se como uma área especializada da enfermagem que coloca a família no centro das intervenções em saúde, reconhecendo-a como um sistema dinâmico e interdependente. Este campo de atuação integra conceitos teóricos robustos com competências práticas especializadas, essenciais para lidar com as múltiplas dimensões que influenciam a saúde familiar. Historicamente, o papel da família na prestação de cuidados foi progressivamente relegado para segundo plano, particularmente com a transição dos cuidados domiciliares para os hospitalares durante o século XX (Figueiredo et al. 2023, p. 42). Contudo, o resgate da centralidade da família, fundamentado em abordagens sistêmicas e colaborativas, trouxe uma nova perspectiva para a prática da enfermagem (Figueiredo et al. 2023, p. 43). Nesse contexto, a ESF baseia-se em modelos teóricos como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, que oferecem um enquadramento conceptual para compreender e intervir nas dinâmicas familiares. Paralelamente, a prática clínica exige competências especializadas que incluem a capacidade de comunicação eficaz, liderança em processos de intervenção e a adoção de abordagens culturalmente sensíveis. Essas competências, regulamentadas por diretrizes como o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 428/2018, garantem que os cuidados de enfermagem sejam sustentados por evidências científicas e adaptados às especificidades de cada família.

Este capítulo explora a integração entre os fundamentos conceptuais e as competências especializadas na Enfermagem de Saúde Familiar, destacando a articulação entre teoria e prática como um elemento crucial para a promoção da saúde e o bem-estar das famílias. A interdependência entre teoria e prática é uma característica central da ESF, em que os fundamentos conceptuais oferecem um enquadramento teórico para a compreensão das dinâmicas familiares, enquanto as competências permitem traduzir esse conhecimento em intervenções práticas eficazes. Essa articulação também promove uma retroalimentação entre a prática e a teoria, possibilitando a evolução de modelos e abordagens que respondam às necessidades emergentes das famílias e comunidades.

2.1 - Fundamentos Conceptuais da Enfermagem de Saúde familiar

Historicamente, a prática de enfermagem teve as suas origens nos cuidados domiciliares, onde a família desempenhava um papel central na prestação de apoio físico, emocional e social e a abordagem centrada na unidade familiar eram componentes intrínsecos e amplamente aceites. Contudo, com a transição da prestação de cuidados dos domicílios para os hospitais, especialmente no contexto da Grande Depressão e da Segunda Guerra Mundial, ocorreu uma exclusão sistemática das famílias, não apenas da participação ativa nos cuidados aos seus entes queridos, mas também de eventos familiares fundamentais como o nascimento e a morte, tendo as famílias ficado excluídas de alguns acontecimentos importantes no seu ciclo vital (Wright & Leahey, 2009). Similarmente Figueiredo (2012, p.1) acrescenta que alicerçado num paradigma de racionalidade científica fundamentado essencialmente na evolução científica e tecnológica, que implicou o desenvolvimento dos cuidados hospitalares, a enfermagem descentrou-se da esfera privada do domicílio das famílias para a esfera pública, representada pelas instituições hospitalares. Esta transição, originou uma fragmentação da relação entre os profissionais de saúde e as famílias, relegando estas últimas a um papel secundário na gestão dos cuidados. Esse processo histórico reflete uma evolução significativa na prática da enfermagem, que atualmente se encontra em uma fase de resgate da centralidade das famílias nos cuidados de saúde. Diferentemente do passado, esse retorno é alicerçado em um robusto corpo de evidências científicas, maior compreensão teórica, e uma abordagem ética pautada no respeito e na colaboração interprofissional, consolidando um avanço sem precedente na valorização da família como parceiro essencial no cuidado em saúde (Wright & Leahey, 2009).

Nos últimos anos, houve uma revalorização do papel da família, com esforços crescentes para reintegrá-la como participante ativo em processos de cuidado, à luz de novas perspectivas científicas e éticas (Wright & Leahey, 2009). A Enfermagem de Saúde Familiar constitui uma área especializada da enfermagem que tem a família como unidade de cuidados, compreendendo-a como um sistema dinâmico, interdependente e influenciado por fatores internos e externos. Este campo enfatiza a importância de intervenções centradas na família, considerando não apenas as necessidades individuais de cada membro, mas também as interações, relações e recursos da unidade familiar no seu conjunto (Figueiredo, 2012). A sua fundamentação conceptual baseia-se em modelos teóricos e evidências científicas que sustentam práticas colaborativas e integradas para promover a saúde e o bem-estar no contexto familiar. Paralelamente, os avanços na prática baseados em evidências contribuíram para a

construção de estratégias inovadoras que integram intervenções educativas, preventivas e terapêuticas direcionadas às especificidades das famílias.

A prática da ESF exige competências específicas, que incluem a capacidade de estabelecer uma relação colaborativa com a família, realizar avaliações profundas das suas necessidades e desenvolver planos de intervenção personalizados. Além disso, é fundamental que o enfermeiro adote uma abordagem sensível às dinâmicas culturais, sociais e económicas que influenciam a saúde familiar, promovendo práticas que respeitem a diversidade e fortaleçam a autonomia das famílias. Dessa forma, o enquadramento conceptual da ESF reflete um compromisso com a integralidade do cuidado, posicionando a família não apenas como objeto de intervenção, mas como elemento ativo e parceiro essencial no processo de promoção da saúde e gestão das condições de doença de todos os seus elementos (Figueiredo, 2012). Este paradigma reforça a importância de uma prática reflexiva, sustentada por uma visão holística e interdisciplinar, que contribui para o fortalecimento das famílias como núcleo essencial para a saúde e bem-estar das comunidades.

Família

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a família é reconhecida como a unidade básica da sociedade, desempenhando um papel central na promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os seus elementos. A família é compreendida como um sistema dinâmico e interdependente, onde os acontecimentos experienciados por cada elemento, influenciam o equilíbrio e a funcionalidade do seu todo (Figueiredo, 2012). A literatura apresenta múltiplas conceções de família, variando os aspetos enfatizados por cada autor, o que faz com que não haja uma definição universal para o conceito de família. Segundo Spínola e Figueiredo (2023, p. 93), é fundamental definirmos ‘família’, principalmente na área da enfermagem, porque os enfermeiros trabalham com famílias com estruturas distintas, tanto tradicionais como menos tradicionais. A definição de família apresenta-se como um conceito multidimensional e dinâmico, que varia de acordo com perspetivas culturais, sociais, históricas e jurídicas, refletindo as transformações nas estruturas e nos papéis familiares ao longo do tempo. Segundo Hanson (2005, p.6), “(...) 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”. De acordo com Figueiredo (2012), a família, como grupo, evolui segundo as suas finalidades, desenvolvendo funções que se transformam ao longo do ciclo de vida, influenciadas por transições normativas e acidentais, acrescentando que “...é todo e partes ao mesmo tempo,

assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes...qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar” (p.67). Além disso, é descrito como “um sistema relacional inserido e articulado em diversos contextos, agrega um sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização” (Figueiredo, 2012, p.68).

As famílias, caracterizadas por grupos de indivíduos que possuem laços afetivos fortes e um profundo sentido de pertença, onde influenciam e são influenciados pelas interações entre os seus elementos, que moldam as atitudes, os objetivos e a percepção de saúde. Cada família é composta por indivíduos com experiências biopsicossociais, espirituais e culturais únicas, o que confere singularidade à sua vivência de saúde e doença. A comunicação, seja verbal ou não verbal, é um elemento significativo, enquanto o património cultural e histórico constitui parte integrante da identidade e bem-estar familiar. Assim, cada família possui uma visão singular sobre a saúde, moldada pela experiência e contexto (OE, 2017). No entanto, uma definição de família, por si só, não é suficiente para abarcar a complexidade deste sistema. A pluralidade das definições de família, ressalta a necessidade de uma abordagem integrada, que reconheça tanto os aspetos estruturais, quanto as dinâmicas internas e os fatores externos que moldam o funcionamento familiar. Deste modo, considera-se fulcral, compreender as transformações que a família atravessa na sua estrutura ao longo do tempo, bem como as funções que desempenham nas diferentes etapas do ciclo vital, de forma a possibilitar a implementação de cuidados de enfermagem, verdadeiramente individualizados e eficazes, que considera a especificidade e a singularidade de cada unidade familiar. A compreensão dos diferentes tipos de famílias é essencial, pois permite uma abordagem mais adequada e personalizada no cuidado de saúde, especialmente em Enfermagem de Saúde Familiar (Pires, 2016). “A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” Figueiredo (2012, p.74). A estrutura da família passa por perceber o funcionamento, considerando “quem, com quem, para fazer o quê; como, quando e onde” (Alarcão, 2002, p.54). Cada tipologia de família possui características, dinâmicas e necessidades únicas, que devem ser respeitadas e integradas no planeamento e na prestação de cuidados. Conhecer as variações na estrutura familiar, como classificou Minuchin, citado por Pires (2016, p.9) família nuclear simples, nuclear numerosa, extensa e de origem alargada, extensa composta, monoparental, homoparental, reconstituída, sem família e equivalentes familiares, possibilita que os profissionais de saúde compreendam melhor as particularidades e

desafios enfrentados por cada família. Isso garante que os cuidados sejam mais específicos, respeitando as especificidades de cada unidade familiar e promovendo a saúde e o bem-estar de forma global. “Como sistema a família é compreendida como um todo e partes indivisíveis...cada indivíduo é ele próprio um subsistema da família ou um sistema, e faz parte de vários sistemas” Figueiredo (2012, p.34).

Numa família, existem quatro subsistemas: individual, conjugal, parental e fraterno, que possuem funções e papéis próprios, sendo organizados e delimitados por fronteiras ou limites, que Minuchin (1979) classificou de três tipos: claros, difusos e rígidos. O seu conhecimento é fundamental para compreender como a família regula a informação que vem do exterior, assim como dos vários subsistemas, garantindo o equilíbrio e a funcionalidade do sistema familiar (Alarcão, 2002). No subsistema individual, os limites permitem que o indivíduo desenvolva papéis tanto na família quanto em outros contextos. No subsistema conjugal, destacam-se fronteiras claras favorecendo a privacidade e a proteção do casal, permitindo que este funcione como modelo relacional para os filhos. No subsistema parental, os limites definem a autoridade dos pais e a sua responsabilidade na proteção e educação das gerações mais novas, assegurando a transmissão de valores e a aprendizagem de como gerir conflitos. Por fim, no subsistema fraternal, limites flexíveis promovem uma interação saudável entre os irmãos, permitindo a exploração de papéis no grupo de iguais e em contextos externos, como a escola e os amigos (Alarcão, 2002). A flexibilidade dos limites é determinante para o grau de funcionalidade do sistema familiar, pois facilita as mudanças estruturais resultantes das interações entre seus membros, permitindo a adaptação às variações do ambiente (Figueiredo, 2012). Assim, a saúde familiar depende de limites que sejam nem muito rígidos, que comprometam a comunicação, nem muito difusos, ou que causem falta de autonomia entre os subsistemas. Inerentemente associado à família está a sua função, referindo-se esta às diversas responsabilidades e tarefas que uma família desempenha para garantir o bem-estar, o desenvolvimento e a coesão dos seus elementos. Ao longo do tempo, a sociedade experimentou alterações visíveis, refletidas na transformação das funções familiares e na introdução de novas funções, conforme destacadas por Hanson (2005) (Tabela 5).

Tabela 5 - Funções da Família Contemporânea

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

Fonte: Hanson (2005, pp. 28-29)

Salienta-se que, embora algumas famílias possam compartilhar a mesma composição estrutural e funções idênticas, podem interagir de forma diferente, o que reflete a dinâmica única de cada sistema familiar. O processo familiar é orientado por padrões e regras que orientam as relações internas, sendo constantemente adaptado às mudanças externas e internas. Através desse processo, a família lida com os desafios, desenvolve formas distintas de se comunicar, resolver conflitos ou de se ajustar às transições, devido às influências individuais, culturais, ambientais e emocionais que moldam suas experiências (Minuchin, 1979, citado por Alarcão, 2002). Como tal, compreender a estrutura, função e processo familiar é essencial no campo da Enfermagem de Saúde Familiar, pois são conceitos interdependentes que fundamentam o funcionamento e o desenvolvimento das dinâmicas familiares, fornecendo uma visão mais abrangente das necessidades e particularidades de cada sistema familiar, permitindo cuidados mais integrados e individualizados.

O desenvolvimento familiar refere-se à mudança da família enquanto grupo e dos seus elementos individualmente (Alarcão, 2002). Deste modo, existem transformações na organização da família, com alterações de tarefas, as quais são bem definidas, dando-se a essa sequência a designação de Ciclo Vital (Relvas, 1996 citado por Alarcão, 2002). O Ciclo Vital inicia-se com a formação da família e continua até ao final desta. As tarefas determinam as fases do ciclo conseguindo antecipar a sequência de mudanças na estrutura da família ao longo do seu desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Uma análise do ciclo vital, permite entender como as famílias se reorganizam diante de transições normativas e não normativas, promovendo o equilíbrio e a continuidade do sistema familiar. Duvall e Miller (1985) expandiram as etapas do ciclo vital, inicialmente definidas, para um modelo de oito etapas: casal sem filhos, família

com filhos pequenos, família com filhos em idade escolar, família com adolescentes, família com filhos adultos, família de meia-idade e família idosa (Figueiredo, 2012). Por sua vez, Relvas (2000) definiu um modelo com cinco etapas principais: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos em idade escolar, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Figueiredo, 2012). Identificar o estágio do ciclo vital da família ajuda a compreender seu contexto e desafios únicos. As mudanças ao longo do ciclo podem gerar crises normativas, ligadas às etapas de desenvolvimento, ou acidentais, como doenças, sendo que a capacidade de adaptação da família a essas crises é crucial para manter a sua integridade ou promover a sua evolução.

Modelos e Teorias no Desenvolvimento da Enfermagem de Família

A enfermagem de família é vista como uma área disciplinar da enfermagem, com um conhecimento teórico específico, que se desenvolve com base na emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar. Este campo está associado à investigação de mudanças paradigmáticas, destacando a família como o principal foco dos cuidados, e fundamenta-se em teorias das ciências sociais da família, teorias da terapia familiar e em modelos e teorias de enfermagem (Figueiredo, 2012). Entre os três tipos de teorias, as teorias das ciências sociais da família são as mais amplamente desenvolvidas e fornecem insights relevantes sobre fenômenos familiares, como a função familiar, as interações entre a família e o ambiente, as dinâmicas internas, e as alterações ao longo do tempo, bem como uma resposta familiar à saúde e à doença. No entanto, a sua abordagem estratégica não é suficiente para sustentar a avaliação e intervenção da enfermagem familiar, o que exige o uso de teorias e modelos específicos em enfermagem (Hanson, 2005).

Relativamente às teorias da terapia familiar, embora menos desenvolvidas que as ciências sociais, são essenciais na enfermagem de família, pois derivam da prática profissional. Contudo, nem todas são aplicáveis à enfermagem uma vez que a enfermagem se centra no continuum saúde-doença e na promoção da saúde, enquanto a terapia familiar se destina apenas a famílias com problemas e, por esse motivo, as conceitualizações nem sempre são aplicáveis a famílias saudáveis ou a famílias com problemas de saúde de natureza fisiológica (Hanson, 2005). O mesmo autor salienta que dos três tipos de teorias referidas, as teorias de enfermagem são as menos dirigidas à enfermagem de família, uma vez que, inicialmente, a maioria dos modelos de enfermagem estava voltada para o indivíduo, necessitando agora de uma expansão para incluir a família como o foco dos cuidados, a fim de se tornarem plenamente aplicáveis à

prática da enfermagem familiar. Figueiredo (2012) realça a importância de diversos modelos e teorias de enfermagem para as práticas focadas no sistema familiar, consolidando ao mesmo tempo a sua afirmação conceitual, evidenciando-se as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen, que são consideradas especialmente relevantes para o desenvolvimento da enfermagem de família. A mesma autora refere que fundamentados nestes referenciais epistemológicos, surgiram vários modelos que possibilitam operacionalizar intervenções familiares, entre os quais se destaca o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Este modelo foi desenvolvido pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, partindo de um percurso de investigação com enfermeiros de família, em contexto de CSP, em Portugal. O desenvolvimento deste modelo, teve por base os modelos Calgary de avaliação e intervenção na família, desenvolvido e aperfeiçoado por Wright & Leahey, tendo como finalidade responder às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados à família enquanto alvo de cuidados, constituindo-se como um referencial teórico e operativo (Figueiredo, 2012).

No MDAIF, o enfermeiro incentiva os membros da família, a promover ativamente o seu funcionamento efetivo, em todas as áreas relevantes, na promoção e manutenção da saúde familiar. Este modelo foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo integrado o programa informático SClínico. Figueiredo (2012) define, no MDAIF, os principais conceitos do metaparadigma de enfermagem: a família, a saúde familiar, o ambiente familiar e os cuidados de enfermagem à família. Família é considerada “um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade [...], confere-lhe unicidade num contexto de diversidade” (Figueiredo, 2012, p. 70). A saúde familiar é definida como “estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Figueiredo, 2012, p.68). O ambiente familiar é composto “por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais [...] que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade” (Figueiredo, 2012, p. 68). O cuidado de enfermagem à família “centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa” (Figueiredo, 2012, p. 70). O MDAIF está fundamentado em princípios da teoria familiar e pressupõe um sistema terapêutico em colaboração, capaz de produzir mudanças ao nível de três dimensões que refletem áreas de atenção familiares relevantes na prática dos cuidados de enfermagem, e são elas: dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional, conforme Figura 14 (Figueiredo, 2012).

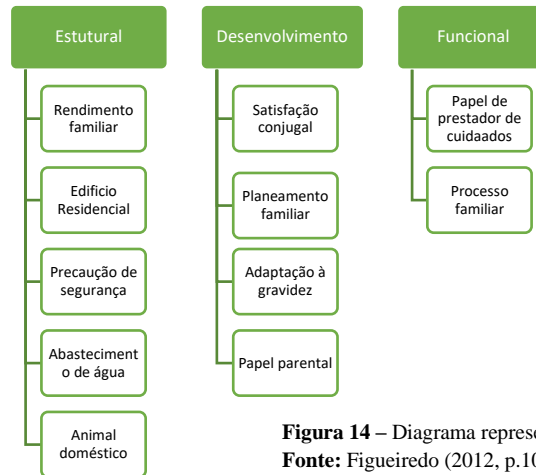


Figura 14 – Diagrama representativo do MDAIF
Fonte: Figueiredo (2012, p.104)

A análise das teorias e modelos que sustentam o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar, evidencia uma evolução nas perspectivas de abordagem ao processo de cuidados. Inicialmente, uma família foi concebida como contexto ou ambiente integrador do indivíduo, evoluindo para uma concepção mais abrangente, onde é entendida como um sistema interativo. Essas diferentes perspectivas refletem os diferentes níveis de prática de enfermagem de família descritos na literatura por diversos autores, evidenciando a complexidade e a multidimensionalidade desta área disciplinar.

Níveis da prática de Enfermagem de Família

A prática de enfermagem de família requer uma base teórica sólida que oriente a avaliação e a intervenção junto às famílias, considerando a sua complexidade, dinâmicas e necessidades específicas. As teorias e os modelos de enfermagem emergem como ferramentas essenciais para estruturar essa prática, oferecendo fundamentos científicos que garantem uma abordagem sistemática e eficaz. Bomar, 1996, citado por Hanson (2005) propôs uma classificação estruturada em cinco níveis para a prática de enfermagem de família, baseada no paradigma "de principiante a perito" (p. 8). Essa classificação sugere uma evolução progressiva no foco do cuidado: nos três primeiros níveis (principiante, principiante experiente e competente), o cliente é o indivíduo inserido no contexto familiar, enquanto nos níveis mais avançados (eficiente e perito), o cliente passa a ser a família. Sob essa ótica, apenas enfermeiros especialistas, com formação de mestrado ou doutoramento e experiência significativa, possuem as competências para concretizar essa transição de foco, ampliando a abrangência do cuidado individual para a família como cliente. Com base na literatura sobre enfermagem de família, Hanson (2005) apresenta quatro abordagens fundamentais para a prática, investigação e educação em enfermagem de família e sublinha que a abordagem aplicada pelos enfermeiros é

condicionada por múltiplos fatores, como o contexto em que os cuidados são prestados, as especificidades das famílias atendidas e os recursos disponíveis para os profissionais. Segundo o mesmo autor, as quatro abordagens possíveis são:

1. A família como contexto – Sendo a abordagem tradicional da enfermagem, encara o indivíduo como cliente e a família como contexto, revelando-se recurso ou fator de stress para o indivíduo (o indivíduo está em primeiro plano e a família em segundo);
2. A família como cliente - A família como cliente constitui o alvo dos cuidados (a família é colocada em primeiro plano e os indivíduos em segundo). Nesta abordagem a família é encarada como a soma dos seus membros e o foco está em cada um, sendo cada pessoa avaliada e os cuidados prestados a todos os membros da família;
3. A família como sistema - O alvo é a família como cliente e é vista como um sistema interativo no qual o todo é mais do que a soma das suas partes. Esta abordagem foca-se simultaneamente no indivíduo e na família e as interações familiares tornam-se alvo das intervenções de enfermagem resultantes da avaliação realizada;
4. A família como componente da sociedade - A família (como um todo) é considerada como uma instituição dentro da sociedade interagindo com as outras instituições que a rodeiam, tais como instituições de saúde, de ensino, de solidariedade, religiosas ou económicas (Hanson, 2005).

Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - área de ESF definidos pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em ESF desenvolve a sua prática numa parceria colaborativa com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa/família e não tanto nas doenças ou problemas, assumindo como foco a família como unidade de cuidados e valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017). À luz das classificações e orientações destacadas, a prática de ESF posiciona-se nos níveis mais avançados de competência profissional, caracterizados por uma formação especializada, frequentemente em nível pós-graduado, e pela experiência prática consolidada. Essa abordagem reflete um paradigma avançado de cuidado em que a família é reconhecida não apenas como contexto, mas como unidade central de cuidados. Assim, ao incorporar conhecimentos teóricos, competências clínicas e uma visão sistêmica das dinâmicas familiares, a ESF consolida-se como uma prática essencial para a promoção da saúde e a resposta às complexidades das transições e necessidades que marcam o ciclo de vida das famílias.

2.2 - Competências especializadas desenvolvidas na prática clínica

A aquisição de competências pelos profissionais de saúde é fundamental para fazer face ao impacto das transformações globais nos determinantes de saúde, na medida em que as mudanças vividas, como a globalização, as mudanças climáticas, as migrações em massa e as desigualdades socioeconómicas, afetam diretamente os determinantes de saúde, como educação, emprego, condições de trabalho, ambiente, habitação e acesso aos serviços de saúde, destacando-se que estes interagem de forma complexa, afetando a saúde de maneira multidimensional. Para responder a essas transformações, os profissionais de saúde têm de adquirir competências que lhes permitam compreender as novas realidades e adaptarem-se a essas mudanças. Necessitam de estar preparados para enfrentar novos desafios, promovendo a equidade e a resiliência nas respostas às necessidades emergentes de saúde (Ferreira, et al., 2023).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, o conceito de competências assume um papel central na prática clínica. As competências referem-se ao conjunto de “conhecimento, compreensão e julgamento, habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras, interpessoais e uma variedade de atributos e atitudes pessoais” (Guedes et al., 2019, p. 24), que o enfermeiro especialista desenvolve e aplica de forma integrada para garantir a qualidade e eficácia do cuidado prestado à família. Essas competências não se limitam ao domínio técnico, mas abrangem uma abordagem abrangente e contextualizada, englobando a capacidade de planejar, executar e avaliar cuidados que consideram as necessidades específicas de cada família, considerando o seu ambiente e etapa do ciclo de vital (Ferreira, et al., 2023).

Na prática clínica, o desenvolvimento de competências especializadas é dinâmico e contínuo, envolvendo tanto a formação académica quanto a experiência acumulada em situações reais de cuidado. O enfermeiro de saúde familiar depara-se com uma panóplia de situações que exigem a mobilização de competências multidimensionais - como o domínio de técnicas clínicas, a capacidade de comunicação eficaz com os membros da família, e a liderança na gestão de crises ou na promoção da saúde. Essas habilidades, somadas à sensibilidade para compreender as particularidades culturais, sociais e emocionais de cada núcleo familiar, são fundamentais para se conseguir um cuidado centrado na família. O foco nas competências implica também a capacidade de adaptação a diferentes contextos e realidades. Famílias enfrentam desafios de saúde variados, que vão desde a prevenção e a gestão de doenças crônicas até a resposta a emergências e situações agudas. Dessa forma, o enfermeiro especialista deve

ser capaz de avaliar, intervir e educar as famílias, com base em práticas fundamentadas em evidências e em uma compreensão aprofundada das interações familiares (Figueiredo et al. 2023).

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência técnica, científica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A certificação pela OE das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar nos diferentes contextos e níveis de prevenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). O enfermeiro de família é considerado o eixo estruturante e funcional no acesso aos cuidados de saúde primários (Portugal, Regulamento n.º 428/2018), que durante este percurso formativo prestou cuidados ao indivíduo/família nas diferentes fases do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com a carta de compromisso para o ano de 2024 da USF Grão Vasco, no âmbito da saúde familiar.

Neste capítulo pretende-se descrever e analisar, através de uma reflexão crítica, as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio que permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, regulamentadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro e, as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. O desenvolvimento destas competências ao longo do ensino clínico teve por base os princípios orientadores do plano de estudos da Escola Superior de Saúde de Viseu.

2.2.1 - Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Por “Competências Comuns” são entendidas as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). Existem quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, sendo que domínio de competência se refere a “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745), sendo estes:

responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, segundo o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar uma prática segura, profissional e ética, mobilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência deve ser alicerçada num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação metódica das melhores evidências e nas preferências do utente. Acrescenta que o Enfermeiro Especialista deve apresentar uma prática que respeite os direitos humanos, analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os utentes, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal com respetivas unidades de competência e atividades realizadas

Competência		CrITÉrios de avaliação/Atividades realizadas
Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional		
Unidade de competência	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	No contato direto com as famílias, construí estratégias para identificar necessidades por meio de realização de entrevistas e elaborei propostas para resolver os problemas levantados, trabalhando em parceria com as famílias e a equipa multidisciplinar. Todo o processo de cuidados e tomada de decisão foi suportado baseado no conhecimento e na experiência, selecionando as respostas mais apropriadas para a família. Demonstrei uma prática clínica segura e profissional, respeitando os princípios bioéticos e deontológicos garantindo o cumprimento das normas jurídicas, tanto ao colaborar com a equipa multidisciplinar quanto ao prestar cuidados aos utentes e suas famílias. Fomentei a segurança, a privacidade e a dignidade em todos os cuidados prestados à família, refletindo-se na execução de processos de cuidados de enfermagem, salvaguardando o consentimento informado, a confidencialidade da informação adquirida, e o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais de cada pessoa e família.
	Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	Disponibilizei-me na equipa como consultor quando os cuidados requeressem um nível de competência correspondente à área de especialidade em saúde familiar. Após a recolha de informações adequadas para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão, promovi e desenvolvi momentos de reflexão sobre estes processos de decisão junto do enfermeiro orientador e da médica de família. Reconheço as competências do enfermeiro na área de especialidade.
	Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	Avaliei os resultados das tomadas de decisão juntamente com o seu processo e partilhei os respetivos resultados.

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
Unidade de competência	Promove a proteção dos direitos humanos.	<p>Assumi a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.</p> <p>Assegurei o respeito pelo direito dos utentes no acesso a informação.</p> <p>Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, não deixando informação clínica visível e bloqueando a sessão do computador sempre que me ausentava do gabinete.</p> <p>Respeitei o direito dos utentes à sua privacidade, realizando consultas em gabinete próprio, de porta fechada.</p> <p>Assegurei o respeito do utente à escolha e à autodeterminação nos cuidados de saúde, integrando os elementos familiares na elaboração do plano de cuidados do utente de acordo com as necessidades sentidas por este.</p> <p>Assegurei o respeito pelos valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo e família.</p>
	Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	<p>Promovi a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>Procurei obter o consentimento informado dos utentes e das famílias antes da implementação dos cuidados.</p> <p>Promovi a livre escolha dos participantes nas entrevistas familiares realizadas, sendo a família a decidir quem estaria presente na consulta.</p> <p>Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade de todos os elementos e prevenindo a recorrência de incidentes da prática diária.</p>

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio, segundo o regulamento destacado anteriormente, o Enfermeiro Especialista deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participar na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. Salienta ainda que deve reconhecer 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. O Enfermeiro Especialista deve gerir o ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco, visível no Quadro 4.

Quadro 4 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade com respetivas competências / unidades de competências e atividades realizadas

Competência		Crítérios de avaliação/Atividades realizadas
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.		
Unidade de competência	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	No que se refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade demonstrei e mobilizei conhecimentos avançados acerca das diretivas na área da qualidade e ao nível da melhoria contínua, promovendo a partilha e incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. Acrescento, que integro o conselho técnico de uma USF há vários anos, e como tal, compete ao conselho técnico a orientação e atualização necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.
	Orienta projetos institucionais na área da qualidade	Identifiquei junto da equipa lacunas e necessidades na área da qualidade organizacional, protocolos, projetos de melhoria e obtenção de conformidades em auditorias.
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.		
Unidade de competência	Avalia a qualidade das práticas clínicas.	Baseio-me na evidencia científica, no pensamento crítico, nos instrumentos adequados e nas normas necessárias para a avaliação da qualidade. Elaborei uma reflexão crítica do meu desempenho, apresentando-a no relatório de estágio. Colaborei com o enfermeiro orientador, na auditoria realizada aos registos de enfermagem realizados aos utentes em programa de domicílios no Sclínico. Frequentemente realizo auditorias clínicas na minha USF, sendo o responsável por todo o processo, desde o planeamento até à análise e divulgação de resultados à equipa multidisciplinar.
	Planeia programas de melhoria contínua	Realizei um diagnóstico de situação no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, através do qual identifiquei oportunidades de melhoria ao nível do conhecimento e habilidades, no âmbito da saúde da família, com o foco em algumas temáticas de ESF e também nos registos clínicos.
	Lidera programas de melhoria contínua.	Liderei um programa de melhoria continua, em que foi realizada formação a toda a equipa de enfermagem, aprofundando conceitos e registos clínicos informáticos em Enfermagem de saúde familiar. Frequentemente supervisiono os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade, na USF onde exerço a minha atividade profissional.
Garante um ambiente terapêutico e seguro.		
	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	Considerarei a gestão do ambiente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes. Promovi um ambiente seguro para as famílias, pois apliquei os princípios da administração de substâncias terapêuticas, adotei as precauções básicas do controlo da infeção e fiz os devidos registos. Assegurei a segurança da prática clínica, respeitando as normas e procedimentos instituídos tais como a identificação inequívoca do utente. Adotei medidas para a segurança de dados e dos registos informáticos.
	Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	Conheci o mapa de riscos da USF, assim como os procedimentos para a participação de incidentes. Conheço também os planos de emergência, de catástrofe e de atuação em caso de falência informática. Organizei o meu trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro e de acidente. Colaborei com o enfermeiro orientador na manutenção preventiva dos materiais e equipamentos. Cumprir as medidas de prevenção e o controlo da infeção (5 momentos).

Domínio da Gestão dos Cuidados

No que se refere ao domínio da gestão dos cuidados o Enfermeiro Especialista deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Também adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Quadro 5).

Quadro 5 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Gestão dos Cuidados com competências / unidades de competências e atividades realizadas

Competência		Critérios de avaliação/atividades realizadas
Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.		
unidade de competência	Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	Disponibilizei assessoria aos enfermeiros e equipa na área da saúde familiar. Reconheci a importância dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, articulando com a equipa multiprofissional sempre que necessário. Colaborei com o enfermeiro orientador/equipa multidisciplinar, realizando consultas de enfermagem ao nível dos vários programas da carteira de serviços da USF.
	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	Orientei, instruí e avaliei a eficácia da equipa de limpeza na higienização dos gabinetes de enfermagem entre consultas de forma a assegurar a segurança e a qualidade.
adapta a liderança e a gestão dos recursos as situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados		
unidade de competência	Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos as necessidades de cuidados.	Articulei com todos os profissionais da USF de forma a maximizar a eficiência dos recursos, a segurança e a qualidade. Apliquei legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. Implementei métodos de organização do trabalho adequados ao cumprimento dos objetivos dos estágios.
	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	Compreendi os papéis e funções de todos os membros da equipa. vivenciei um ambiente positivo e favorável à prática e promovi estratégias de motivação. Adaptei o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Enfermeiro Especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. No Quadro 6 podemos analisar as respetivas competências/unidades de competência e as atividades realizadas para as atingir.

Quadro 6 - Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais com respetivas competências/unidades de competência/atividades realizadas

Competência		CrITÉrios de avaliação/Atividades realizadas
Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.		
Unidade de competência	Detm consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	Procurei continuamente o autoconhecimento e como isso pode interferir no relacionamento com o utente e com a equipa multidisciplinar, reconhecendo que a relação pessoal é afetada pela influência pessoal. Reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais.
	Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	Otimizei a congruência entre a autoperceo e a heteroperceo. Consegui gerir os meus sentimentos e emoções de forma a dar uma resposta eficiente, atuando eficazmente sob pressão. Antecipei situações de eventual conflitualidade e utilizei técnicas de prevenção e resolução de conflitos.
Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica		
Unidade de competência	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	Procurei com o enfermeiro orientador necessidades formativas na equipa de forma a colaborar na formação interna em saúde familiar. Realizei formação  equipa de enfermagem, na área de ESF ao nível do conhecimento e habilidades no âmbito da saúde da família, com foco nos registos clínicos.
	Suporta a prática clínica em evidência científica.	Promovi, junto da equipa, a incorporação do novo conhecimento e da especialização em ESF no contexto da prática de cuidados em USF. Procurei oportunidades relevantes de investigação, realizei um estudo de investigação que se encontra no capítulo 3.
	Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	Possuo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada segura e competente. Aproveitei as oportunidades de aprendizagem tanto na componente teórica como na competente prática deste mestrado, tendo iniciativa na análise de diversas situações clínicas. Implementei durante o estágio, o conhecimento científico, diversos modelos de enfermagem, com destaque o MDAIF, instrumentos de avaliação e intervenção de acordo com as situações clínicas. Usei as tecnologias de informação e métodos de pesquisa, de acordo com as necessidades decorrentes do contexto clínico. Participei no “I Congresso Internacional – Investigação, formação e práticas em cuidados de saúde: A formar profissionais de excelência” Fui co-autor, do poster apresentado com o título: Pesquisar, participar, inovar: Ferramentas criativas para o ensino superior em enfermagem no “I Congresso Internacional – Investigação, formação e práticas em cuidados de saúde: A formar profissionais de excelência”. Integrei a Comissão Organizadora do “II Congresso Internacional A família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”. Fui autor do poster com o título: Envolvimento da Família nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros – Scoping Review apresentado no “II Congresso Internacional A família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”.

2.2.2 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Por competências específicas entendem-se as “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de

adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). Com o decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na constituição das USF são integrados enfermeiros que têm de deter, pelo menos o título de especialista em ESF. Os enfermeiros especialistas em ESF detêm um saber geral e específico, baseando a sua prática profissional em evidência científica, em que a família é considerada o foco dos cuidados de enfermagem, o que permite ganhos em saúde. Os especialistas devem ter um conhecimento técnico aprofundado, mas também uma compreensão ampla e integrada dos determinantes sociais e familiares de saúde. Como tal, assume-se que o papel do enfermeiro especialista em ESF seja dinâmico e multifacetado, exigindo competências específicas para lidar com as complexidades e particularidades de cada família dentro de seu contexto sociocultural e econômico. Ao focar os seus cuidados na unidade familiar, o enfermeiro considera não apenas o indivíduo, mas também as interações e influências dos membros da família, entendendo como essas interações influenciam a saúde familiar. A inclusão da família em cuidados requer que os enfermeiros tenham uma postura acessível e assumam um comportamento de inclusão da família, vendo-a como o foco dos cuidados de enfermagem (Aragão et al., 2019).

As competências específicas, do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF em Portugal, são as seguintes: cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF (Portugal, Regulamento n.º. 428/2018 de 16 de julho, p. 19355).

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

No âmbito desta competência o enfermeiro especialista em ESF “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Portugal, Regulamento n.º. 428/2018 de 16 de julho, p. 19357). Salienta-se que um dos pressupostos definidos por Figueiredo (2012, p.70) afirma que “o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente”. Neste sentido, os cuidados de enfermagem centrados na família promovem a potencialização das suas forças, recursos e competências, numa abordagem colaborativa caracterizada pela coevolução processual. No quadro seguinte espelho as atividades realizadas para a aquisição desta competência.

Quadro 7 - Competência específica do enfermeiro especialista em ESF com respectivas unidades de competência e atividades realizadas

Competência	Critérios de avaliação/Atividades realizadas	
Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção		
Unidade de competência	<p>Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações Complexas.</p>	<p>Abordei as famílias com disponibilidade e criatividade, respondendo às suas necessidades tanto em contexto de unidade, como em contexto domiciliário.</p> <p>Estabeleci o diálogo familiar e, numa abordagem colaborativa, defini com a família objetivos de saúde, reforçando os seus pontos fortes e estabelecendo um plano de cuidados com a mesma, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde familiar.</p>
	<p>Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.</p>	<p>Analisei o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas.</p> <p>Identifiquei, crenças e cultura familiar de forma a compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações e decisões.</p> <p>Integrei informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal.</p> <p>Recorri ao MDAIF para avaliação das famílias, mobilizando vários instrumentos para avaliação das dimensões do modelo (Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar adaptada, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, e Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe, escala de Zarit, escala de Barthel, escala de Morse, escala de Braden).</p> <p>Avaliei a funcionalidade da família nos processos de transição, identificando elementos facilitadores e inibidores, possíveis pontos e eventos fortes e críticos, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis.</p>
	<p>Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>Mobilizei meus conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão.</p> <p>Analisei o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas.</p> <p>Compreendi a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os fatores ambientais e os recursos familiares na resposta da família a situações complexas.</p> <p>Avaliei e compreendi o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde, o meio ambiente e os cuidados de enfermagem.</p>
	<p>Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.</p>	<p>Criei um ambiente calmo e seguro para a discussão de temas difíceis através da consulta de enfermagem, na unidade ou no domicílio da família.</p> <p>Analisei como a dinâmica familiar e os fatores ambientais influenciam a saúde e os cuidados à família, mobilizando um pensamento sistemático e crítico, baseado nos conhecimentos adquiridos neste mestrado, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>Desenvolvi a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica, capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, colaborando com a mesma na elaboração de um plano de cuidados no sentido de alcançar os objetivos delineados colaborativamente.</p>

<p>Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.</p>	<p>Promovi o diálogo com o indivíduo e família, facilitando a consecução dos seus objetivos, utilizando estratégias e técnicas motivacionais no âmbito dos diferentes programas: Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Saúde Materna); Saúde Infantil e Juvenil; Rastreamentos oncológicos, nomeadamente RCCU e RCCR; Saúde do Adulto, principalmente na vigilância de doenças crónicas (Hipertensão e Diabetes); Saúde do Idoso; Consulta de Hipocoagulação; Tratamento de Feridas; Saúde da Família e Visitação domiciliária segundo as normas e orientações da Direção Geral de Saúde (DGS).</p> <p>Também promovi o cumprimento do PNV, a vacinação sazonal contra a gripe e Covid.</p> <p>Intervi de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, promovendo o diálogo por forma a facilitar a consecução dos seus objetivos, recorrendo a estratégias e técnicas de intervenção familiar aprendidas durante o mestrado.</p> <p>Integrei a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar.</p> <p>Desenvolvi, com a família, maneiras de lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar.</p> <p>Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo ambientes seguros e saudáveis para as famílias.</p>
<p>Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.</p>	<p>Encorajei as famílias a partilharem a sua história, mostrando disponibilidade e empatia;</p> <p>Facilitei a resposta da família em situação de transição complexa, identificando e analisando na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio.</p> <p>Documentei o processo de cuidados à família, registando no programa informático SClínico, a avaliação e intervenções realizadas.</p>
<p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.</p>	<p>Avaliei continuamente a minha prática, enquanto enfermeiro de família, junto do enfermeiro orientador, no sentido de melhorar o meu desempenho.</p> <p>Refleti sobre as interações enfermeiro-família, avaliando a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados.</p> <p>Prestei cuidados de ESF de acordo com os padrões preconizados.</p> <p>Promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.</p>
<p>Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</p>	<p>Avaliei a satisfação da relação enfermeiro-família e dos cuidados prestados.</p> <p>Avaliei a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares.</p> <p>Integrei a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, mobilizando os conhecimentos adquiridos na componente teórica do mestrado bem como no desenvolvimento do estudo de investigação descrito no capítulo seguinte.</p>

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Familiar

O enfermeiro especialista em ESF, conforme quadro 8, deve desenvolver e demonstrar a competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção, com mobilização e articulação dos recursos necessários e disponíveis para prestar os cuidados às famílias (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

Quadro 8 - Competência específica do enfermeiro especialista em ESF com respetivas unidades de competência e atividades realizadas

Competência		Critérios de avaliação/Atividades realizadas
Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Familiar		
Unidade de competência	Articula com as outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	<p>Promovi a colaboração interdisciplinar na saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, no sentido de desenvolver momentos de reflexão em conjunto acerca dos processos de tomada de decisão efetuados com as famílias e avaliando resultados alcançados com as mesmas.</p> <p>Promovi a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família, referenciando a família para outros profissionais de saúde, sempre que a situação exigia competências de outras especialidades, como a enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica para integração da família no programa de preparação para o parto. Também referenciei um utente/família para a Rede Nacional de Cuidados Continuados-tipologia ECCI.</p> <p>Dei a conhecer às famílias, a carta social e os recursos disponíveis da comunidade, para que pudessem optar de forma esclarecida quais os recursos sociais e de saúde que podem usufruir.</p> <p>Disponibilizei-me como consultor quando os cuidados requeressem um nível de competência correspondente à área de especialidade em saúde familiar.</p>
	Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	<p>Realizei com o enfermeiro orientador uma auditoria aos registos de enfermagem aos utentes em programa de domicílio.</p> <p>Utilizei os sistemas de informação e tecnologias disponíveis, para melhorar os resultados de saúde familiar, registando o processo de cuidados à família em SClínico. Utilizei as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF, nomeadamente aquando da realização de um plano de formação, à equipa de enfermagem intitulado “Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de Boas Práticas” (apresentado no apêndice II).</p> <p>Promovi uma cultura organizacional de formação, prática e investigação, procurando dar visibilidade à importância da formação pós-graduada em ESF.</p>

3 - Estudo Empírico

O estudo empírico constitui uma ferramenta indispensável para compreender fenómenos familiares, identificar necessidades e avaliar a eficácia de intervenções. De acordo com Creswell (2014), o estudo empírico baseia-se na recolha sistemática de dados observáveis para explorar questões de interesse prático e científico, fornecendo evidências que informam a prática clínica. A integração dos resultados provenientes de estudos empíricos na prática da enfermagem de saúde familiar é fundamental para a implementação da Prática Baseada na Evidência (PBE). Esta pode ser definida como a tomada de decisão clínica que tem em conta a melhor evidência disponível, o contexto de prestação de cuidados, a preferência do utente e o julgamento profissional de quem presta os cuidados. Para a práxis de enfermagem é elementar a utilização de teorias, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados na comunidade e utentes (Apóstolo, 2017). Vilelas (2022) refere que a investigação científica corresponde, de um modo geral, à atividade que permite a aquisição de conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. A aplicação da Prática Baseada em Evidência em ESF visa a identificação de intervenções eficazes, a gestão de cuidados complexos e a promoção da saúde em contextos familiares diversificados. Dessa forma, a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, engloba várias atividades e competências, detendo um papel fundamental na saúde das famílias. Frade, et al. (2021) destacam a relevância da investigação na área da saúde familiar, com a intenção de melhorar os cuidados de saúde prestados. Logo o enfermeiro é um profissional de saúde crucial no cuidado à família ao longo do ciclo vital. Portanto, a PBE não apenas aprimora a qualidade dos cuidados, mas também contribui para a sustentabilidade das intervenções, garantindo que as estratégias utilizadas sejam eficientes e sustentadas por resultado comprovados.

Colocar a família no centro dos cuidados de enfermagem e considerá-la parceira nos mesmos, pressupõe uma alteração no paradigma do cuidar em enfermagem. Surge então, a necessidade de perceber a perspetiva que os enfermeiros possuem sobre a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Após uma revisão da literatura existente sobre o tema e de uma reflexão sobre desenvolvimento pessoal e profissional, surge a necessidade de estudar

esta temática, com o objetivo de desenvolver competências como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar.

3.1 - Enquadramento teórico

O conceito de saúde tem vindo a evoluir ao longo dos tempos devido ao desenvolvimento de múltiplas áreas do conhecimento humano e da ciência (multidisciplinar), que permitem a compreensão dos fenómenos sociais e a influência que estes têm no bem-estar do indivíduo/ família/ comunidade. Atualmente, mais do que prevenir a doença é necessário promover a saúde conforme equacionado na Declaração da Alma-Ata (1978) e reforçado na Carta de Ottawa (1986).

A par da evolução dos cuidados de enfermagem, os cuidados à família surgiram muito cedo pelas mãos de Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem Moderna, ao priorizar o acolhimento das famílias e a sua inclusão como foco dos cuidados. A família é vista como uma área de atenção relevante para a intervenção do enfermeiro. Atualmente, assume-se claramente a reflexão processual face à complexidade de contextos de interação com as famílias, justificando-se assim a necessidade de uma prática cada vez mais proficiente nas respostas aos desafios familiares (Figueiredo, 2012). Cuidar a família é, assim, “um dos primordiais interesses da enfermagem” (Figueiredo, 2012). A reestruturação dos cuidados de saúde, a diminuição do tempo de internamento e o incentivo para cuidados ambulatoriais alargaram a necessidade de uma prática de enfermagem centrada na família, exigindo a inclusão da mesma no plano de cuidados (Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tão mais eficazes quanto maior o foco no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados. Deste modo, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidados, traduzem o entendimento destes sobre a importância de envolver a família em todo o processo, tendo repercussão na sua potencialização funcional face aos seus processos de transição (Oliveira et al., 2011). O enfermeiro especialista na área de ESF “cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”

Portugal, Regulamento n.º 428/2018 (2018). Nesta perspetiva, o enfermeiro de família emerge como um fenómeno distinto, quer para a prática de enfermagem generalista quer avançada.

Argumenta-se que as intervenções de enfermagem acontecem reciprocamente com a família, em contextos de intersubjetividade e complexidade, e advoga-se uma abordagem sistémica do cuidado à família para garantir cuidados competentes e de excelência (Santos, 2012). Impõem-se ampliar o foco para uma visão mais apreciativa dos potenciais individuais e familiares, concebendo a família como unidade de transformação, sistema social que se autodefine e que cria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento e ciclo vital (Figueiredo, 2012). No entanto, essa integração não ocorre automaticamente, e as perceções e atitudes dos profissionais de enfermagem sobre a relevância da família podem variar amplamente, influenciando o grau de envolvimento familiar na prática clínica (Benzein et al., 2008). A forma como os enfermeiros conceitualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, saúde e doença, são também fatores determinantes no processo de tomada de decisão, planeamento e implementação dos cuidados (Barbieri-Figueiredo et al., 2012). De acordo com Fernandes et al. (2015) a prática de cuidados às famílias dependerá do próprio conceito que possuem sobre família, considerando ainda que todos os enfermeiros, independentemente da área de prestação de cuidados, devem possuir conhecimentos e competências para avaliar e intervir na família.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversas entidades de saúde recomendam a participação ativa da família nos cuidados de saúde, afirmando que ela pode aumentar a eficácia do tratamento, melhorar a qualidade de vida do utente e reduzir a carga emocional sobre os profissionais de saúde. Em qualquer contexto da prática clínica, os enfermeiros acolhem/trabalham com famílias, sendo que a qualidade das intervenções é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008). Qualquer que seja o domínio da prática de enfermagem, todos os enfermeiros deveriam possuir conhecimentos e competências para intervir na família enquanto unidade sendo, para isso, necessário um extenso saber acerca de dinâmica familiar, teoria dos sistemas familiares, avaliação e intervenção familiar e pesquisa na família (Wright & Leahey, 2009).

A família desempenha um papel central nos cuidados de saúde, atuando como uma unidade de suporte emocional, psicológico e prático para o indivíduo. Em contextos como as Unidades de Saúde Familiares, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados Comunidade e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), o

envolvimento familiar pode ter um impacto significativo nos resultados de saúde dos indivíduos/famílias. O modelo de cuidados centrados na família, amplamente aceito e promovido em diversas áreas da enfermagem, coloca a família no centro do processo de tomada de decisões e cuidados, reconhecendo a sua importância, tanto para o bem-estar físico como para a saúde emocional do indivíduo/doente (Wright & Leahey, 2009).

As USF, UCSP e UCC representam contextos de cuidados de saúde primários, onde o cuidado é centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, além da gestão de condições crônicas, e os enfermeiros mantêm uma relação contínua e de proximidade com as famílias, desempenhando um papel crucial na educação para a saúde, apoio ao autocuidado, autogestão, adesão aos cuidados e na coordenação de cuidados. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), por sua vez, integram um modelo organizacional criado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, designado de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Existem diferentes tipologias de resposta, estando os cuidados “...centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhoria da sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar” (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024, p.6). Nessas unidades, o papel da família é igualmente relevante, mas a dinâmica é diferente, pois as famílias lidam frequentemente com processos de transição e adaptação a longo prazo de uma nova condição de saúde do indivíduo. Os enfermeiros nas UCCI prestam cuidados diretos, como também são responsáveis pela educação e preparação das famílias para continuarem os cuidados após a alta. A transição entre os cuidados institucionais e o ambiente domiciliar torna a interação com as famílias crucial para a continuidade e eficácia dos cuidados. Ambos os ambientes destacam a relevância da família, mas de formas diferentes. Ao incluir enfermeiros destas unidades, o estudo explora as percepções dos enfermeiros face ao papel da família em diferentes contextos de cuidados de saúde, fornecendo uma visão abrangente sobre como os profissionais de enfermagem adaptam as suas abordagens em cada realidade face às necessidades familiares.

Segundo Bandura, psicólogo e autor da Teoria Social Cognitiva define percepção como parte de um processo de determinismo recíproco, onde há uma interação dinâmica entre os comportamentos de um indivíduo, as suas crenças e o ambiente. Acrescenta que as percepções de uma pessoa sobre determinada situação ou objeto são influenciadas tanto por fatores internos (como experiências passadas, crenças e expectativas) quanto por fatores externos (como interações sociais e culturais). Ou seja, a percepção não é um processo puramente passivo, mas

envolve uma interpretação ativa, que afeta as atitudes e comportamentos das pessoas (Bandura, 1986).

As atitudes são definidas como “disposições favoráveis ou desfavoráveis relativas a objetos, pessoas e acontecimentos ou em relação a alguns dos seus atributos, sendo compostas por três componentes: componente cognitivo (pensamentos e crenças), componente afetivo (sentimentos e emoções) e componente comportamental (as tendências para reagir)” (Oliveira et al., 2011, p.1132). Deste modo, no campo de ação da enfermagem, isso significa que os enfermeiros desenvolvem percepções sobre o papel da família nos cuidados de saúde com base nas experiências clínicas, crenças, conhecimentos adquiridos e características específicas do ambiente em que trabalham.

As representações dos enfermeiros sobre a família e enfermagem de família, a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, a escassez de recursos humanos e materiais e os conteúdos e metodologias de formação em enfermagem constituem fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2009; Barbieri-Figueiredo et al., 2012). Por outro lado, a forma como os enfermeiros conceitualizam os cuidados à família, as suas concepções de família, saúde e doença, são também fatores determinantes no processo de tomada de decisão, planeamento e implementação dos cuidados (Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

Para compreendermos o estado da arte nesta temática, foi realizada uma scoping review que segundo Peters *et al.* (2015), é uma metodologia de investigação particularmente útil para reunir literatura em áreas emergentes de conhecimento, mapear os conceitos - chaves de investigação, identificar lacunas e determinar questões para investigações futuras. No contexto do presente estudo, a realização de uma scoping review, (Apêndice III) permitiu explorar as percepções das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, analisando a amplitude e profundidade do conhecimento existente. Os resultados evidenciaram que existem variáveis sociodemográficas e profissionais, como género, estado civil, título profissional e contexto de trabalho que podem influenciar parcialmente as atitudes dos enfermeiros face à integração das famílias nos cuidados de enfermagem. Contudo, a maioria dessas influências não apresentou significância estatística, o que limita uma compreensão robusta do impacto destas variáveis. Também se identificou uma ausência de estudos em contexto de UCCI, pois concentraram-se nos CSP, hospitalares e académicos. Outro ponto a destacar é a limitação de alguns estudos devido a amostras pequenas, que podem ter limitado a generalização dos resultados encontrados.

Como tal, segundo a evidência científica e em termos de investigação existem instrumentos que nos permitem avaliar a importância da família nos cuidados de enfermagem, como a denominada escala “*A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*”, sendo considerada um instrumento válido e fidedigno. A versão traduzida, validada e adaptada para Portugal por Oliveira et al. (2009), é constituída por 3 dimensões: *família como parceiro dialogante e recurso de coping; família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um fardo* (Oliveira et al., 2009).

As atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família influenciam diretamente a forma como estes profissionais exercem a educação para a saúde. Enfermeiros que têm uma perceção positiva sobre o papel da família tendem a envolvê-la ativamente nos cuidados, reconhecendo-a como uma parceira essencial no processo de saúde-doença. As atitudes positivas dos enfermeiros reforçam o seu papel como agentes de mudança na promoção da saúde familiar, facilitando a comunicação e colaboração com os familiares, e garantindo que as orientações sejam compreendidas e aplicadas. Enfermeiros com atitudes mais abertas ao envolvimento familiar têm maior probabilidade de promover intervenções educativas mais eficazes e personalizadas, que levam em consideração o contexto familiar e social do utente (Pereira, 2019).

Tendo em conta que a prática de todos os enfermeiros em Portugal é regulada pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o qual estabelece que o enfermeiro de cuidados gerais é um recurso para indivíduos, famílias e comunidades, ajudando a promover a saúde através da capacitação, fornecendo informações de saúde relevantes que permitem o aumento da literacia em saúde na área da prevenção da doença, promoção da saúde e utilização dos serviços (Portugal, Regulamento nº 190/2015), considera-se que a educação para a saúde familiar faz parte da prática clínica de todos os enfermeiros.

Assim, com este estudo também pretendemos avaliar a perceção dos enfermeiros sobre o desempenho enquanto agentes de educação para a saúde familiar. Acrescenta-se a pertinência no facto de que a promoção da saúde deve ir para além da prestação de cuidados de saúde, e conforme realçado na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), a advocacia, a mediação e a capacitação, são condições básicas para a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Contudo, na prática parece que, por vezes as ações de educação para saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde são direcionadas ao indivíduo, descurando uma abordagem focada na família, abordagem essa mais abrangente e promotora da saúde individual

e familiar (Pereira, 2019). Quando os enfermeiros valorizam a participação ativa das famílias, eles tendem a integrar a Educação para a Saúde (EpS) de forma mais abrangente, direcionando orientações não só ao indivíduo, mas também à família, como forma de garantir que a informação sobre saúde seja compreendida e aplicada de forma contínua e dinâmica no ambiente familiar. Este envolvimento das famílias nos cuidados de saúde pode facilitar a mudança de comportamentos e a adoção de práticas mais saudáveis, ampliando o impacto da EpS (Leite et al. 2015). Também Figueiredo et al. (2012) concluíram que a realização de atividades de EpS familiar propicia a aquisição de aprendizagens significativas, contribuindo para a mudança dos utilizadores, ao facultar-lhes ferramentas que os capacitam para promoverem autonomamente a sua saúde, ou seja potenciar a literacia em saúde familiar. A intervenção da enfermagem de família ao nível da EpS familiar tem como finalidade a promoção da vida saudável e a prevenção da doença da família, sendo facilitadora e útil para o fortalecimento do funcionamento familiar, o que como salientam Wright e Leahey (2009), conduz a mudanças na estrutura biopsicossocial e espiritual dos seus membros e previne transições familiares negativas.

Por forma a encontrar um instrumento validado para Portugal e que permitisse avaliar a intervenção dos enfermeiros na área da educação para a saúde no âmbito familiar, foi realizada uma revisão da literatura, tendo sido identificada a *Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESFamília)* construída e validada para Portugal por Pereira (2019). A ESFamília é constituída por 20 itens agrupados em dois fatores - promoção da saúde familiar através da EpS e a EpS familiar não normativa. A realização de EpS não normativa, comporta a realização de EpS à família como recomendam Figueiredo e Martins (2010) e Silva et al. (2015), deve estar alicerçada nas necessidades e/ou problemas percecionados, na história de vida e contexto dos mesmos, com o objetivo de estimular a mudança de comportamentos sem imposição, permitindo-lhes ter uma observação crítico-reflexiva sobre a realidade que vivenciam, não se limitando apenas à transmissão de informações relacionadas com a saúde, como refere Hudson et al. (2010) e pode ser realizada a um elemento, a vários elementos, ou a toda a família (Pereira, 2019). Também Oliveira (2003) citada por Pereira (2019) salienta que em oposição à conceção tradicional de EpS que tem como princípio a transmissão de informações, e ou a produção de um novo conhecimento, que faça falta ao indivíduo, a identificação das carências de saúde, como pretendem os programas de EpS, deve-se investir na valorização daquilo que os indivíduos têm de melhor, a sua história, o seu tempo e a sua capacidade de criação.

A escolha da temática deste estudo decorre de motivações associadas à experiência profissional e pessoal, aliadas a uma reflexão sustentada na literatura científica disponível e em diversas vivências ao longo da prática clínica. Com um percurso de 20 anos nos Cuidados de Saúde Primários, incluindo vários anos em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e, mais recentemente, cerca de um ano em Unidade de Saúde Familiar (USF), foi possível observar a relevância do envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem e o impacto que este fator tem na qualidade dos cuidados e na promoção da saúde. A prática profissional nestes contextos, permitiu verificar que as atitudes dos enfermeiros face à participação da família influenciam diretamente a abordagem dos cuidados e a efetividade das intervenções educativas em saúde.

Simultaneamente, a experiência adquirida em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, proporcionou uma perspetiva complementar sobre a importância da família na continuidade dos cuidados, na reabilitação e no suporte aos utentes, evidenciando a necessidade de fortalecer estratégias que promovam uma maior integração familiar nos processos assistenciais. Neste sentido, torna-se fundamental estudar tanto as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem como a sua perceção sobre a educação para a saúde familiar. Para tal, este estudo recorre à utilização de dois instrumentos de avaliação: a escala *IFCE-AE* e a escala *ESFamília*.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem e identificar boas práticas de educação para a saúde focadas na família, em contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados

3.2 - Metodologia

A palavra metodologia tem origem no grego *meta* (para além de), *odos* (caminho) e *logos* (discurso ou estudo) e consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis, bem como as suas utilizações, correspondendo a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento (Vilelas, 2022). O enquadramento metodológico aglomera procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Nesta etapa,

especifica-se o tipo de estudo realizado, a conceptualização, a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos de recolha de dados e estatísticos (Fortin et al, 2009). É neste contexto que Fortin et al, (2009) salientam que “a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” e “quer o método quantitativo, como o qualitativo são técnicas que permitem a conduta de uma investigação” (p. 4). Sendo a investigação um processo metódico, rigoroso e científico com a intenção de desenvolver o conhecimento nas diversas áreas, faz todo o sentido, este processo ser benéfico no desenvolvimento da enfermagem, dando resposta a perguntas e resolvendo problemas em benefício do utente/família. A enfermagem, como todas as disciplinas, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos, de forma a alcançar a autonomia, o prestígio e a credibilidade (Araújo, 2010). Face ao enunciado, a fase metodológica do presente estudo intitulado “A Família no Processo de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados” é constituída pela explanação do tipo de estudo, dos objetivos, da questão de investigação, da operacionalização das variáveis, da população e amostra, do instrumento de colheita de dados, dos procedimentos formais e éticos, e da análise dos dados.

3.2.1 - Tipo de estudo

Com vista à consecução dos objetivos da presente investigação realizámos um estudo transversal analítico, de modo a descrever as perceções e atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem, bem como o seu desempenho na educação para a saúde focada na família e estabelecer associações com as variáveis sociodemográficas e profissionais. Os estudos transversais são aqueles que analisam uma situação ou fenómeno num dado momento, aplicando-se “às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele sobre determinada doença” (Vilelas, 2022, p.225). Este tipo de estudo analisa um ponto específico num dado momento, não se incomodando com o que aconteceu antes ou depois do estudo, sendo que tudo o que se observa é mensurado apenas uma única vez. Os estudos descritivos permitem descrever os acontecimentos referentes a uma população, possibilitando aumentar os conhecimentos sobre as características e dimensão de um problema; e os estudos analíticos e correlacionais procuram efetuar a análise dos dados e relacioná-los, estabelecendo relações entre as variáveis presentes num estudo, quantificando, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis.

“Os estudos correlacionais distinguem-se dos descritivos sobretudo porque estes últimos se preocupam com a medição precisa das variáveis individuais, avaliando os primeiros o grau de dependência entre essas variáveis” (Vilelas, 2022, p.216). A metodologia quantitativa tem por base a objetividade, a recolha de dados é efetuada com base em provas objetivas, e a análise de dados é feita com a aplicação de técnicas estatísticas, pretende desenvolver generalizações que aumentam o conhecimento e permite prever, explicar e controlar fenómenos (Coutinho, 2020). Neste estudo, os dados foram colhidos no mês de dezembro de 2024.

3.2.2 - Objetivos

Os objetivos são enunciados na forma declarativa que especificam e evidenciam as variáveis, o teor de estudo e a população. Uma vez que os objetivos do estudo são as principais orientações do mesmo, é necessário que o investigador os tenha sempre presentes durante todo o trabalho final de curso (Fortin et al., 2009). Assim, no presente estudo definimos como objetivos específicos:

- Avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros que prestam cuidados em CSP (USF, UCSP, UCC) e UCCI no envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem;
- Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a importância da educação para a saúde focada na família nos contextos mencionados.
- Identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes dos enfermeiros no envolvimento da família no processo de cuidados e na educação para a saúde familiar.

3.2.3 - Questões de investigação

As questões de investigação são enunciados interrogativos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. Derivam diretamente dos objetivos definidos e apresentam a informação a que se pretende chegar (Fortin et al., 2009). Segundo MacMillan & Schumacher 1997, citado por Coutinho (2020), um problema de investigação deve ter critérios definidos como a exequibilidade (respondido mediante a recolha e análise de dados), a relevância (importante para a teoria e prática), a clareza (inequívoco, evitando ambiguidades na interpretação), deve dar pistas para o tipo de investigação, deve fazer

referência à população ou à amostra e às variáveis. Neste sentido, e tendo por base os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais as percepções dos enfermeiros sobre as suas atitudes em relação ao envolvimento da família no processo de cuidados nos contextos de trabalho de USF, UCSP, UCC e UCCI?
- Quais as percepções dos enfermeiros sobre a importância da educação para a saúde focada na família nos contextos de trabalho referidos?
- Quais as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas às atitudes dos enfermeiros no envolvimento da família no processo de cuidados e na educação para a saúde familiar?

3.2.4 - Operacionalização das variáveis

As variáveis representam propriedades ou características observáveis e mensuráveis, fundamentais para a tradução de conceitos teóricos em dimensões concretas e verificáveis. Essa operacionalização permite não apenas medir e relacionar diferentes aspetos do objeto de estudo, mas também conferir rigor metodológico e precisão analítica ao processo investigativo, promovendo avanços recentes na compreensão científica da realidade (Appolinário, 2012). Uma variável, como o próprio nome indica, é algo que varia, pelo que a essência da investigação está em compreender as razões da variação nos valores de uma variável e como essa variação pode impactar outra. As variáveis são, assim, qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações verificadas numa investigação (Vilelas, 2022).

A classificação das variáveis pode ser feita segundo vários critérios, contudo do ponto de vista metodológico as variáveis podem ser classificadas em independentes, dependentes, estranhas, moderadoras e de controlo. As variáveis independentes são aquelas que o investigador manipula, ou seja, aquelas em que os elementos do estudo diferem e cujo efeito o investigador irá determinar. A variável dependente é aquela que é medida para avaliar diferenças nos elementos do estudo da exposição, ou não à variável dependente. A variável estranha é aquela que pode alterar os dados da variável dependente “contaminando-os”. A variável moderadora influencia o impacto da variável independente sobre a variável dependente e que o investigador pretende determinar (Coutinho, 2020). Relativamente ao ponto de vista de medição ou matemático, as variáveis podem ser classificadas em qualitativas ou quantitativas. As qualitativas referem características não quantificáveis, logo têm de ser criadas categorias para cada modalidade de variáveis: dicotómicas (duas categorias) e politómicas (mais de duas

categorias). Por sua vez, as variáveis quantitativas podem ser traduzidas numericamente e dividem-se em discretas (só podem tomar certos valores, coincidentes com números inteiros) e, contínuas (podem tomar qualquer valor dentro de um intervalo). No entanto, às vezes variáveis contínuas são transformadas em discretas, embora os construtos que medem sejam contínuos, exemplo das escalas de formato Likert (Coutinho, 2020). Acrescenta-se que as escalas de medida de variáveis podem ser nominais (os números servem apenas para nomear, identificar e categorizar dados), ordinais (ordenam os elementos em estudo de acordo com características, segundo um processo de comparação), de intervalo (dizem a posição e quanto os elementos estão distantes entre si em relação a determinada característica) e de razão (razão entre quantidades) (Coutinho, 2020).

A operacionalização das variáveis do presente estudo, está descrita nos quadros seguintes, tendo sido identificadas variáveis independentes e dependentes. Incluímos como variáveis independentes as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, nível de escolaridade) e as características profissionais (título profissional; área de especialização; tempo de exercício profissional, contexto da prestação de cuidados, tempo atual serviço, formação em enfermagem de família, contexto da formação em enfermagem de família, educação para saúde focada na família, tempo da educação focada na família e fatores que restringem educação) como descrito nos Quadros 9 e 10, respetivamente.

Quadro 9 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variável	Escala de medida	Opções de resposta
Idade	Quantitativa contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
Género	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1- Feminino 2- Masculino 3- Prefiro não responder
Estado Civil	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1- Solteira(o) 2- União de fato/casada(o) 3- Separada(o)/Divorciada(o) 4- Viúva(o)
Nível de escolaridade	Qualitativa ordinal	Resposta múltipla: 1- Bacharelato 2- Licenciatura 3- Mestrado 4- Doutoramento

Quadro 10 - Operacionalização das variáveis independentes profissionais

Variável	Escala de medida	Opções de resposta
Título profissional	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1- Enfermeiro; 2- Enfermeiro Especialista; 3- Enfermeiro Gestor
Caso possua título de especialista, indique a área	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1-EC e Saúde Pública; 2- EC - Enfermagem de Saúde Familiar; 3- EMC - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; 4- EMC- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica; 5-EMC-Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; 6- EMC- Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; 7- Enfermagem de Reabilitação 8- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 9-Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 10- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 11-Outra
Tempo de exercício profissional	Quantitativa contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
Contexto da prestação de cuidados	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1-Unidade de Saúde Familiar; 2-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; 3-Unidade de Cuidados na Comunidade; 4-Unidade de Cuidados Continuados Integrados
Tempo no atual serviço	Quantitativa contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
Formação no âmbito da Enfermagem de Família	Qualitativa nominal	Resposta dicotómica: 1 - Sim 2 - Não
Se formação em Enfermagem de Família, qual o contexto	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1-Curso de Enfermagem; 2-Autoformação em casa; 3-Aprendeu com um colega mais experiente; 4- Formação em serviço; 5- Congressos/Jornadas/Workshops/ Cursos; 6-Pós-graduação; 7-Mestrado; 8-Doutoramento; 9- Outro. Qual?
Onde adquiriu formação educação saúde focada família	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1-Curso de Enfermagem; 2-Autoformação em casa; 3-Aprendeu com um colega mais experiente; 4- Formação em serviço; 5- Congressos/Jornadas/Workshops/ Cursos; 6-Pós-graduação; 7-Mestrado; 8-Doutoramento; 9- Outro. Qual?
Realiza educação saúde focada família	Qualitativa nominal	Resposta dicotómica: 1 - Sim 2 - Não
Se realiza educação focada família, há quanto tempo	Quantitativa contínua	Resposta aberta variável entre 0 e + ∞ anos
Se realiza educação focada família, que contexto	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1- No domicílio; 2-Nas escolas; 3-No internamento; 4-no centro de saúde; 5- Nos locais de trabalho; 6- Redes sociais; 7-Telefonicamente; 8-Outro
Fatores restringem educação focada família	Qualitativa nominal	Resposta dicotómica: 1 - Sim 2 - Não
Se existem fatores restringem educação, quais	Qualitativa nominal	Resposta múltipla: 1-Falta de espaço adequado; 2-Ações protocoladas não adequadas ao indivíduo / família; 3- Carga horária desadequada; 4-Carga de trabalho; 5-Outro

Como variáveis dependentes consideramos a “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Perceção dos enfermeiros” e a “Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros” ambas operacionalizadas com recurso a uma escala designadamente a Escala de “*Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros*” (IFCE-AE), validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009) e a escala de “*Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESFamília)*” validada por Pereira (2019).

Quadro 11 - Operacionalização das variáveis dependentes em estudo

Variável	Escala de medida	Opções de resposta
Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Percepção dos Enfermeiros	Qualitativa ordinal	Resposta múltipla: 1- Discordo completamente 2- Discordo 3- Concordo 4- Concordo plenamente
	Quantitativa discreta	A variável será avaliada com base na pontuação total da escala IFCE-AE, sendo que esta varia entre 26 e 104 pontos.
Educação para a Saúde Familiar – Percepção dos Enfermeiros	Qualitativa ordinal	Resposta múltipla: 1- Nada importante 2- Pouco importante 3- Importante 4- Muito importante 5- Extremamente importante
	Quantitativa discreta	A variável será avaliada com base na pontuação total da escala ESFamília sendo que esta varia entre 20 e 100 pontos.

3.2.5 - População e amostra

Entende-se por população, um conjunto de elementos que têm características comuns e que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente. A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações (Fortin et al., 2009). A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários da ULS VDL e nas UCCI do concelho de Viseu e Tábua. Uma vez que a população alvo é composta por um número muito elevado de elementos seria praticamente impossível analisá-la no seu todo, pelo que se procedeu à seleção de uma amostra. Uma amostra, num sentido amplo, corresponde a uma parte do todo, a que chamamos população, e que a representa (Vilelas, 2022). Amostra é o “conjunto de sujeitos de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2020, p.89). Neste estudo a seleção da amostra foi por amostragem não-probabilística acidental ou de conveniência. Na amostragem não-probabilística “não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população” (Coutinho, 2020, p. 95) e, acidental por ser “constituída por voluntários que se oferecem para participar” (Coutinho, 2020, p. 95), “composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão” (Fortin et al., 2009).

Neste estudo os critérios de inclusão para pertencer à amostra foram: - Ser enfermeiro dos cuidados de saúde primários da ULS VDL, a exercer atividade profissional numa USF ou UCSP ou UCC; - Ser enfermeiro a exercer atividade profissional numa UCCI do concelho de

Viseu ou Tábua; - Enfermeiros da população alvo que concordaram, de forma voluntária e anónima, participar no estudo através do preenchimento manual do instrumento de colheita de dados com declaração de consentimento informado. Como critérios de exclusão foram delineados: - Todos os indivíduos que não se enquadram nos critérios de inclusão e excluídos todos os questionários com preenchimento incorreto.

Assim, entregámos 150 questionários e recolhemos 125 (Taxa de resposta = 83,3%). Na amostra a maioria dos profissionais é do género feminino (n=96; 76,8%) com uma média de idades de $42,1 \pm 10,8$ anos.

3.2.6 - Instrumento de colheita de dados

De acordo com o modelo do processo de investigação, após a elaboração dos elementos teóricos e a definição do tipo de estudo, torna-se necessária a construção do instrumento que possibilitará a obtenção de dados da realidade. Um instrumento de colheita de dados, conforme Vilelas (2022), é qualquer recurso utilizado pelo investigador com o objetivo de compreender as especificações e extrair delas as informações permitidas para o estudo. O questionário é um dos instrumentos de colheita de dados mais amplamente utilizados em pesquisas, devido às suas descobertas e capacidade de alcançar um grande número de respondentes de forma eficiente. Ele é composto por um conjunto estruturado de perguntas, elaborado com o objetivo de obter informações específicas sobre as variáveis em estudo. A construção de um questionário exige rigor metodológico, incluindo a definição clara dos objetivos, a escolha de um formato adequado (aberto, fechado ou misto) e a validação prévia para garantir sua confiabilidade e validade. Quando bem aplicado, o questionário não apenas facilita a sistematização dos dados, mas também garante que as respostas recolhidas reflitam, de maneira precisa, as perceções, comportamentos ou características dos participantes, tornando-o uma ferramenta indispensável em diversas áreas de investigação.

Neste estudo, a recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado, dividido em três secções. A primeira referente aos dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, nível de escolaridade) e profissionais (título profissional; área de especialização; tempo de exercício profissional, contexto da prestação de cuidados, tempo atual serviço, formação em enfermagem de família, contexto da formação em enfermagem de família, educação para saúde focada na família, tempo da educação focada na família e fatores restringem a educação). A segunda secção é constituída pela Escala de Importância das Famílias

nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE): instrumento que avalia as percepções e atitudes dos enfermeiros sobre a importância da família no processo de cuidados de saúde através de 26 itens (Oliveira et al., 2009) e a última secção contempla a Escala de Educação para a Saúde Familiar – Percepção dos Enfermeiros (ESFamília) utilizada para avaliar as percepções dos enfermeiros em relação ao seu papel no processo de educação para a saúde das famílias, medindo o seu envolvimento e eficácia na transmissão de conhecimentos que promovam hábitos de vida saudáveis com 20 itens (Pereira, 2019).

A escala IFCE-AE traduzida e validada da escala *Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)* é das escalas mais utilizadas na investigação para avaliar e conhecer as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem (Diaz et al., 2019). Esta foi elaborada em 2003 na Suécia, sendo composta por 26 itens, organizados em quatro dimensões (Família como recurso nos cuidados de enfermagem; Família como parceiro dialogante; Família como um fardo; Família como próprio recurso). A escala permite avaliar a atitude dos enfermeiros face à participação ativa das famílias nos cuidados de saúde; a percepção da colaboração entre enfermeiros e famílias, ou seja, como os enfermeiros encaram a família como parte integrante no plano de cuidados; a identificação de inibidores e facilitadores percebidos pelos enfermeiros no envolvimento familiar, influenciando a qualidade dos cuidados prestados. O conceito família utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas e os itens que compõem integram as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental (Benzein et al., 2008). Em 2009, foi traduzida, validada e adaptada para Portugal por Oliveira et al., e denominada “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE). A versão portuguesa manteve os 26 itens, mas com alterações nas suas dimensões, passando a ser constituída apenas por 3 dimensões - *família como parceiro dialogante e recurso de coping; família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um fardo* (Oliveira et al., 2009). Assim, a escala permite avaliar três dimensões “*Família como parceiro dialogante e recurso de coping*” constituída por 12 itens (questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25); “*Família como um recurso nos cuidados de enfermagem*” com 10 itens (questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22); e “*Família como fardo*” com 4 itens (questões 2, 8, 23, 26) (Oliveira et al., 2009). Cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo Likert, dimensionada para quatro opções, “Discordo completamente” (1 ponto); “Discordo” (2 pontos); “Concordo” (3 pontos); “Concordo completamente” (4 pontos). A pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos no global. Considera-se que quanto maior for o score obtido nas duas primeiras dimensões “*Família como parceiro*

dialogante e recurso de coping” e “*Família como um recurso nos cuidados de enfermagem*” e menor for o score obtido na terceira dimensão “*Família como um fardo*”, maior valor conferem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família (Oliveira et al., 2009). Consoante o valor do score total encontrado, definem-se as seguintes categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros: de 26 a 52 pontos: não dão importância à família - atitude negativa; de 52 a 78 pontos: dão importância à família - atitude positiva e de 78 a 104 pontos: dão muita importância à família - atitude muito positiva.

Estas informações encontram-se resumidas no Quadro 12, onde podemos observar não só as diferentes dimensões, mas também cada um dos itens da *IFCE-AE* que as constituem, assim como a pontuação e o score possível para cada dimensão.

Quadro 12 - Dimensões, itens e score da escala IFCE-AE

Dimensões	Itens	Indicadores	Nº itens	Score
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. 6 - No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. 9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. 12 - Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. 14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. 15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. 16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar. 17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. 18 - Considero os membros da família como parceiros. 19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações 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.	-Discordo completamente (1) -Discordo (2) -Concordo (3) -Concordo completamente (4)	12	Entre 12 e 48
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	1 - É importante saber quem são os membros da família do utente. 3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. 5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o). 7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. 10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. 11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. 13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos. 20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. 21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. 22 - É importante dedicar tempo às famílias.	-Discordo completamente (1) -Discordo (2) -Concordo (3) -Concordo completamente (4)	10	Entre 10 e 40
<i>Família: fardo</i>	2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. 8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias. 23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. 26 - A presença de membros da família deixa-me em Stress.	-Discordo completamente (1) -Discordo (2) -Concordo (3) -Concordo completamente (4)	4	Entre 4 e 16
Total IFCE-AE			26	Entre 26 e 104

Fonte: (Oliveira et al., 2009)

Relativamente à *Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESFamília)* salienta-se que esta foi construída e validada para Portugal por Pereira (2019) tendo por base o artigo “Educação em Saúde na Estratégia da Família: perceção dos profissionais” de Silva et al. (2015). Esta escala permite perceber qual é a perceção que os enfermeiros têm do seu desempenho enquanto agentes de educação para a saúde focada na família, uma vez que a educação para a saúde focada na família tem como propósito prover a família e os seus elementos de ferramentas que os capacitem para uma maior e melhor promoção da saúde familiar, tomada de decisão ou seja aumentar a literacia em saúde familiar. Acrescenta-se, que ao utilizar a ESFamília, é possível gerar dados concretos sobre as perceções dos profissionais, permitindo uma análise que pode guiar o desenvolvimento de programas formativos direcionados para melhorar a prática educativa dos enfermeiros, e também facilitar a implementação de estratégias mais eficazes de promoção familiar. Dada a crescente importância de cuidados centrados na família, a utilização desta escala permite uma abordagem holística que considera as famílias como elementos-chave no sucesso terapêutico e na continuidade dos cuidados (Pereira, 2019). A ESFamília final é constituída por dois fatores - *promoção da saúde familiar através da EpS* e a *EpS familiar não normativa*, com 20 itens no total. Esta escala oferece uma ferramenta estruturada para medir as perceções dos enfermeiros sobre a sua capacidade e eficácia ao educar as famílias, o que é fundamental no contexto dos cuidados de saúde primários e continuados, onde o apoio familiar tem um impacto significativo nos resultados de saúde dos indivíduos. Cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo Likert, dimensionada para cinco opções, “Nada importante” (1 ponto); “Pouco importante” (2 pontos); “Importante” (3 pontos); “Muito importante” (4 pontos); “Extremamente importante” (5 pontos). Esta escala apresenta 2 fatores: a promoção da saúde familiar através da educação para a saúde com 13 itens (9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24 e 25) e a educação para a saúde familiar não normativa com 7 itens (2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), de acordo com o Quadro 13.

Quadro 13 - Dimensões, itens e score da escala *ESFamília*

Fatores	Itens	Indicadores	Nº itens	Score
A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde	<p>9 - Realizar educação para a saúde que não se limite ao ato de transmissão de informações relacionadas com a saúde.</p> <p>11 - Facilitar o suporte familiar, centrado nas necessidades de educação sentidas pela família.</p> <p>12 - Possibilitar uma visão crítica, uma maior participação e autonomia na promoção da saúde familiar, através da realização de educação para a saúde que integre os conhecimentos científico, popular e senso comum.</p> <p>13- Procurar coletivamente soluções para o problema/necessidade individual e familiar.</p> <p>14 - Desenvolver ações de promoção de educação para a saúde focadas na família.</p> <p>15- Desenvolver ações de educação para a saúde focadas na família em todos os contextos em que desenvolve a prática de enfermagem, maximizando a proximidade com as famílias e os seus elementos.</p> <p>17 - Promover espaços de consciencialização crítica e apropriação da pessoa e família como atores sociais.</p> <p>20 - Privilegiar os cuidados de saúde às famílias, tendo como objetivo capacitar o sistema familiar para a autonomia.</p> <p>21 - Assumir a responsabilidade de realizar atividades de educação para saúde focadas na família aos utentes e às famílias a quem presta cuidados.</p> <p>22- Realizar educação para a saúde tendo como foco a família e cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital.</p> <p>23- Valorizar a família e os seus elementos, a sua história, a sua capacidade de criação perante as necessidades/ problemas vivenciados.</p> <p>24- Privilegiar os cuidados de saúde às famílias com o objetivo capacitar o sistema familiar para a autonomia.</p> <p>25- Entender o enfermeiro como o profissional mais capacitado e preparado para realizar educação para a saúde à pessoa/família.</p>	<p>- Nada importante (1);</p> <p>- Pouco importante (2);</p> <p>- Importante (3);</p> <p>- Muito importante (4);</p> <p>- Extremamente importante (5)</p>	13	Entre 13 e 65
A educação para a saúde familiar não normativa	<p>2- Perceber cada família como unidade de cuidados distinta.</p> <p>3- Realizar educação para a saúde ao indivíduo e ou família estando recetivo ao contexto social, geográfico, político e cultural</p> <p>4- Compreender o indivíduo e a família na sua singularidade.</p> <p>5- Promover a mudança de comportamentos de risco dos indivíduos, família e da comunidade, promovendo a realização de atividades de educação para a saúde focadas na família</p> <p>6 - Estimular a mudança de comportamentos voluntária, considerando o contexto de vida de cada pessoa/ família.</p> <p>7 - Consciencializar o indivíduo/ família, tendo presente a sua história de vida.</p> <p>8- Estimular e possibilitar que o indivíduo/ família tenham um olhar crítico-reflexivo sobre a realidade que vivenciam.</p>	<p>- Nada importante (1);</p> <p>- Pouco importante (2);</p> <p>- Importante (3);</p> <p>- Muito importante (4);</p> <p>-Extremamente importante (5)</p>	7	Entre 7 e 35
Total ESFamília			20	Entre 20 e 100

Fonte: (Pereira, 2019)

3.2.7 - Procedimentos formais e éticos

Os procedimentos formais e éticos são etapas imprescindíveis em qualquer investigação científica, garantindo tanto a legitimidade do estudo quanto a proteção dos participantes envolvidos. Formalmente, é necessário obter autorizações institucionais e aprovações por comissões de ética, assegurando que o projeto esteja em conformidade com as normas e regulamentações aplicáveis. A ética na investigação permeia todas as etapas do processo, garantindo a qualidade ética dos procedimentos e o respeito aos princípios e valores fundamentais. Entre os requisitos essenciais para a avaliação ética de um projeto de pesquisa destacam-se: a relevância do estudo, a validade científica, os critérios de recrutamento e seleção da amostra, a análise da relação risco-benefício, a revisão ética independente e a proteção dos direitos dos participantes. Isso inclui assegurar o consentimento informado, esclarecido e voluntário, bem como o anonimato e a proteção dos dados em todas as fases do estudo (Nunes, 2020). O *Internacional Council of Nurses*, em Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, salienta seis princípios éticos que devem guiar uma investigação: a Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade; a avaliação da Maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis; a Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; a Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; a Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios que se associa ao consentimento livre e esclarecido; a Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de caráter pessoal que é diferente do Anonimato (ICN, 2003 citado, por Nunes, 2020, pp.11-12). Com base nos princípios éticos e legais, foram efetuados diversos procedimentos para a elaboração desta investigação. Iniciou-se o processo pelo pedido de autorização, via email às autoras das escalas *IFCE-AE* (Apêndice IV) e *ESFamília* (Apêndice V), as quais autorizaram a sua aplicação, conforme Anexo II e Anexo III respetivamente. Posteriormente, também via email, foi solicitada autorização para a realização do estudo, enviando o projeto de investigação, questionário e consentimento informado, à Diretora Clínica para a área dos CSP da ULS VDL, (Apêndice VI), aos Srs. Coordenadores das unidades funcionais (Apêndice VII) e aos Srs. Presidentes/Provedores das Instituições UCCI (Apêndice VIII) onde o estudo iria ser desenvolvido. Obteve-se parecer positivo da Diretora Clínica para a área dos CSP da ULS VDL, sujeito a avaliação pela Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL (anexo IV); dos Srs Coordenadores das unidades funcionais da ULS VDL: USF Carregal

do Sal, UCC Aristides Sousa Mendes, UCC Viseense, UCC Viseu, , USF Cidade Jardim, USF Coração da Beira, USF Estrela Dão, USF Grão Vasco, USF Lusitana, USF Viriato, USF Infante D. Henrique, USF Viseu Cidade e UCSP São Pedro do Sul (Anexo V); do Sr. Presidente da Instituição UCCI de Farminhão, da Sra. Provedora da Instituição UCCI de Tábua, do Sr. Presidente da Instituição UCCI Acredita, da Sra. Provedora da Instituição UCCI de Santar (Anexo VI).

Seguidamente, procedeu-se à elaboração de um requerimento, com preenchimento do modelo 140 – Submissão de Projetos de Investigação da ULS VDL, para submissão de apreciação à Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL (Apêndice IX), anexando todas as autorizações anteriores, onde o estudo seria desenvolvido, respetivo instrumento de colheita de dados e consentimento informado, tendo-se obtido um parecer favorável para a realização do estudo (Anexo VII).

Os dados foram colhidos durante o mês de dezembro de 2024 e janeiro de 2025, após a receção do parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL. Disponibilizado a todos os participantes elegíveis, em formato de papel e em envelope aberto, a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice X) e o respetivo questionário (Apêndice XI), onde era apresentado resumidamente a temática, os objetivos, os pressupostos éticos que garantiam o respeito pela individualidade da pessoa, pelo anonimato e confidencialidade da informação recolhida, tendo sido solicitado o seu preenchimento de forma voluntária e informada. Posteriormente e para cada contexto, foram colocados, individualmente, e em envelopes separados e abertos, os Consentimentos Informados e os questionários, e entregues em mão a um enfermeiro de referência em cada contexto, com quem foi efetuada a articulação para disseminação dos questionários pela equipa.

Foi solicitado que, após preencherem os documentos, colocassem o questionário no respetivo envelope e o fechassem com a selagem fornecida e o consentimento informado colocavam num envelope único que existia com o enfermeiro de referência, por forma a manter o confidencialidade e anonimato. Os envelopes foram distribuídos e recolhidos sem qualquer identificação e permaneceram lacrados até a conclusão do processo de recolha de dados.

Após a recolha de todos os envelopes, os questionários foram numerados para codificação e integração na base de dados, sendo destruídos posteriormente. O processamento e a análise dos dados representam etapas essenciais em qualquer investigação científica, responsáveis por transformar as informações recolhidas em resultados significativos e interpretáveis. Conforme destaca Vilelas (2022) após a recolha de dados, o investigador terá

em sua posse as informações, permitindo a extração das conclusões gerais que visam esclarecer o problema inicialmente formulado. No entanto, esses dados, por si só, não são suficientes para garantir conclusões válidas se não forem devidamente organizados e processados. O processamento de dados é essencial para validar e estruturar as informações, garantindo a precisão e a confiabilidade dos resultados.

3.2.8 - Análise estatística

O tratamento dos dados colhidos no presente estudo, teve por base a estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa estatístico para ciências sociais *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)* na versão 28.0. Neste estudo para a análise descritiva foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de localização, tais como a média e a mediana (medida de tendência central representada neste estudo com o símbolo \bar{x} e Md respectivamente), o mínimo e máximo (medidas de localização relativa e representadas pelos símbolos Xmin e Xmax, respectivamente) e medidas de dispersão, tais como o desvio padrão (σ).

Relativamente à análise inferencial, a escolha das medidas de associação a utilizar foi de acordo com o tipo de testes que se possam utilizar nos resultados obtidos (testes paramétricos ou não paramétricos) e com as características das variáveis e das amostras. O recurso aos testes paramétricos exige a verificação simultânea de que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras (Marôco, 2021). Assim sendo, para testar a normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e para testar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de *Levene*, sendo estes os testes mais utilizados e potentes segundo Marôco (2021) e uma vez que a amostra é superior a 50 participantes. O teste *Kolmogorov-Smirnov* é usado para decidir se a distribuição da variável em estudo, numa determinada amostra, provém de uma população com uma distribuição normal ou não (Marôco, 2021). Calculada a sua significância, verificou-se que $p > 0,05$ pelo que assumimos que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal. Como tal, podendo optar pela utilização de testes paramétricos, a escolha para avaliar a associação entre variáveis recaí sobre os testes *t-Student* para duas amostras independentes, ANOVA *one-way* e o *r* de *Pearson*. Não se verificando os requisitos para a utilização de testes paramétricos, serão utilizados métodos não paramétricos, sendo que neste caso, a opção para avaliar a associação entre variáveis recaí sobre os testes *Mann-Whitney*, *Kruskal Wallis* e *Spearman*. O teste *Mann-Whitney*, é o teste não

paramétrico utilizado para comparar as funções de distribuição de uma variável medidas em duas amostras independentes e pode substituir o teste *t-Student* quando os pressupostos deste teste não são válidos (Marôco, 2021). O teste *Kruskal Wallis* é apropriado para duas ou mais distribuições de uma variável observada em duas ou mais amostras independentes, podendo ser utilizado como alternativa ao teste *ANOVA one-way* quando não cumpridos os pressupostos para utilização de testes paramétricos (Marôco, 2021). Tanto no teste de *Mann-Whitney* quanto no teste de *Kruskal-Wallis*, são utilizadas as ordenações médias (R_m), os quais são atribuídos a cada observação após a ordenação crescente dos dados. Estas ordenações médias permitem a comparação entre grupos sem a necessidade de pressupostos sobre a distribuição dos dados, como a normalidade, o que torna esses testes robustos para dados não paramétricos (Field, 2017). Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de $p \leq 0,05$.

O Coeficiente de Correlação de *Spearman* (ρ) é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis, sendo este utilizado quando os pressupostos paramétricos não foram cumpridos para utilização do teste de *Pearson*. Para interpretar as correlações, conforme sugere Marôco (2021), o valor da correlação varia entre -1 e 1 e indica a intensidade da relação, sendo que se $(\rho) > 0$ as variáveis relacionam-se no mesmo sentido e se $(\rho) < 0$ variam em sentido oposto. Segundo o mesmo autor podemos considerar que: $0 \leq (\rho) < 0,20$ - Correlação muito fraca; $0,20 \leq (\rho) < 0,39$ - Correlação fraca; $0,39 \leq (\rho) < 0,70$ - Correlação moderada; $0,70 \leq (\rho) < 0,90$ - Correlação forte; $0,90 \leq (\rho) < 1$ - Correlação muito forte. Na análise estatística de associação considerou-se os seguintes valores de significância (p): $p < 0,05^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0,01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa; $p < 0,001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa (Marôco, 2021).

Para avaliar a consistência interna de cada uma das escalas foi utilizado o cálculo do α de *Cronbach*, sendo que o resultado deste teste pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto maior o resultado, melhor a consistência do instrumento. Ou seja, para um resultado superior a 0,9 – consistência muito boa; entre 0,8 e 0,9 – consistência boa; entre 0,7 e 0,8 – consistência razoável; entre 0,6 e 0,7 – consistência fraca e inferior a 0,6 – consistência inadmissível (Vilelas, 2022, p.389).

3.3 - Apresentação e análise dos resultados

Com a apresentação dos resultados iremos responder aos objetivos inicialmente propostos.

3.3.1 - Consistência interna, normalidade e homogeneidade

No quadro 14, pode verificar-se a análise de fiabilidade, por dimensão e no total da escala, comparando a consistência interna da escala *IFCE-AE* com a do estudo de validação por Oliveira et al. (2009). Pela análise dos mesmos, verifica-se que, quer por dimensão, quer no total da escala, os α de *Cronbach* são muito próximos, apresentando o presente estudo, um valor total de 0,84, comparativamente com 0,87 obtido no estudo de Oliveira et al., o que corresponde, tal como o anterior, a uma consistência interna boa.

Quadro 14 - Análise comparativa da consistência interna da escala *IFCE-AE*

Dimensão	Alfa de Cronbach do estudo de validação de Oliveira et al. (2009)	Alfa de Cronbach do presente estudo	Nº de Itens
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	0,90	0,869	12
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	0,84	0,817	10
<i>Família: fardo</i>	0,49	0,650	4
Total <i>IFCE-AE</i>	0,87	0,841	26

Relativamente à *ESFamília* os α de *Cronbach* são muito próximos, apresentando o presente estudo, um valor total de 0,96, valor semelhante ao obtido no estudo de Pereira (2019), o que corresponde em ambos, a uma consistência muito boa, conforme se pode verificar no quadro 15.

Quadro 15 - Análise comparativa da consistência interna da escala *ESFamília*

Fatores	Alfa de Cronbach do estudo de validação de Pereira (2019)	Alfa de Cronbach do presente estudo	Nº de Itens
<i>A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde</i>	0,959	0,949	13
<i>A educação para a saúde familiar não normativa</i>	0,923	0,929	7
Total <i>ESFamília</i>	0,974	0,963	20

Quanto à normalidade da amostra e no que diz respeito à escala *IFCE-AE* total e as diferentes dimensões e *ESFamília* total e os fatores, podemos concluir que $p < 0,05$ pelo que as variáveis em estudo não seguem uma distribuição normal e sendo assim iremos utilizar os testes não paramétricos (Tabela 6).

Tabela 6 - Teste Kolmogorov-Smirnov para as variáveis dependentes

Variável	Dimensões e Fatores	Estatística	Significância (p)
<i>IFCE-AE</i>	Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0,080	0,047
	Família: recurso nos cuidados de enfermagem	0,123	<0,001
	Família: fardo	0,104	0,002
	Total da escala	0,082	0,040
<i>ESFamília</i>	A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde	0,089	0,016
	A educação para a saúde familiar não normativa	0,131	<0,001
	Total da escala	0,092	0,011

No que se refere à homogeneidade de variância, considerando como variável independente o contexto de trabalho (CSP e UCCI), aplicou-se o teste de Levene, com base na mediana, uma vez que as variáveis não seguem uma distribuição normal, tendo-se verificado um $p > 0,05$, quanto ao Score total obtido com a aplicação da escala *IFCE-AE* e a escala *ESFamília*, conforme Tabela 7, pelo que se pode concluir que os contextos são homogêneos.

Tabela 7 - Teste de Levene para as variáveis dependentes por contexto

Variável	Dimensões e Fatores	Estatística (base a mediana)	Significância (p)
<i>IFCE-AE</i>	Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0,314	0,576
	Família: recurso nos cuidados de enfermagem	6,609	0,011
	Família: fardo	0,026	0,872
	Total da escala	1,651	0,201
<i>ESFamília</i>	A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde	0,026	0,871
	A educação para a saúde familiar não normativa	3,558	0,062
	Total da escala	0,505	0,479

3.3.2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Caracterização sociodemográfica e profissional

De acordo com a tabela 8, do total da amostra (n=125 enfermeiros), 60% (n=75) desempenha funções em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e 40% (n=50) em contexto de Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). No que se refere ao género constatou-se que 76,8% (n=96) dos enfermeiros são do género feminino. Verifica-se ainda que, independentemente do contexto de trabalho, a maioria dos enfermeiros são do género feminino, estando 58 a desempenhar funções nos CSP e 38 em UCCI. No total da amostra, a maioria dos profissionais apresentam idades entre os 34 e os 44 anos (42,4%). Nos cuidados de saúde

primários a maior percentagem de profissionais também apresenta entre os 34 e os 44 anos (41,3%) e nas UCCI mais de metade dos profissionais apresentam idades entre os 23 e os 33 anos (54,0%). Ou seja, a média de idades dos profissionais mais baixa verifica-se nas Unidades de Cuidados Continuados ($32,9 \pm 6,74$ anos). Quanto ao estado civil, constatou-se que 65,6% ($n=82$) dos enfermeiros são casados ou vivem em união de fato, sendo este o estado civil com maior representatividade, independentemente do contexto de trabalho. Relativamente ao nível de escolaridade, apenas encontramos dados para o nível de licenciatura e mestrado, sendo que a maioria dos profissionais, independentemente do contexto de trabalho possuiu a licenciatura.

Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis Sociodemográficas	Enfermeiros CSP		Enfermeiros UCCI		Total	
	n (75)	% (60%)	n (50)	% (40%)	n (125)	% (100%)
Género						
Feminino	58	77,3	38	76,0	96	76,8
Masculino	17	22,7	12	24,0	29	23,2
Grupo etário (anos)						
[23-33]	1	1,3	27	54,0	28	22,4
[34-44]	31	41,3	22	44,0	53	42,4
[45-55]	21	28,0	1	2,0	22	17,6
[56-65]	22	29,3	0	0	22	17,6
<i>Média de idades</i>	$\bar{x}=48,2 \pm 8,51$		$\bar{x}=32,9 \pm 6,74$		$\bar{x}=42,1 \pm 10,8$	
Estado civil						
Solteiro(a)	6	8,0	20	40,0	26	20,8
União de fato/Casado(a)	54	72,0	28	56,0	82	65,6
Separado/Divorciado/Viúvo	15	20,0	2	4,0	17	13,6
Nível de escolaridade						
Licenciatura	43	57,3	44	88,0	87	69,6
Mestrado	32	42,7	6	12,0	38	30,4

Entre o contexto dos Cuidados de Saúde Primários, verifica-se que dos 75 profissionais que exercem funções nas unidades funcionais dos CSP, o maior número exerce funções nas USF e com uma média de idades de $48,50 \pm 8,59$ anos. Uma menor representatividade verificou-se nas UCSP. Nas UCCI, a amostra foi de 50 profissionais (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da amostra por contexto de trabalho e idade

Contexto de trabalho		n	XMín	XMáx	\bar{x}	σ
Enfermeiros de CSP	USF	54	26	65	48,50	8,59
	UCSP	5	45	63	52,80	8,55
	UCC	16	37	62	45,50	7,84
	Total	75	26	65	48,15	8,51
Enfermeiros de UCCI		50	23	47	32,92	6,74
Total da amostra		125	23	65	42,06	10,83

Analisando a distribuição da amostra, conforme Tabela 10, segundo o **título profissional**, pode verificar-se que, no total da amostra, a maioria dos profissionais (59,2%) apresentam o título de ‘enfermeiro’, tal como em contexto de UCCI (n=45; 90,0%). Nos CSP o título com maior percentagem é ‘Enfermeiro Especialista’ (n=46; 61,3%). No que se refere à **área de especialização** do enfermeiro especialista, a mais prevalente é a área de Enfermagem Comunitária (n=19; 36,5%), sobretudo nos CSP, seguido da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica (n=13; 27,7%). Em relação ao **tempo de anos de exercício profissional**, nos CSP os profissionais trabalham, em média, há 24,54± 8,54 anos verificando-se a maior percentagem entre a classe 11-20 anos; e nas UCCI exercem funções há 6,65±5,39 anos, sendo que a maioria trabalha há menos de 10 anos neste contexto. Salienta-se que a média de tempo de serviço no total da amostra foi de 17,39±11,51 anos. No que se refere ao **tempo (em anos) no atual serviço**, verificou-se que a maioria dos enfermeiros trabalha, em média há 9,30±7,81 no atual serviço; sendo nos CSP a média de 12,73±7,95 anos e nas UCCI de 4,14±3,68 anos no atual serviço.

Tabela 10 - Distribuição da amostra por variáveis profissionais e contexto trabalho

Variáveis profissionais	Enfermeiros CSP		Enfermeiros UCCI		Total	
	n	%	n	%	n	%
Título profissional						
Enfermeiro	29	38,7	45	90,0	74	59,2
Enfermeiro Especialista	46	61,3	5	10,0	51	40,8
Área de especialização						
Comunitária	17	36,2	2	40,0	19	36,5
Médico-Cirúrgica	3	6,40	--	--	3	5,8
Reabilitação	6	12,8	2	40,0	8	15,4
Infantil e Pediátrica	13	27,7	--	--	13	25,0
Materna e Obstétrica	4	8,50	--	--	4	7,7
Mental e Psiquiátrica	4	8,50	1	20,0	1	9,6
Tempo profissional (anos)						
[0 - 10]	3	4,0	39	78,0	42	33,6
[11-20]	30	40,0	11	22,0	41	32,8
[21-30]	19	25,3	--	--	19	15,2
[31-40]	23	30,7	--	--	23	18,4
<i>Média de tempo profissional</i>	$\bar{x}=24,54 \pm 8,54$		$\bar{x}=6,65 \pm 5,39$		$\bar{x}=17,39 \pm 11,51$	
Tempo atual serviço (anos)						
[0 - 10]	28	37,3	47	94,0	75	60,0
[11-20]	40	53,3	3	6,0	43	34,4
[21-30]	4	5,3	0	0	4	3,2
[31-40]	3	4,0	0	0	3	2,4
<i>Média de tempo atual serviço</i>	$\bar{x}=12,73 \pm 7,95$		$\bar{x}=4,14 \pm 3,68$		$\bar{x}=9,30 \pm 7,81$	

Numa componente mais formativa e educacional, de acordo com a tabela 11, constatou-se relativamente à **formação no âmbito da enfermagem de família**, que 56,0% (n=70) dos enfermeiros, afirmaram ter formação nesta área, verificando-se que em contexto de CSP, 72,0% (n=54) responderam positivamente, ao contrário dos enfermeiros das UCCI, 68% (n=34) que não frequentaram qualquer formação nessa área. Em relação aos enfermeiros que afirmaram que tinham formação no âmbito da enfermagem de família, o **contexto** onde a realizaram, a maior percentagem dos enfermeiros dos CSP referiu em congressos/jornadas/workshops (n=24; 44,4%) e os profissionais das UCCI referiu no curso de enfermagem (n=11; 68,8%). Quanto à prática da **educação para a saúde** focada na **família**, a maioria dos profissionais refere que realiza. Quanto ao contexto dos CSP, a maioria dos enfermeiros referiu que adquiriu a formação em educação focada na família em congressos/jornadas/workshops (n=31; 46,3%) e nas UCCI a maioria adquiriu a formação durante o curso de enfermagem (n=39; 95,1%). No que se refere ao tempo (em anos) que realiza educação para a saúde tendo como foco a família, verificou-se uma média de $12,90 \pm 9,91$ anos, havendo diferenças em ambos os contextos, nos CSP foi de $17,21 \pm 9,56$ anos e nas UCCI de $5,08 \pm 3,98$ anos. Quanto ao contexto onde os profissionais realizam a educação para a saúde familiar, verificaram-se o “centro de saúde” (n=65, 59,1%) e os “domicílios” com 56,4% (n=62). A maioria dos enfermeiros das UCCI refere que é durante o internamento (n=34, 89,5%) e nos CSP referiram que é no próprio Centro de Saúde, consultas (n= 63; 87,5%) e aquando das visitas domiciliárias (n= 58; 80,6%). A maioria dos enfermeiros (69,6%; n=87), identificaram existir fatores que restringem a atuação dos enfermeiros para a realização de educação para a saúde focada na família, tanto nos CSP (n=47; 62,7%) como nas UCCI (n=40; 80%). Deste modo, dos fatores que restringem a realização de educação para a saúde, o que foi referido em maior percentagem foi a ‘carga de trabalho’, em ambos os contextos.

Tabela 11 - Distribuição da amostra por variáveis profissionais-educação e contexto

Variáveis	CSP		UCCI		Total	
	n	%	n	%	n	%
Formação Enfermagem Família						
Sim	54	72,0	16	32,0	70	56,0
Não	21	28,0	34	68,0	55	44,0
Contexto formação Enfermagem Família						
Curso Enfermagem	14	25,9	11	68,8	25	35,7
Autoformação	8	14,8	4	25,0	12	17,1
Colega mais experiente	5	9,3	1	6,3	6	8,6
Formação em serviço	15	27,8	2	12,5	17	24,3
Congresso/jornadas	24	44,4	8	50,0	32	45,7
Pós-graduação	21	38,9	3	18,8	24	34,3
Mestrado	8	14,8	2	12,5	10	14,3
Educação focada na família						
Sim	71	94,7	39	78,0	110	88,0
Não	4	5,3	11	22,0	15	12,0
Contexto formação educação focada família						
Curso Enfermagem	27	40,3	39	95,1	66	61,1
Autoformação	23	34,3	8	19,5	31	28,7
Colega mais experiente	16	23,9	3	7,3	19	17,6
Formação em serviço	25	37,3	5	12,2	30	27,8
Congresso/jornadas	31	46,3	7	17,1	38	35,2
Pós-graduação	23	34,3	6	14,6	29	26,9
Mestrado	13	19,4	4	9,8	17	15,7
Tempo educação foco a família (anos)						
[0 - 10]	17	23,9	35	89,7	52	47,3
[11-20]	36	50,7	4	10,3	40	36,4
[21-30]	9	12,7	0	0	9	8,2
[31-40]	9	12,7	0	0	9	8,2
<i>Média de tempo realiza educação familiar</i>	$\bar{x}=17,21\pm 9,56$		$\bar{x}=5,08\pm 3,98$		$\bar{x}=12,90\pm 9,91$	
Contexto realiza educação foco a família						
Domicílio	58	80,6	4	10,5	62	56,4
Escolas	13	18,1	1	7,1	14	12,7
Internamento	2	2,8	34	89,5	36	32,7
Centro de Saúde	63	87,5	2	5,3	65	59,1
Locais de trabalho	11	15,3	8	21,1	19	17,3
Redes Sociais	5	6,9	2	28,6	7	6,4
Telefonicamente	24	33,3	2	5,3	26	23,6
Existência fatores restringem educação						
Sim	47	62,7	40	80,0	87	69,6
Não	28	37,3	10	20,0	38	30,4
Fatores restringem educação familiar						
Falta de espaço	14	29,8	13	32,5	27	31,0
Ações protocoladas não adequadas	11	23,4	11	50,0	22	25,3
Carga horária desadequada	25	53,2	14	35,0	39	44,8
Carga de trabalho	35	74,5	34	85,0	69	79,3

3.3.3 - Caracterização das Atitudes e Percepções dos enfermeiros face à família

Quanto à escala “*Importância da família nos cuidados de enfermagem – Atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*”, os resultados das diferentes dimensões da escala e o score total obtido de acordo com a Tabela 12, verificou-se que na dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* obteve-se uma média \bar{x} de $39,89\pm 4,57$ pontos; maior para os profissionais

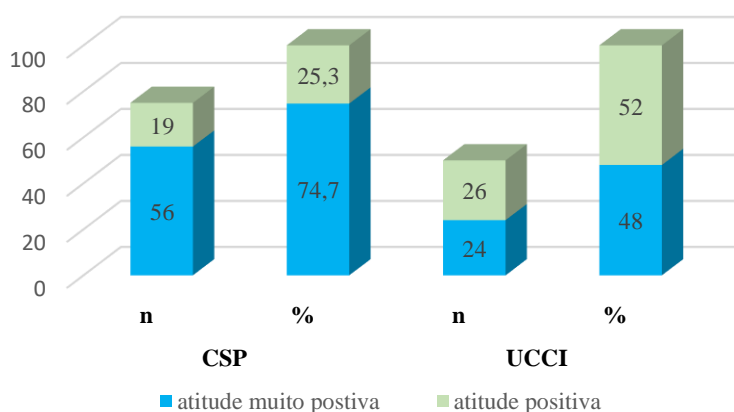
que trabalham nos CSP (41,84±3,99 pontos vs. 36,96±3,79 pontos). Na dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* obteve-se uma média \bar{x} de 34,07±3,54 pontos para o total da amostra e, respetivamente, 35,19±2,91 para os profissionais dos CSP e 32,40±3,76 pontos para as UCCI. Por último, na dimensão *Família como um fardo* obteve-se uma média 7,12±2,14 pontos para o total da amostra, sendo 6,39±1,90 pontos para os enfermeiros de CSP e 8,22±2,0 pontos para os enfermeiros de UCCI. Em relação ao score total da escala verifica-se uma \bar{x} de 81,08±7,18 pontos e na amostra de enfermeiros de CSP e de UCCI uma \bar{x} 83,41±6,30 pontos e 77,48±7,06 pontos, respetivamente.

Tabela 12 - A escala IFCE-AE segundo o contexto de trabalho

Dimensões		n	\bar{x}	Md	σ	XMín	XMáx
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	CSP	75	41,84	42,00	3,99	31	48
	UCCI	50	36,96	37,00	3,79	30	46
	Total	125	39,89	40,00	4,57	30	48
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	CSP	75	35,19	36,00	2,91	29	40
	UCCI	50	32,40	32,00	3,76	26	40
	Total	125	34,07	34,00	3,54	26	40
<i>Família: fardo</i>	CSP	75	6,39	6,00	1,90	4	10
	UCCI	50	8,22	8,00	2,0	4	12
	Total	125	7,12	7,00	2,14	4	12
Score total	CSP	75	83,41	84,00	6,30	70	95
	UCCI	50	77,58	77,00	7,06	66	93
	Total	125	81,08	82,00	7,18	66	95

Tendo presente os pontos de corte da escala, constatou-se que nos CSP a maioria dos enfermeiros têm uma ‘atitude muito positiva’ em relação ao envolvimento da família no processo de cuidados enquanto nas UCCI, a maioria dos enfermeiros demonstrou uma ‘atitude positiva’ (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Atitudes dos enfermeiros face à família por contexto de trabalho



De acordo com a Tabela 13, verificou-se no fator ‘*A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde*’ uma $\bar{x}=4,22\pm0,57$ pontos para o total da amostra, com um valor mínimo (XMín) de 2,69 pontos e um máximo (XMáx) de 5 pontos. Analisando a amostra consoante o contexto de trabalho, encontrou-se uma $\bar{x}=4,32\pm0,54$ pontos nos enfermeiros de CSP e de $4,07\pm0,58$ pontos nos enfermeiros das UCCI. No fator, *A educação para a saúde familiar não normativa*, obteve-se uma $\bar{x}=4,33\pm0,59$ pontos para o total da amostra e, de $4,48\pm0,49$ pontos e de $4,09\pm0,65$ pontos para a amostra de enfermeiros de CSP e de UCCI, respetivamente. Em relação ao score total, verifica-se uma $\bar{x}= 85,25 \pm 11,12$ pontos e na amostra de enfermeiros de CSP e de UCCI de $\bar{x}=87,69\pm10$ pontos e de $81,58\pm11,78$ pontos, respetivamente.

Tabela 13 - A ESFamília por contexto trabalho

Fatores		n	\bar{x}	Md	σ	XMín	XMáx
<i>A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde</i>	CSP	75	4,32	4,38	0,54	3	5
	UCCI	50	4,07	4,0	0,58	2,69	5
	Total	125	4,22	4,23	0,57	2,69	5
<i>A educação para a saúde familiar não normativa</i>	CSP	75	4,48	4,57	0,49	3	5
	UCCI	50	4,09	4,0	0,65	2,57	5
	Total	125	4,33	4,42	0,59	2,57	5
Score total	CSP	75	87,69	89,00	10,0	60	100
	UCCI	50	81,58	80,50	11,78	53	100
	Total	125	85,25	86,00	11,12	53	100

Deste modo, e conforme gráfico 4, todos os enfermeiros da amostra atribuem importância à promoção de educação focada na família, constatando-se que em contexto de CSP, as médias são superiores em ambos os fatores, sendo que o fator *A educação para a saúde familiar não normativa* é o que apresenta valores de médias mais elevados. Como tal, também se verificou que os enfermeiros em contexto de CSP, apresentam valores superiores na importância atribuída à EpS familiar, evidente no gráfico 5.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra pelas médias totais dos fatores por contexto de trabalho

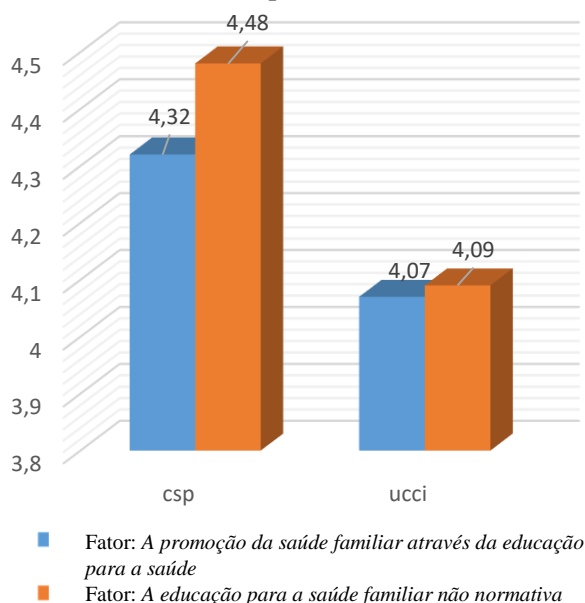
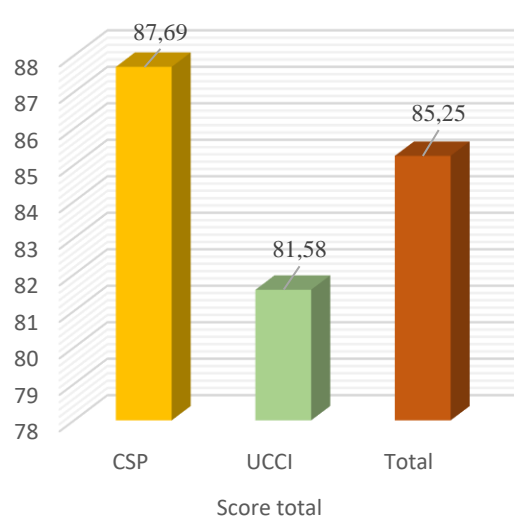


Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelas médias do score total da escala ESFamília por contexto de trabalho



3.3.4 - Variáveis sociodemográficas/profissionais associadas com a IFCE-AE

Como se pode observar pela Tabela 14, os profissionais do género masculino apresentam ordenações médias maiores, atitudes mais positivas em relação ao envolvimento da família nos cuidados, contudo sem diferenças significativas. Quanto à idade, as diferenças são estatisticamente significativas, ou seja, nas dimensões “*família parceiro dialogante e recurso de coping; e família como recurso dos cuidados de enfermagem*” à medida que a idade aumenta aumentam as atitudes positivas face ao envolvimento da família nos cuidados ($p < 0,001$). Pelo coeficiente de correlação de Spearman (ρ) observou-se diferenças altamente significativas entre a idade e a dimensão *família parceiro dialogante e recursos de coping uma correlação positiva moderada, na dimensão família como recurso dos cuidados de enfermagem* e o total da escala IFCE-AE verificou-se uma correlação positiva fraca. Na dimensão *família como um fardo* observou-se uma correlação negativa fraca e significativa. No que diz respeito ao estado civil, verificou-se uma associação significativa nas dimensões “*família parceiro dialogante e recurso de coping; família como recurso dos cuidados de enfermagem*” e para o total da escala IFCE-AE, ou seja, os enfermeiros que são separados/divorciados/viúvos atribuem maior importância à família. A associação entre a importância da família e o nível de escolaridade do enfermeiro, mostrou que os enfermeiros que possuem mestrado atribuem maior importância à família em todas as dimensões e no total da escala com diferenças significativas.

Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas associadas com a escala IFCE-AE

Variáveis Sociodemográficas	IFCE-AE	Família: Parceiro		Família: Recurso		Família: fardo		Total	
	n	OM	p	OM	p	OM	p	OM	p
Género*									
Feminino	96	62,19	0,647	61,65	0,445	63,56	0,752	61,89	0,531
Masculino	29	65,59		67,48		61,16		66,69	
Grupo etário (anos)**									
[23-33]	28	31,13	<0,001	37,27	<0,001	86,88	<0,001	37,32	<0,001
[34-44]	53	66,18		69,02		58,73		66,64	
[45-55]	22	79,23	(ρ) 0,463	67,70	(ρ) 0,330	50,27	(ρ) -0,309	71,86	(ρ) 0,364
[56-65]	22	79,68		76,55		55,64		78,05	
Estado civil**									
Solteiro(a)	26	35,71		44,50		75,81		40,85	
União de fato/Casado(a)	82	68,43	<0,001	67,87	0,013	58,75	0,107	67,45	0,002
Separado/Divorciado/Viúvo	17	78,53		67,82		63,91		75,44	
Nível de escolaridade*									
Licenciatura	87	57,63	0,012	56,64	0,003	70,04	<0,001	58,69	0,044
Mestrado	38	75,29		77,57		46,88		72,87	

Legenda: * - Teste Mann-Whitney; ** - teste Kruskal Wallis; OM= Ordenações médias; (ρ) - Spearman

Como se pode observar pela Tabela 15, os profissionais que trabalham em CSP apresentam ordenações médias superiores nas dimensões “*família parceiro dialogante e recurso de coping; família como recurso dos cuidados de enfermagem*” e no total da escala, ou seja, atitudes mais positivas em relação ao envolvimento da família nos cuidados, com diferenças altamente significativas. Em relação ao título profissional, constatou-se uma associação altamente significativa nas dimensões “*família parceiro dialogante e recurso de coping; família como recurso dos cuidados de enfermagem*” e para o total da escala IFCE-AE, ou seja, os enfermeiros que são especialistas atribuem maior importância à família. A área de especialização, não constitui um fator na importância atribuída à família. Quanto ao tempo de exercício profissional, as diferenças são altamente significativas nas dimensões e no total da escala, em que com o aumento do tempo profissional, aumentam as atitudes positivas face ao envolvimento da família nos cuidados, verificando-se uma correlação positiva fraca no total da escala. Relativamente ao tempo no atual serviço, os enfermeiros com 11 a 20 anos são os que apresentam ordenações médias superiores na importância atribuída à família com diferenças estatísticas altamente significativas.

Tabela 15 - Variáveis profissionais associadas com a escala *IFCE-AE*

Variáveis Profissionais	<i>IFCE-AE</i>		Família: Parceiro		Família: Recurso		Família: fardo		Total	
	n	OM	p	OM	p	OM	p	OM	p	
Contexto de trabalho*										
CSP	75	78,59	<0,001	73,61	<0,001	51,00	<0,001	74,66	<0,001	
UCCI	50	39,61		47,08		81,00		45,51		
Título profissional*										
Enfermeiro	74	52,57	<0,001	51,14	<0,001	71,00	0,003	52,90	<0,001	
Enfermeiro Especialista	51	78,13		80,21		51,29		77,66		
Área de especialização**										
Comunitária	19	23,03		23,03		28,95		23,11		
Médico-Cirúrgica	3	30,83		38,50		15,50		28,67		
Reabilitação	8	21,38	0,289	20,75	0,150	29,69	0,679	22,19	0,332	
Infantil e Pediátrica	13	26,92		25,54		26,04		26,69		
Materna e Obstétrica	4	41,38		36,63		21,25		38,38		
Mental e Psiquiátrica	5	30,50		36,10		24,10		35,00		
Tempo profissional (anos)**										
[0 - 10]	42	36,08		42,26		85,37		42,20		
[11-20]	41	74,50	<0,001	75,24	<0,001	47,83	<0,001	71,82	<0,001	
[21-30]	19	76,87	(ρ) 0,482	68,50	(ρ) 0,340	56,71	(ρ) -0,341	72,92	(ρ) 0,370	
[31-40]	23	80,20		74,50		54,39		76,70		
Tempo atual serviço (anos)**										
[0 - 10]	75	51,81		54,83		69,90		54,11		
[11-20]	43	83,35	<0,001	79,00	0,005	51,56	0,063	80,40	0,001	
[21-30]	4	47,13		51,25		62,75		45,25		
[31-40]	3	72,33		53,67		54,83		59,50		

Legenda: * - Teste *Mann-Whitney*; ** - teste *Kruskal Wallis*; OM= *Ordenações médias*; (ρ)- *Spearman*

Como se pode verificar na tabela 16, os enfermeiros que tiveram formação em enfermagem de família apresentam ordenações médias superiores nas atitudes face à família, em todas as dimensões e no total da escala *IFCE-AE*, que os enfermeiros sem formação, sendo esta diferença estatística significativa. Quanto à educação focada na família constatou-se que os que referem realizar educação tendo como foco a família apresentam atitudes superiores em todas as dimensões, contudo esta diferença não é estatisticamente significativa. Quanto ao tempo de EpS familiar, as diferenças são bastante significativas nas dimensões e no total da escala *IFCE-AE*, sendo que à medida que o tempo experiência educacional aumenta, aumentam as atitudes positivas face ao envolvimento da família nos cuidados ($p=0,003$). Pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) observou-se diferenças altamente significativas entre o tempo realiza educação focada na família e a dimensão *família parceiro dialogante e recursos de coping uma correlação positiva moderada, na dimensão família como recurso dos cuidados de enfermagem* e o total da escala *IFCE-AE* verificou-se uma correlação positiva fraca. Quanto aos fatores que restringem a EpS familiar, os enfermeiros que não referem a sua existência, apresentam ordenações médias superiores, atribuindo maior importância à família nas dimensões e no total da escala, não se apresentando como uma influência significativa.

Tabela 16 – Variáveis profissionais-educação associadas com as atitudes dos enfermeiros na envolvimento da família na prestação de cuidados

Variáveis Profissionais- educação	IFCE-AE n	Família: Parceiro		Família: Recurso		Família: fardo		Total	
		OM	p	OM	p	OM	p	OM	p
Formação Enf. Família*									
Sim	70	71,99	0,002	70,18	0,012	55,48	0,008	69,91	0,016
Não	55	51,56		53,86		72,57		54,20	
Educação focada na família*									
Sim	110	64,97	0,098	64,62	0,175	61,15	0,117	64,57	0,190
Não	15	48,53		51,13		76,60		51,50	
Tempo educação foco família (anos)**									
[0 - 10]	52	40,50	<0,001	43,15	0,002	67,64	0,002	43,73	0,003
[11-20]	40	67,25		66,65		43,28		64,36	
[21-30]	9	63,56	(p) 0,441	63,56	(p) 0,349	51,00	(p)-0,332	69,78	(p) 0,350
[31-40]	9	69,22		69,22		44,17		69,83	
Existência fatores restringem a educação **									
Sim	87	60,68	0,277	60,66	0,272	67,61	0,030	61,78	0,569
Não	38	68,32		68,37		52,45		65,79	

Legenda: * - Teste Mann-Whitney; ** - teste Kruskal Wallis; OM= Ordenações medias

3.3.5 - Relação variáveis sociodemográficas/profissionais e a escala ESFamília

Pela análise da Tabela 17, e de acordo com as variáveis sociodemográficas analisadas, apenas o nível de escolaridade se associou com os fatores e o total da ESFamília ($p < 0,01$); os enfermeiros que possuem mestrado tendem a atribuir maior importância à educação para a saúde com foco na família.

Tabela 17 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a escala ESFamília

Variáveis Sociodemográficas	ESFamília n	A promoção da saúde familiar		A educação não normativa		Total	
		OM	p	OM	p	OM	p
Gênero*							
Feminino	96	63,13	0,944	63,98	0,579	63,61	0,732
Masculino	29	62,59		59,76		60,98	
Grupo etário (anos)**							
[23-33]	28	50,93	0,102	47,77	0,058	49,79	0,086
[34-44]	53	62,00		64,08		62,49	
[45-55]	22	75,23		71,07		73,82	
[56-65]	22	68,55		71,73		70,23	
Estado civil**							
Solteiro(a)	26	54,06	0,354	50,90	0,129	52,67	0,261
União de fato/Casado(a)	82	64,92		67,18		65,86	
Separado/Divorciado/Viúvo	17	67,41		61,32		65,00	
Nível de escolaridade*							
Licenciatura	87	57,16	0,006	57,83	0,006	57,38	0,009
Mestrado	38	76,38		74,83		75,87	

Legenda: * - Teste Mann-Whitney; ** - teste Kruskal Wallis; OM= Ordenações medias

Para as variáveis profissionais, verificou-se uma associação com o contexto de trabalho, sendo que os enfermeiros que trabalham nos CSP apresentam maior percepção da importância da EpS familiar; com o título profissional, os enfermeiros especialistas atribuem maior importância à EpS familiar; com o tempo de exercício profissional e com o tempo de exercício no serviço atual (Tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre as variáveis profissionais e a escala ESFamília

Variáveis Sociodemográficas	ESFamília		A promoção da saúde familiar		A educação não normativa		Total	
	n	OM	p	OM	p	OM	p	
Contexto de trabalho*								
CSP	75	69,67	0,011	72,06	<0,001	70,55	0,004	
UCCI	50	52,99		49,91		51,67		
Título profissional*								
Enfermeiro	74	54,78	0,002	53,55	<0,001	54,07	<0,001	
Enfermeiro Especialista	51	74,93		76,71		75,95		
Área de especialização**								
Comunitária	19	24,42	0,206	26,24	0,131	24,29	0,135	
Médico-Cirúrgica	3	18,83		21,50		18,67		
Reabilitação	8	20,06		17,75		19,19		
Infantil e Pediátrica	13	29,69		26,50		29,35		
Materna e Obstétrica	4	41,25		43,00		42,25		
Mental e Psiquiátrica	5	29,20		31,30		31,30		
Tempo profissional (anos)**								
[0 - 10]	42	49,18	0,021	44,95	0,001	47,54	0,008	
[11-20]	41	68,05		71,50		69,43		
[21-30]	19	74,71		71,84		73,16		
[31-40]	23	69,57		73,50		71,39		
Tempo atual serviço (anos)**								
[0 - 10]	75	56,15	0,028	56,35	0,063	55,78	0,023	
[11-20]	43	76,22		74,91		76,64		
[21-30]	4	48,88		60,50		51,63		
[31-40]	3	63,50		61,83		63,17		

Legenda: * - Teste *Mann-Whitney*; ** - teste *Kruskal Wallis*; OM= *Ordenações medias*

No sentido de se avaliar a relação entre a **formação prévia no âmbito da enfermagem de família** e os fatores e o total da escala ESFamília, observou-se que os enfermeiros com formação em enfermagem de família atribuem maior importância aos fatores e ao total da escala. O 'tempo educação para a saúde com foco família' associou-se com o fator 'Educação não normativa' e o total da escala ESFamília (Tabela 19).

Tabela 19 - Associação entre as variáveis de formação e a escala *ESFamília*

Formação	ESFamília	A promoção da saúde familiar		A educação não normativa		Total	
		<i>n</i>	OM	<i>p</i>	OM	<i>p</i>	OM
Formação Enfermagem Família*							
Sim	70	69,33	0,027	70,34	0,010	69,75	0,019
Não	55	54,95		53,66		54,41	
Educação focada na família*							
Sim	110	63,87	0,465	65,18	0,067	64,25	0,294
Não	15	56,60		47,03		53,80	
Tempo educação foco família (anos)							
[0 - 10]	52	47,82	0,092	46,34	0,032	46,93	0,046
[11-20]	40	60,59		63,44		61,63	
[21-30]	9	62,39		58,89		61,06	
[31-40]	9	70,39		69,78		72,22	
Existência fatores restringem a educação*							
Sim	87	61,18	0,395	60,39	0,219	60,87	0,319
Não	38	67,16		68,97		67,88	

Legenda: * - Teste Mann-Whitney; ** - teste Kruskal Wallis; OM= Ordenações medias

3.3.6 - Relação entre as variáveis *IFCE-AE* e *ESFamília*

Por forma a analisar a relação entre a *Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESFamília)* e a *Escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)*, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (ρ) e os resultados evidenciaram, na sua maioria, uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre as dimensões da *IFCE-AE* e os dois fatores da *ESFamília*, conforme Tabela 20. Em contrapartida, a dimensão *Família como um fardo* demonstrou correlações negativas de fraca magnitude com os fatores da *ESFamília*: *A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde* ($\rho=-0,202$; $p=0,024$), *A educação para a saúde familiar não normativa* ($\rho=-0,238$; $p=0,008$) e o score total da *ESFamília* ($\rho=-0,211$; $p=0,018$). Estes resultados revelam que enfermeiros que percebem a família como um fardo/obstáculo no processo de cuidados, tendem a atribuir menor relevância à educação para a saúde familiar.

Tabela 20 - Correlação entre as escalas *IFCE-AE* e *ESFamília*

	A promoção da saúde familiar através da educação para a saúde		A educação para a saúde familiar não normativa		Total <i>ESFamília</i>	
	ρ	<i>p</i>	ρ	<i>p</i>	ρ	<i>p</i>
<i>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</i>	0,574	<0,001	0,640	<0,001	0,620	<0,001
<i>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</i>	0,560	<0,001	0,595	<0,001	0,595	<0,001
<i>Família como um fardo</i>	-0,202	0,024	-0,238	0,008	-0,211	0,018
Total <i>IFCE-AE</i>	0,579	<0,001	0,629	<0,001	0,624	<0,001

3.4 - Discussão dos resultados

Segundo Fortin et al. (2009), a análise dos resultados de uma investigação deve ir além da sua simples apresentação, exigindo uma interpretação aprofundada que os relacione com o problema de estudo, os objetivos definidos e as questões formuladas. Neste sentido, o investigador deve comparar os resultados obtidos com os de pesquisas anteriores, permitindo uma reflexão crítica sobre a sua relevância no contexto científico (Fortin et al., 2009).

Deste modo, neste sub-capítulo após a exposição dos resultados, procedeu-se à sua interpretação, fundamentada nos objetivos do estudo e nas questões de investigação. A discussão será conduzida à luz da literatura, permitindo compreender as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família na prestação de cuidados, bem como a sua percepção sobre o desempenho enquanto agentes de educação para a saúde familiar. Inicialmente, analisaram-se as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, seguindo-se a exploração das suas atitudes relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem e das suas percepções enquanto agentes de educação para a saúde familiar. Além disso, serão analisadas as associações entre os diferentes contextos de trabalho (CSP e UCCI) e as atitudes dos enfermeiros, assim como a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais no seu posicionamento face à inclusão da família e à promoção da educação para a saúde familiar. Por fim, será analisada a relação entre as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e a abordagem educacional centrada na família, avaliando de que forma essas atitudes se correlacionam.

Na revisão da literatura, identificaram-se estudos sobre a importância da família nos cuidados de enfermagem, com um foco predominante em contextos de cuidados hospitalares. No entanto, para este estudo, optou-se por considerar pesquisas que envolvessem enfermeiros no contexto dos CSP, dada a sua relevância e aplicabilidade prática nesse âmbito. A literatura sobre a integração da família nos cuidados de enfermagem em UCCI é ainda limitada, evidenciando uma lacuna que necessita de maior exploração científica.

Quanto às características sociodemográficas e profissionais, iniciando pelo **contexto de trabalho** e considerando a amostra de 125 enfermeiros, verificou-se que a maioria 60% (n=75) desempenha funções em CSP e 40% (n=50) em contexto de UCCI. Acrescenta-se que 43,2% (n=54) da amostra, exercem a sua atividade em Unidades de Saúde Familiares. De acordo com o anuário estatístico 2024 da Ordem dos enfermeiros encontram-se registados na ordem dos

enfermeiros 85535 enfermeiros, dos quais 18559 na secção regional do centro e 2851 encontram-se no distrito de Viseu. Os dados da Administração Central do Sistema de Saúde referentes a janeiro de 2025, destacam que a nível nacional 8767 enfermeiros trabalham em CSP (USF, UCC e UCSP), 1580 na região centro e 231 na ULS VDL.

No que concerne ao **género**, verificou-se que a amostra é maioritariamente formada por elementos do género feminino 76,8% (96), independentemente do contexto de trabalho. A predominância do género feminino vai ao encontro dos dados obtidos no Anuário Estatístico 2024 da Ordem dos Enfermeiros, indicando que 82,80% dos enfermeiros inscritos são desse género, também confirmados por Benner (2001) quando refere que a profissão de enfermagem é essencialmente do mundo feminino. Todos os estudos consultados convergem com esta tendência, estando no estudo de Oliveira et al. (2011), o género feminino representado com 88,2%, no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012), com 84%, no estudo de Tavares (2017), com 91,50%, no estudo de Pereira (2019), com 88,60%, no estudo de Ferreira (2022) com 85,7%, e no estudo de Gil (2023) com 86,5%.

No que respeita à **idade** verificou-se que a amostra varia entre os 23 anos e os 65 anos de idade, com uma média de idades de $42,1 \pm 10,83$ anos, sendo diferentes entre os dois contextos, em que nos CSP é de $48,2 \pm 8,51$ anos e nas UCCI de $32,9 \pm 6,74$ anos. O grupo etário no total da amostra com mais representatividade é o grupo [34-44] com 42,4% da amostra. Entre os dois contextos também se verifica uma diferença na distribuição por grupo etário e atual contexto, em que nos CSP a maior representatividade é o grupo [34-44] com 41,3% e nas UCCI é o grupo [23-33] que representa 54,0%. Segundo o Anuário Estatístico 2024 da Ordem dos Enfermeiros, o grupo etário com maior representatividade dos enfermeiros no nosso país correspondia a 36-40 anos, seguido do grupo 41-45 anos de idade, pelo que a nossa amostra se enquadra dentro das faixas etárias com maior representatividade a nível nacional. Nos estudos realizados por Oliveira et al., (2011) a média foi de 35,68 anos, Barbieri-Figueiredo et al. (2012) obteve uma média de 37,0 anos, Silva et al., (2013) uma média de 40,59 anos, Ferreira (2022) uma média de 45,19 anos e no estudo de Gil (2023) verificou-se uma média de 42,92 anos. A maior presença de enfermeiros jovens nas UCCI pode ser justificada pela maior oferta de emprego e pela facilidade de contratação nessas unidades, pois sendo geridas por entidades privadas, possuem processos de recrutamento mais ágeis e flexíveis, permitindo a entrada rápida de novos profissionais. Por outro lado, os CSP, inseridos no Serviço Nacional de Saúde, exigem concursos públicos para admissão, o que limita a disponibilidade de vagas e dificulta a entrada de enfermeiros recém-formados.

Quanto ao **estado civil**, verifica-se que 65,6% dos enfermeiros da amostra são casados ou vivem em união de fato, sendo este o estado civil com maior representatividade, independentemente do contexto de trabalho, o que já não se verifica com o segundo estado, o solteiro com 20,8%, que difere de local de trabalho. Na literatura consultada o mesmo se verificou no estudo de Tavares (2017) com 78,9% dos enfermeiros que são casados ou vivem união de fato, à semelhança do estudo de Ferreira (2022) com 71,5% e do estudo de Gil (2023) com 75,5%, já nestes dois estudos, seguiram-se os solteiros com 14,3% e 16,7% respetivamente.

Em relação ao **nível de escolaridade**, constatou-se que 69,6% dos enfermeiros da amostra têm licenciatura e 30,4% têm mestrado. Verifica-se, que apesar de em ambos os contextos, a licenciatura ser o nível de escolaridade maioritário, nos CSP 42,7% dos enfermeiros têm mestrado. Segundo dados de Oliveira et al., (2011), 83,8% dos enfermeiros tinham licenciatura e 2,2% mestrado, já Silva et al., (2013) verificou que 90,9% dos enfermeiros eram licenciados. Outros estudos têm demonstrado maiores percentagens para licenciatura e a seguir formação ao nível do 2º ciclo, com percentagens a variar entre os 10% e os 19% (Gil, 2023; Ferreira, 2022; Tavares, 2017). De acordo com o Anuário Estatístico 2024, da Ordem dos Enfermeiros, o nível predominante a nível nacional também é a licenciatura, com 74,45% (n=63682) dos enfermeiros, já com mestrado se verifica 11,12% (n=9515).

Analisando a distribuição total da amostra segundo o **título profissional**, pode verificar-se que a maioria, 59,2% detém o título de enfermeiro e 40,8% o título de especialista, sendo diferente nos contextos. Da amostra nos CSP o título com maior representatividade é Enfermeiro Especialista com 61,3%, enquanto em UCCI, é o título de enfermeiro com 90%. No estudo de Oliveira et al. (2011) a maioria dos inquiridos também detinham o título de enfermeiro, com 88,2%, seguindo-se os enfermeiros especialistas, com 7,9%, já no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) 63% detinham o título de enfermeiro e 37%, o título de enfermeiro especialista. Outros estudos corroboram estes dados (Ferreira, 2022 e Gil, 2023). Segundo os dados apresentados no Anuário Estatístico 2024, da Ordem dos Enfermeiros, 70,57% dos enfermeiros a nível nacional possuem o título de enfermeiro e 30,69% o título de enfermeiro especialista (havendo alguns com mais do que uma especialidade).

No que se refere à **área de especialização** do enfermeiro especialista, a área de Enfermagem Comunitária assume-se como a mais prevalente, com 36,5% no contexto de CSP. Nos dados apresentados no Anuário Estatístico 2024, da Ordem dos Enfermeiros, 16,30% dos

enfermeiros são especialistas em Enfermagem Comunitária, sendo que destes 1,64% na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Em relação ao **tempo de anos de exercício profissional**, verificou-se uma média de $17,39 \pm 11,51$ anos, com valores semelhantes nos grupos de [0-10] anos e [11-20] anos, ou seja, com 33,6% e 32,8% respetivamente. Importante destacar, que existem diferenças entre os contextos, pelo que em CSP a média foi de $24,5 \pm 8,54$ anos de exercício, em que 40% dos enfermeiros se situa [11-20] de tempo de atividade profissional, e em UCCI a média foi de $6,65 \pm 5,39$ anos, em que a maioria, 78% dos enfermeiros, enquadra-se [0-10] anos. No estudo de Oliveira et al., (2011), o valor foi inferior com 12,9 anos de exercício, tal como a média obtida por Silva et al., (2013) de 16,37 anos. Contrariamente, em alguns estudos verificaram-se médias superiores, em Tavares (2017), 60,6% dos inquiridos tinham 21 ou mais anos de atividade profissional, Ferreira (2022) e Gil (2023) obtiveram médias com 22,38 anos e 19,61, respetivamente.

Quanto ao **tempo (em anos) no atual serviço**, no presente estudo, verificou-se uma média de 9,30 anos, em que 60% da amostra se encontra no grupo [0-10] anos, sendo que 94% dos enfermeiros em contexto de UCCI se situam neste grupo e nos CSP, a maior percentagem situa-se no grupo [11-20] anos, com 53,3% dos enfermeiros. Valores inferiores foram apresentados nos estudos, de Oliveira et al., (2011) com 8,3 anos e Tavares (2017), com 49,3% dos enfermeiros a referirem entre 3-7 anos no atual serviço. Já Silva et al. (2013) e Ferreira (2022) constataram valores superiores de 12,16 anos e 12,80 anos, respetivamente.

No âmbito da **aquisição de conhecimentos em enfermagem de família**, 56% dos enfermeiros afirmaram ter formação nesta área, verificando-se que em contexto de CSP, 72,0% responderam positivamente, contrariamente aos enfermeiros das UCCI, em que 68% não frequentaram qualquer formação nessa área. Sobretudo adquiriram conhecimentos sobre enfermagem de família em congressos/ jornadas/workshops com 45,7%, seguidamente no curso de enfermagem com 35,7%. Outros estudos demonstraram que 59,6% de enfermeiros frequentaram formação em enfermagem de família, dos quais 29,4% em formação contínua e 23,5% em contexto académico (Oliveira et al., 2011). Também Tavares (2017), apresentou que 53,5% dos enfermeiros tinham formação em enfermagem de família, 60,5% em contexto académico e 42,1% em formação contínua. Pereira (2019) verificou que quase todos os enfermeiros tiveram formação na área de enfermagem de família com 72,06% no curso de enfermagem. Outros estudos identificaram que 40% dos enfermeiros já tinham recebido formação na área da enfermagem familiar (Ferreira, 2022 e Gil, 2023).

No que concerne ao **contexto da formação sobre educação para a saúde focada na família**, verificou-se que 61,1% responderam que adquiriram estes conhecimentos no curso de Enfermagem, em congressos/jornadas/workshops. Também Pereira (2019), corrobora ao observar que 69,95% dos enfermeiros adquiriram a formação de EpS no curso de enfermagem. E quase a totalidade dos enfermeiros na presente investigação referiram que realizam **educação para a saúde** tendo como foco a família (88%), corroborado com o estudo de Pereira (2019).

No que se refere ao **tempo (em anos) que realiza educação para a saúde** tendo como foco a família, verificou-se uma média de $12,90 \pm 9,9$ anos, muito parecido com o estudo de Pereira (2019), que verificou uma média de $13,5 \pm 9,3$ anos, nas mulheres e $10 \pm 7,6$ anos nos homens.

O **contexto** ‘centro de saúde’ e ‘domicílios’ foram os locais mais identificados pelos enfermeiros deste estudo onde realizaram EpS focada no indivíduo/família à semelhança da investigação de Pereira (2019), que identificou os mesmos.

A maioria dos enfermeiros (69,6%) identificaram **fatores que restringem a realização da educação para a saúde focada na família**, identificando como os principais fatores, a carga de trabalho (79,3%) e a carga de horário desadequada (44,8%). Pereira (2019), corrobora estes dados ao afirmar que 81,99% dos enfermeiros referiram várias restrições, sendo a carga de trabalho, também a mais assinalada (62,87%) e a carga de horário desadequada (52,94%).

Para caracterizar as atitudes dos enfermeiros no envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de trabalho de CSP (USF, UCSP, UCC) e UCCI, foi utilizada a escala “*Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*” (IFCE - AE), verificando-se em relação ao score total uma média de 81,08 pontos, que permite inferir que os enfermeiros que participaram no estudo têm atitudes de suporte face à família, promovendo a sua inclusão nos cuidados e enfermagem.

Uma atitude de suporte exige o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, promovendo a parceria, a partilha e a corresponsabilização (Oliveira et al., 2011). Quando os enfermeiros reconhecem a importância dos familiares para uma prestação de cuidados de maior qualidade, tornam-se mais capacitados para estabelecer interações significativas com as famílias. Esta postura implica valorizar os saberes, as crenças e as decisões da família no processo terapêutico, mesmo em situações de divergência (Benzein et al., 2008). Estes resultados vão ao encontro das orientações nacionais e internacionais para a inclusão da família nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2009). Diversos estudos corroboram a

importância que os enfermeiros atribuem à família, designadamente a atitude de suporte em relação à família (Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013; Tavares, 2017; Ferreira, 2022). Também Barbieri-Figueiredo et al., (2012), num estudo denominado por atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em CSP concluiu que os enfermeiros demonstravam uma atitude favorável à inclusão e participação da família nos cuidados de enfermagem, tal como Gil (2023) vê e reconhece a família nos cuidados de enfermagem. Neste presente estudo foi possível verificar que os enfermeiros de CSP evidenciam atitudes de suporte favorável em relação à importância da família no cuidar superiores aos colegas que trabalham em contexto de UCCI.

Embora os cuidados em UCCI e hospitalares sejam distintos, em ambos se verifica o fator institucionalização, sendo fundamental a participação da família no processo de cuidar, especialmente na fase de transição que vivenciam. Em diversos estudos constatou-se que os enfermeiros de CSP possuem atitudes de maior suporte para o envolvimento das famílias comparativamente ao colegas que exercem em cuidados de saúde diferenciados (Reboredo, 2023 e Gil, 2023).

Ao analisar a importância atribuída à família nas diferentes dimensões da escala *IFCE-AE*, constatou-se que a dimensão *Família como parceiro dialogante e recurso de coping* registou uma média de 39,89 pontos. Destaca-se, assim, a relevância do cuidado partilhado, do diálogo e da negociação dos cuidados, sendo essencial que os enfermeiros discutam com a família o planeamento dos mesmos. A interação entre enfermeiros e família assenta na partilha de informação, onde a comunicação desempenha um papel fundamental para o seu fortalecimento (Benzein et al., 2008). Na dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* obteve-se uma média de 34,07 pontos. As atitudes que reconhecem a família como um recurso nos cuidados de enfermagem baseiam-se na sua capacidade de fornecer suporte, mobilizar forças e contribuir para a tomada de decisão. Esta perspetiva favorece interações sustentadas por uma abordagem colaborativa, encarando a família como parceira e considerando-a simultaneamente alvo e unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011). Trata-se de uma colaboração assente na reciprocidade não hierárquica das relações (Benzein et al., 2008). Por último, na dimensão *Família como um fardo* obteve-se uma média 7,12 pontos, situando-se ligeiramente abaixo do ponto médio para a dimensão, revelando que os enfermeiros inquiridos não consideram a família como um fardo. As atitudes que percecionam a família como um fardo coincidem com crenças que dificultam o seu reconhecimento como uma unidade competente e coesa (Oliveira et al., 2011). Encarar a família desta forma implica

considerá-la um elemento indesejável ou justificar a sua exclusão pela falta de tempo para o seu envolvimento nos cuidados prestados (Benzein et al., 2008). Esta perceção pode comprometer a qualidade da assistência e dificultar a construção de uma relação colaborativa entre enfermeiros e familiares. Além disso, pode estar relacionada com barreiras de ordem pessoal, organizacional e ambiental, que influenciam a forma como os profissionais integram a família no processo de cuidados (Benzein et al., 2008).

No presente estudo, verifica-se que as atitudes com *scores* médios mais elevados são representadas pela dimensão da *família como parceiro dialogante e recurso de coping*, seguido da dimensão da *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* e por fim, na *dimensão família como um fardo*, que é a dimensão em que os participantes possuem *scores* médios mais baixos. Estes resultados corroboram com estudos em contextos de CSP, de Tavares 2017, Ferreira 2022 e Gil 2023. No entanto, há estudos que indicam que a dimensão mais expressiva na atitude dos enfermeiros é a *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (Silva et al., 2013).

Com base nos resultados analisados nas diversas dimensões e de forma global, indicam que os participantes da amostra adotam uma postura de apoio à integração da família nos cuidados de enfermagem. Contudo, a constatação de que as atitudes dos enfermeiros são de suporte face à família não constitui por si só uma evidência de que os enfermeiros considerem a família como unidade de cuidados, porém é um requisito importante para que estes envolvam as famílias no processo de cuidados (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2009; 2011; Wright & Leahey, 2009). Espera-se que esta dinâmica promova não só cuidados mais ajustados às necessidades familiares, mas também interações mais satisfatórias ao longo desse processo (Oliveira et al., 2011).

Na análise da associação entre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família e as características sociodemográficas e profissionais existem evidências significativas entre as três dimensões e o total da escala *IFCE-AE* com as variáveis: idade, estado civil, nível de escolaridade, contexto de trabalho, título profissional, tempo profissional, tempo no atual serviço, formação em enfermagem de família e tempo de EpS familiar. Ou seja, o aumento da idade relaciona-se com o aumento das atitudes positivas face ao envolvimento da família nos cuidados. Os enfermeiros mais novos apresentam atitudes mais desfavoráveis considerando a família como um fardo. Estes resultados corroboram com a investigação de Silva et al., (2013), em que os resultados apontam para a existência de relação entre a idade e as dimensões da escala *IFCE-AE*, referindo que os enfermeiros mais velhos apresentam atitudes de maior

suporte na integração da família nos cuidados de enfermagem. Pelo contrário, nos estudos de Tavares (2017), Ferreira (2022), Gil (2023) não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com o estado civil de separados/divorciados/viúvos atribuem maior importância à família em relação aos enfermeiros solteiros. Segundo o estudo de Maiorgas (2024), foram os enfermeiros casados ou em união de facto que atribuem maior importância à família, existindo diferenças significativas com os enfermeiros separados/divorciados. No respeitante ao nível de escolaridade, os resultados indicam que são os enfermeiros que possuem um nível de escolaridade superior (mestrado) que atribuem maior importância à família em todas as dimensões e no total da escala, sendo estas diferenças significativas. Na literatura não foi possível identificar outros estudos que corroborassem a influência do nível de escolaridade na atitude dos enfermeiros. Contudo, mesmo não se verificando diferenças estatísticas, salienta-se o estudo de Tavares (2017), em que mostrou também que são os enfermeiros licenciados quem apresenta atitudes mais desfavoráveis na importância da família com valores elevados na dimensão Família como um fardo, bem como Silva et al., (2013) e Gil (2023) que apuraram que são os enfermeiros com mestrado os que apresentam atitudes superiores. Quanto ao contexto de trabalho, ficou evidente no estudo que os profissionais que trabalham em CSP apresentam atitudes mais positivas em relação ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem em relação ao contexto de UCCI, com diferenças significativas. Também Oliveira et al., (2011), constatou no seu estudo que são os enfermeiros que integram as USF os que apresentam médias superiores face aos restantes. Igualmente Gil (2023) e Reboredo (2023) concluíram ambos que são os enfermeiros de CSP os que possuem atitudes de maior suporte para o envolvimento das famílias, comparativamente com os colegas dos cuidados de saúde diferenciados.

Os profissionais com um título profissional de especialista apresentam uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar. Estudos realizados com amostras de enfermeiros dos CSP também corroboram que são os enfermeiros que possuem um título profissional superior que percecionam atitudes de maior suporte perante a família (Silva, et al., 2013; Maiorgas, 2024). Estes resultados podem estar relacionados com a inclusão de conteúdos sobre família nos programas dos cursos de especialização em enfermagem.

Quanto ao tempo de exercício profissional são os profissionais com mais anos de trabalho que apresentam atitudes superiores. Estes dados corroboram com os estudos de Silva, et al., (2013) e Gil (2023) que mostram que quanto maior o número de anos de exercício

profissional e de experiência profissional, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Silva et al. (2013) apresenta como possível justificação, o facto de que enfermeiros com menos tempo de experiência profissional tendem a concentrar sua atuação nos indivíduos, em vez de incluírem as famílias no processo de cuidados. Isso está alinhado com a visão de que a enfermeira perita, ao longo dos anos de prática, desenvolvem a capacidade de ir além do cuidado técnico, adotando uma abordagem holística que inclui uma maior habilidade de comunicação, considerando tanto as necessidades dos membros da família quanto as dos utentes, sabe quando permitir que a família assuma um papel mais ativo e quando deve intervir (Benner, 2001). Em contrapartida, enfermeiros em início de carreira, iniciados avançados e até mesmo os considerados competentes (com menos de três anos no mesmo serviço) ainda não possuem a experiência necessária para compreender a situação na sua totalidade ou identificar os aspectos mais relevantes (Benner, 2001). Além disso, a menor experiência profissional pode influenciar a perceção sobre a importância dos resultados em saúde quando a família é considerada parte essencial dos cuidados (Silva et al., 2013).

Relativamente ao tempo no atual serviço, constatou-se que são os enfermeiros que têm entre os 11 e 20 anos que apresentam atitudes de maior suporte face à importância das famílias. Este facto pode estar relacionado com diferentes fatores, que podem influenciar a forma como os enfermeiros percebem e integram a família, ao longo do seu percurso profissional dentro da mesma unidade de serviço. Os enfermeiros com menos anos no serviço, encontram-se, frequentemente, numa fase de adaptação às especificidades do contexto clínico em que estão inseridos. Durante este período, os profissionais podem estar mais focados na aprendizagem e consolidação de competências técnicas, bem como na integração na equipa e nas atividades de trabalho, o que pode limitar a atenção dedicada ao envolvimento da família no processo de cuidados (Silva et al., 2013). Por outro lado, os enfermeiros com mais anos no mesmo serviço poderão assumir uma naturalização de procedimentos e “rotinas”, podendo desenvolver uma forma rígida de atuar, baseada na repetição de práticas que considera mais eficientes. Maslach, (1993), acrescenta que embora a experiência no serviço possa, em princípio, proporcionar mais habilidade técnica e autonomia, o acumular de stress, aliado à falta de suporte emocional, à monotonia das tarefas e oportunidades de desenvolvimento, pode aumentar o risco de *burnout*, e quando os profissionais se sentem exaustos ou desmotivados, a capacidade de oferecer cuidados holísticos e focados na família pode ser afetada.

Quanto à formação em enfermagem de família, constatou-se que a maioria dos enfermeiros possuem esta experiência formativa, sendo estes os que apresentam atitudes de

mais envolvimento da família nos cuidados em todas as dimensões e no total da escala. Estes dados são corroborados pelo estudo de Oliveira et al., (2011), que encontrou diferenças significativas, na dimensão *família parceiro dialogante e recursos de coping* e por Silva et al., (2013) nas dimensões *família parceiro dialogante e recursos de coping; família como um fardo*. Estes resultados reforçam a importância da formação em enfermagem de família, capacitando os enfermeiros para compreender as dinâmicas familiares, identificar padrões de interação e desenvolver estratégias para melhorar a adaptação da família às condições de saúde dos seus membros.

A evidência científica tem demonstrado que a área da educação para a saúde com foco na família é uma área fundamental para melhorar a literacia em saúde familiar e da população em geral, sendo uma das áreas de intervenção dos enfermeiros (Figueiredo et al., 2012). No presente estudo verificou-se que os enfermeiros com mais experiência em educação para a saúde familiar tendem a demonstrar melhores atitudes em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem. De acordo com Wright e Leahey (2009), os enfermeiros com mais anos de prática na educação para a saúde familiar estão mais aptos a adaptar as intervenções a diferentes contextos familiares, recorrendo a estratégias de comunicação mais eficazes e potenciando os recursos familiares para otimizar os cuidados. A experiência prolongada também facilita a construção de relações de confiança com as famílias, promovendo uma maior colaboração e envolvimento no processo de cuidar (Pereira, 2019).

Para caracterizar a perceção que os enfermeiros têm da sua atuação enquanto agentes de EpS familiar nos contextos de trabalho de CSP (USF, UCSP, UCC) e UCCI, foi utilizada a *Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESFamília)*, construída e validada para Portugal por Pereira (2019). A escala apresentou uma média de 85,25 pontos, muito próxima do máximo possível (100 pontos), que permite inferir que os enfermeiros valorizam a realização de EpS ao indivíduo/família para a promoção da saúde individual e familiar. Este resultado é corroborado por Pereira (2019), ao observar no seu estudo uma média de 89,17 pontos, concluindo um forte reconhecimento da importância da EpS familiar por parte dos enfermeiros, o que está preconizado no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais n.º190/2015, que defende que todos os enfermeiros devem ser um recurso para os indivíduos, famílias e comunidades, promovendo a saúde através do empoderamento informado. Para tal, devem fornecer informação de saúde relevante, capacitando-os para a prevenção da doença e a promoção da saúde, tanto a nível individual como familiar (Portugal, Regulamento n.º 190/2015).

Ao analisar a importância atribuída pelos enfermeiros a cada um dos fatores da escala *ESFamília*, reconhece-se que ambos apresentaram resultados elevados, em que o fator *educação para a saúde familiar não normativa*, foi o que apresentou uma média superior, com 4,33 pontos, atribuindo deste modo maior importância à realização de EpS familiar não normativa. Como refere Oliveira (2003), esta não se limita a sensibilizar ou identificar carências, mas sim a valorizar a história, a experiência e a criatividade dos indivíduos/famílias, pois mais do que a falta, é o desejo, os sonhos e os projetos que impulsionam a ação destes. Além disso, como referido por Leite et al. (2015), a EpS deve fomentar uma postura flexível, colaborativa e interativa, articulando os saberes científicos e populares. Nesse sentido, a EpS deve alinhar-se às necessidades do indivíduo, família e comunidade, promovendo a emancipação, a valorização do saber popular e a corresponsabilização pela saúde, diferenciando-se do modelo tradicional, pois, não se restringe à mera transmissão de informações, mas envolve uma interação contínua que garanta que EpS promova a saúde do indivíduo, família e comunidade (Oliveira, 2003; Silva et al., 2015; Pereira, 2019).

Quanto ao fator *promoção da saúde familiar através da educação para a saúde*, apresentou um valor de média de 4,22 pontos. Esta integra a promoção de ações de EpS familiar, em diversos contextos clínicos, considerando a família como um todo e os seus membros individualmente. Segundo Silva et al. (2015), esta abordagem fortalece os vínculos entre o profissional e o indivíduo/família, criando espaços de consciencialização crítica e promovendo a sua apropriação enquanto atores sociais. Em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018, a enfermagem de família deve considerar a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Portugal, Regulamento n.º 428/2018).

Estes dados são reforçados pelo estudo de Pereira (2019), ao concluir que o fator mais relevante foi a *educação para saúde familiar não normativa*, com uma média de 4,56 seguido do fator *promoção da saúde familiar através da educação para a saúde* com 4,41. Os resultados indicam que a prática dos enfermeiros está alinhada com os princípios da enfermagem de família, centrando-se no cuidado às famílias e na promoção da sua autonomia, e como referido por Figueiredo et al. (2012), esta abordagem considera a complexidade dos processos familiares, incluindo a sua estrutura, dinâmica e desenvolvimento. Além disso, está em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar.

Na análise da relação entre a percepção que os enfermeiros têm da sua atuação enquanto agentes de EpS familiar e as suas características sociodemográficas e profissionais, os resultados indicam que existem diferenças significativas entre o score total e os respetivos fatores da escala *ESFamília* com as variáveis nível de escolaridade, título profissional, contexto de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo no atual serviço, formação em enfermagem de família e tempo de EpS familiar. Os enfermeiros com formação ao nível do mestrado, com título de especialista, com mais tempo de exercício profissional, formação em enfermagem de família e tempo de EpS familiar tendem a atribuir maior importância à EpS com enfoque na família, podendo estar relacionado com o aprofundamento das suas competências teóricas e práticas. Segundo Benner (2001), a progressão da competência dos enfermeiros, desde iniciantes até peritos, permite o desenvolvimento de uma visão mais holística dos cuidados. Enfermeiros com maior qualificação e experiência clínica tendem a integrar melhor os fatores psicossociais e familiares, reconhecendo a importância da EpS como estratégia para a capacitação das famílias no autocuidado e na gestão da saúde/doença. Por sua vez, Wright e Leahey (2009) enfatizam que a enfermagem de família requer um conjunto de competências específicas na avaliação e intervenção nos sistemas familiares. A formação avançada proporciona aos enfermeiros um conhecimento mais estruturado sobre modelos de cuidado centrados na família, permitindo-lhes atuar de forma mais eficaz na EpS, valorizando a participação familiar na promoção da saúde. Relativamente ao tempo de exercício no atual serviço, constatou-se que são os enfermeiros que têm entre os 11 a 20 anos de exercício os que atribuem maior importância à Eps familiar.

Relativamente ao contexto de trabalho, são os enfermeiros que trabalham nos CSP os que apresentam maior percepção da importância da EpS familiar, podendo esta diferença significativa estar relacionada com o facto de ser o contexto em que existem mais enfermeiros com mestrado, especialistas e mais tempo de exercício profissional, bem como, pela natureza intrínseca deste contexto, que enfatizam uma abordagem centrada na família e na comunidade. Salienta-se também o facto de 54 enfermeiros trabalharem em USF como enfermeiros de família, sendo este «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade» (Portugal, Decreto - Lei nº 118/2014). No que concerne às variáveis sociodemográficas e profissionais: género, idade, área de especialização, estado civil, educação focada na família e existência de fatores,

os resultados do presente estudo não indicam evidências estatísticas significativas que mostrem relação das mesmas com a importância atribuída à EpS focada na família.

Um estudo realizado com uma amostra de 272 enfermeiros portugueses inscritos na OE que exerciam em Portugal, verificou que quanto mais fontes de formação em enfermagem de família e em EpS focada na família os enfermeiros tiverem, bem como o maior número de contextos em que realizam educação para a saúde, maior a importância que atribuem aos fatores e ao total da ESFamília (Pereira, 2019). A mesma autora não encontrou diferenças em função da idade, do tempo de exercício e do tempo de experiência profissional na realização de EpS focada na família em anos. Estes resultados poderão ser justificados pelo facto de fazer parte da formação de base dos enfermeiros a realização de EpS ao indivíduo, família e comunidade (Portugal, Regulamento n.º 190/2015) e também porque a maioria dos enfermeiros refere ter formação específica em EpS familiar.

A análise da relação entre as escalas *IFCE-AE* e *ESFamília* demonstraram correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões e score total da IFCE-AE e os dois fatores e total da ESFamília, o que sugere que os enfermeiros que demonstram atitudes mais favoráveis em relação à importância da família no processo de cuidados tendem a atribuir maior relevância à educação para a saúde familiar, reconhecendo-a como uma estratégia essencial para a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das suas famílias (Figueiredo et al., 2012; Silva et al., 2015; Leite et al., 2015). Esta associação positiva reflete um compromisso com os princípios da enfermagem centrada na família, que, como apontado por Wright e Leahey (2009), é um modelo de cuidado que enfatiza a importância da participação ativa das famílias no processo de saúde, visando a promoção da autonomia e a melhoria do bem-estar do paciente.

Contudo, a análise da dimensão "*família como um fardo*" revelou correlações negativas, de magnitude fraca, com os fatores da *ESFamília* relacionados à *promoção da saúde familiar através da educação para a saúde*, à *educação para a saúde familiar não normativa* e ao *score total* da *ESFamília*. Estes resultados sugerem que enfermeiros que percebem a família como um obstáculo ou fardo no processo de cuidados, em vez de um recurso colaborativo, tendem a subestimar a importância da educação para a saúde familiar. Este resultado está de acordo com a literatura, que sugere que uma visão negativa das famílias pode interferir na aplicação efetiva de práticas educativas (Benner, 2001; Leite et al., 2015), já que esta visão, de certa forma, pode limitar o reconhecimento da família como um parceiro fundamental no processo de cuidados, comprometendo assim, a qualidade da educação para a saúde. Este paradigma reforça a

necessidade de estratégias que promovam uma abordagem mais positiva e inclusiva da família no processo de cuidados, desafiando concepções que a posicionam como um fator limitador. De acordo com Wright e Leahey (2009), enfermeiros que adotam uma visão mais positiva da família como um recurso nos cuidados são mais eficazes na implementação de estratégias de educação para a saúde, o que, por sua vez, contribui para a promoção da saúde e a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das suas famílias.

Assim, os dados evidenciam a importância de uma abordagem centrada na família, na qual os enfermeiros, ao reconhecerem a família como um recurso essencial no cuidado, integram a educação para a saúde familiar na sua prática, fortalecendo a relação entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidade. Esta perspectiva vai ao encontro do modelo de enfermagem preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018, que enfatiza a relevância de intervenções educativas direcionadas às famílias para otimizar os resultados em saúde e promover um cuidado mais participativo e eficaz.

3.5 - Conclusões

A família é a base fundamental para a proteção e desenvolvimento dos seus membros, proporcionando suporte emocional, valores e educação, independentemente da sua estrutura. No atual cenário dos cuidados de enfermagem, evidencia-se que a família transcende o papel de mero suporte ao indivíduo, configurando-se como um elemento dinâmico e indispensável na promoção da saúde e da prevenção da doença dos seus membros. Dado o caráter dinâmico e complexo do sistema de saúde, torna-se essencial adotar estratégias que promovam a colaboração e interação com as famílias, ajustando as intervenções às necessidades específicas de cada contexto. O fortalecimento desta parceria é fundamental para garantir cuidados mais eficazes, sustentáveis e centrados nas reais necessidades dos utentes e das suas famílias.

As conclusões essenciais deste estudo foram devidamente apresentadas, respondendo de forma clara e fundamentada às questões de investigação e aos objetivos previamente estabelecidos. A construção do conhecimento sobre o tema foi alicerçada em uma revisão teórica abrangente e numa metodologia rigorosamente delineada, garantindo a consistência e a validade dos resultados obtidos.

Os 125 enfermeiros deste estudo são predominantemente do género feminino, com idades entre 34 e 44 anos, na sua maioria casados ou em união de facto. A maior parte possui licenciatura em Enfermagem, exercendo a profissão há cerca de 17 anos, dos quais entre 0 e 10 anos no serviço atual. A maioria desempenha funções em CSP, sobretudo em USF, tendo formação em Enfermagem de Família, obtida principalmente através de formação contínua. Além disso, grande parte adquiriu conhecimentos sobre EpS familiar durante o curso de Enfermagem, aplicando-os ao longo dos últimos 10 anos, sobretudo em centros de saúde e no domicílio. No entanto, a elevada carga de trabalho constitui um fator limitante para a atuação dos enfermeiros.

Verificou-se que os enfermeiros que participaram neste estudo, têm atitudes de suporte face à família como parte integrante nos cuidados de enfermagem, demonstrando que nos CSP a maioria dos enfermeiros têm uma ‘atitude muito positiva’ em relação ao envolvimento da família no processo de cuidados enquanto nas UCCI, a maioria dos enfermeiros demonstrou uma ‘atitude positiva’

Obtiveram-se médias positivas nos *scores* referente às dimensões mais favoráveis à inclusão da família nos cuidados, em primeiro lugar percebem a *família como parceiro dialogante e recurso de coping* e depois a *família como recurso nos cuidados de enfermagem*, sendo estas ligeiramente superiores nos enfermeiros de CSP face às UCCI. Na dimensão menos positiva da escala ‘*família como um fardo*’ os *scores* médios obtidos no total da amostra e em ambos os contextos situam-se abaixo do ponto médio para a dimensão, sendo ligeiramente inferior nos enfermeiros de CSP revelando, mais uma vez que os enfermeiros inquiridos não consideram a família como um fardo, mas sim como um elemento importante a envolver em todo o processo de cuidados.

Com este estudo podemos referir que os enfermeiros da amostra atribuem uma importância à EpS focada na família, pois para o total da escala observou-se uma média muito próxima do máximo possível para a escala, sendo os enfermeiros dos CSP os que apresentam valores superiores. Podendo-se referir que enfermeiros inquiridos consideram a realização de EpS familiar relevante nos diversos contextos em que exercem a sua prática clínica, uma vez que atribuíram grande importância a essa atividade, conforme mensurado pela ESFamília. O fator considerado pelos enfermeiros com maior importância na ESFamília foi a “*educação para saúde familiar não normativa*” seguida do fator “*promoção da saúde familiar através da educação para a saúde*”.

Adicionalmente, também se pretendeu verificar a associação de fatores sociodemográficos e profissionais nas atitudes dos enfermeiros quanto ao envolvimento da família e na implementação da educação para a saúde familiar, verificando-se a existência de associação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e as variáveis idade, estado civil, nível de escolaridade, contexto de trabalho, título profissional, tempo profissional, tempo no atual serviço, formação em enfermagem de família e tempo de EpS familiar. Quanto à importância atribuída à EpS familiar constatou-se que varia em função do nível de escolaridade, título profissional, contexto de trabalho, tempo profissional, tempo no atual serviço, formação em enfermagem de família e tempo de EpS familiar.

Outro dado relevante extraído deste estudo foi a associação moderada entre a percepção da importância da família no cuidado de enfermagem e a prática de EpS familiar. Enfermeiros que reconhecem a família como um parceiro essencial na prestação de cuidados demonstraram maior predisposição para integrar a EpS familiar na sua prática clínica. Em contrapartida, aqueles que perceberam a família como um fardo atribuíram menor relevância à EpS familiar, ainda que essa relação tenha sido de fraca magnitude. Esses resultados evidenciam que, apesar do reconhecimento generalizado da importância da família, persistem desafios na sua integração efetiva na EpS, reforçando a necessidade de uma abordagem centrada na família. Tal abordagem, alinhada aos princípios da enfermagem, valoriza a participação ativa das famílias no cuidado, promovendo estratégias educativas mais eficazes e contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde

Como qualquer investigação, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira limitação refere-se ao contexto geográfico específico, uma vez que o estudo foi realizado apenas com enfermeiros dos CSP da ULS VDL e das UCCI dos concelhos de Viseu e Tábua. Esta delimitação territorial restringe a generalização dos resultados a outras regiões e realidades institucionais, sendo necessária prudência na sua extrapolação para diferentes contextos assistenciais. Além disso, verificou-se uma escassez de literatura científica sobre o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem em UCCI e sobre a aplicação da escala *ESFamília*. Esta limitação dificultou a comparação direta dos resultados com investigações anteriores, limitando a possibilidade de contextualizar os resultados face à evidência existente. A ausência de estudos que explorem a aplicação desta escala em diferentes cenários clínicos reforça a necessidade de investigações futuras que consolidem a sua validade e utilidade na avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a educação para a saúde familiar. Deste modo, sugere-se que futuros estudos sejam

conduzidos em contextos geográficos distintos e que aprofundem a investigação sobre o papel da família nos cuidados de enfermagem em UCCI, bem como a aplicabilidade da *ESFamília* em diferentes populações e ambientes assistenciais. Essas investigações contribuirão para uma compreensão mais abrangente e robusta do fenómeno estudado. Outra limitação, mas que é implícita ao tipo de estudo, é que os resultados apenas permitem analisar associações.

De uma forma global, o presente relatório, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, teve como principal objetivo consolidar competências do enfermeiro especialista em ESF, integrando a prática clínica com a investigação científica. A realização do estágio profissional em contexto de USF proporcionou o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências críticas e reflexivas na prestação de cuidados de enfermagem à família, consolidando a prática baseada na evidência como eixo central da atuação do enfermeiro especialista.

O enquadramento contextual da prática clínica em ESF, abordou a evolução dos CSP e a relevância da sua reforma organizacional, com ênfase na implementação das USF, que representaram um avanço significativo na melhoria da acessibilidade, continuidade e qualidade dos cuidados. A caracterização da ULS VDL e, em particular, a USF Grão Vasco, permitiu compreender o modelo organizativo vigente e o papel dos enfermeiros na promoção de cuidados de proximidade.

A interdependência entre teoria e prática na Enfermagem de Saúde Familiar foi evidenciada ao longo do estudo, pois a teoria forneceu uma base sólida para compreender as dinâmicas familiares, enquanto as competências práticas permitiram aplicar esse conhecimento de forma eficaz no contexto clínico. Essa relação dinâmica criou um ciclo de retroalimentação, que favoreceu a evolução constante dos modelos e estratégias, adequando-os às necessidades emergentes das famílias e comunidades.

A reflexão sobre o percurso formativo e a experiência adquirida ao longo deste estudo destaca a importância da formação contínua para o enfermeiro especialista em ESF. A análise crítica do processo formativo reforça o compromisso com a excelência na prestação de cuidados, a importância do trabalho colaborativo em equipas multidisciplinares e a atualização constante do conhecimento, aspetos essenciais para a melhoria dos resultados em saúde e para a otimização das intervenções no contexto familiar.

Ao longo da realização deste estudo, foram enfrentados desafios significativos, que, no entanto, foram superados. Entre esses desafios, destacam-se a falta de experiência na área de investigação, o tempo restrito para concluir o estudo e a demora no parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL, o que adiou a distribuição do instrumento de recolha de dados. Superar esses obstáculos fortaleceu a capacidade de análise crítica e reflexiva, fundamentais para a prática da enfermagem baseada na evidência e para a qualificação da prática clínica.

Este estudo contribuiu para a produção de conhecimento científico na área da ESF e para o fortalecimento da prática profissional. Os resultados obtidos reforçam a importância do papel dos enfermeiros na promoção da educação para a saúde familiar, destacando a necessidade de estratégias que integrem de forma efetiva a família no processo de cuidados. A realização deste estudo não só contribuiu para o desenvolvimento de competências científicas e metodológicas, como também representou um significativo crescimento profissional e pessoal.

Como enfermeiro especialista, o meu objetivo é desempenhar um papel ativo junto aos meus colegas, promovendo a troca de conhecimentos, realizando práticas reflexivas em equipa e aprimorando a prática da enfermagem familiar. A motivação para a aprendizagem contínua e para a sabedoria adquirida ao longo deste mestrado é essencial para o meu desenvolvimento profissional.

Assim como “a mente que se abre a uma nova ideia nunca mais retorna ao seu tamanho original”, espero que este trabalho inspire uma reflexão contínua e uma constante evolução na enfermagem de saúde familiar, ampliando os horizontes e enriquecendo a prática profissional, de modo a proporcionar cuidados de maior qualidade às famílias e comunidades.

Referências bibliográficas

- Alarcão, M. (outubro de 2002). *(Des) Equilíbrios Familiares* (2ª Edição ed.). Quarteto Editora
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dxelmhjdjcvhfwdpavdd>
- Appolinário, F. (2012). Metodologia da Ciência: Filosofia e prática da pesquisa. 2ª edição. São Paulo: Cengage Learning. https://www.academia.edu/43939467/Metodologia_da_ci%C3%Aancia_Filosofia_e_pr%C3%A1tica_da_pesquisa_Appolin%C3%A1rio_Fabio
- Aragão, L. B., Macedo de Sousa, F. G., Silva, A. O., Santos, M. H., Braga, L. C., & Sarmiento, M. V. (jan/mar de 2019). Valorização da família no processo de cuidado: atitudes de enfermeiros em unidade neonatal. 1-9. *Cienc Cuid Saude*, 18(1) e45114. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45114/pdf>
- Araújo, I. M. B., (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 36–43). https://www.esenf.pt/fotos/editor2/id/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Barbosa P: Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal. 2010. <https://opss.pt/node/244>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 7 - 2015* A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar 30 care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi:10.1177/1074840708317058
- Benzein, E., Johansson, P. E., Årestedt, K., & Berg, A. (2008a). Families importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. *Journal of Family Nursing* 14(1), pp. 97-117.

- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & saúde coletiva*, 22, 701-712. https://www.researchgate.net/publication/314970318_A_Reforma_dos_Cuidados_de_Saude_Primarios_em_Portugal_portuguesa_moderna_e_inovadora
- Coutinho, C. P. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4ª ed.). SAGE Publications. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- Díaz, C., Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T. & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Jan Leading Global Nursing Research*, VOL. 75 (11), páginas 2299-2312. <https://doi.org/10.1111/jan.14049>
- Ferreira, S. M. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Leiria]. Escola Superior de Saúde de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7990>
- Ferreira, M. M., Andrade, C. & Henriqueta, M. H. (2023). Conceito de família In Figueiredo, M. H. (Coord.). *Determinantes de saúde familiar* (pp.130-133). Lisboa: Lidel
- Fernandes, C.S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P. & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência* Série IV, (7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5ª ed.). SAGE Publications.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. F., Neto, J. F., & Leite, M. T. (abr./ jun. de 2012). Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16 (41), pp. 315 - 329. <https://doi.org/10.1590/S14143283201200200003>
- Figueiredo, M. H., Pinto, M. j. & Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. In Figueiredo, M. H. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.42-62). Lisboa: Lidel
- Fortin, M.F.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Frade, J. G., Henriques, C. G., & Frade, M. d. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158, pp. 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Gil, E. M. (2023). *Importância atribuída à Família na prestação de cuidados de Enfermagem: atitudes dos enfermeiros de cuidados de Saúde Primários e Diferenciados* [Relatório de

- Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Leiria]. Escola Superior de Saúde de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/8746>
- Guedes, V., Figueiredo, M., Apóstolo, J., Silva, M., Oliveira, P., & Ferreira, M. (26 de julho de 2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *São Paulo: Revista Recien*, pp. 23-32. <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/202/206>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2022. Lisboa: INE, 2024. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0685-2
- Leite, A. G., Sousa, J. C., Feitosa, A. N., Vieira, A. B., Quental, O. B., & Assis, E. V. (9 de dez. de 2015). Práticas de educação em saúde na estratégia de Saúde da Família - Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (Supl. 10), pp. 1572 - 1579. <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3241>
- Maiorgas, S. C. (2024). *Enfermeiro/ Família: Parceiros no Cuidar – Importância da Família* [Relatório de Estágio de Mestrado em_Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Leiria]. Escola Superior de Saúde de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/9962>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). Report Number
- Maslach, C. (1993). Burnout: A Multidimensional Perspective. In *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19–32). <http://dx.doi.org/10.4324/9781315227979-3>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. EUA: Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação da Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Oliveira, R. M. (jul. /dez. de 2003). A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Revista Perspetiva em Ciências da Informação*, pp. 22 - 45. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/23445>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., & Martins M., (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In: E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família, pp. 34-48. ISBN 978-989-96103-2-3.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., Figueiredo, M., Andrade, L., Carvalho, J., & Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à

família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(6). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Revista ROL Enfermagem*, <http://hdl.handle.net/10400.26/31749>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadececomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (19 de outubro de 2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/24-294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, URSS. 6-12 September 1978. Geneva: OMS; 1978. Acedido em [9241800011_por.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9241800011)
- Pereira, A.C.P. (2019). *Educação para a Saúde Familiar – Percepção dos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório aberto do Politécnico de Leiria. <https://iconline.iplleiria.pt/handle/10400.8/5054>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 298/2007, (2007, agosto 22). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B. *Diário da República I* (161), pp. 5587-5596. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 298/2008, (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República I* (38), pp. 1182-1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/deta-lhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 30/2011, (2011, março 2). Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,

- E.P.E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Diário da República I* (43), pp. 1274-1277. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>
- Portugal, Decreto-Lei nº 118/2014, (2014, agosto 5). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República I* (149), pp. 4069-4071. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Portugal, Decreto-Lei nº 102/2023, (2023, novembro 7). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República I* (215), pp.4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906-278>
- Portugal, Decreto-Lei nº 103/2023, (2023, novembro 7). Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República I* (215), pp. 21-48. <https://diariodarepublica.pt/dr/de-talhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Portugal, Despacho normativo nº 9/2006, (2006, fevereiro 16). Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. *Diário da República I* (34), p.1256. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/despnorm/9/2006/02/16/p/dre/pt/html>
- Portugal, Despacho normativo nº 10/2007, (2007, janeiro 26). Dá nova redação às normas IV e VII do Despacho Normativo nº9/2006. *Diário da República I* (19), p.2237. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/10-2007-2860760>
- Portugal, Despacho nº 1353/2024. (2024, fevereiro 2). Autorizado o plano de estudos de mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Viseu em associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. *Diário da República, II* (24), pp. 217-218. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32831/despacho_13532024.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. (2025). *Instituição Apresentação*. Recuperado 21 janeiro, 2025, <https://www.chtv.min-saude.pt/instituicao/apresentacao/>
- Portugal, Regulamento n.º 190/2015. (2015, abril 23). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República, 2*(79), pp. 10087-10090. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Portugal, Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, 2*(135), pp. 19354-19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2*(26), pp. 4744-4750.

<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Portugal, Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Pires, E. (2016) *A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA* [Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar]. Repositório do Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires_Eliana.pdf
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>
- Reboredo, C. C. (2023). *Valor da Família na participação nos cuidados de Enfermagem: análise comparativa* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Instituto Politécnico de Leiria]. Escola Superior de Saúde de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/8748>
- Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados. *Revista Sinais Vitais*, (129), 29-41. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>
- Santos, M. L. (2012). *Abordagem sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho Profissional do Enfermeiro* [Doctorate's thesis, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstre-am/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Silva, M.; Costa, M. & Costa, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de enfermagem Referência*, III (11), pp. 19-28. <http://hdl.handle.net/10400.26/33417>
- Silva, J. R. A., Lemos, E. C., Hardman, C. M., Santos, S. J., & Antunes, M. B. C. (2015). Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 28(1), 75–81. <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p75>
- Silva, P. (2016). *Satisfação dos enfermeiros na utilização de sistemas de informação em enfermagem: Um estudo nos hospitais do Funchal* [Dissertação de Mestrado]. <https://hdl.handle.net/10400.26/17330>
- Silva, M. J. (2023). *AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM MEMBRO. IDOSO PORTADOR DE DOENÇAS CRÓNICAS* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/50166>
- Sousa, P.E.A. (2023). *Projeto “CUIDARFARM” – A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Leiria].

- Repositório aberto do Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/9348>
- Spinola, A. & Henriqueta, M. H. (2023). Conceito de família In Figueiredo, M. H. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.92-95). Lisboa: Lidel
- Tavares, M. C. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar* [Relatório final de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Viseu]. Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2024). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- USF Grão Vasco. (2016). *Regulamento Interno – 4ª revisão - setembro 2016*
- USF Grão Vasco. (2019). *Relatório de atividades 2018*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182691/O%20QUE%20FAZEMOS/RA_USF%20Gr%C3%A3o%20Vasco%202018.pdf
- USF Grão Vasco. (2024). *Plano de Ação 2024*. https://bicsp.min-saude.pt/_vti_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2024/2182691
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo
- Viseu. (2024, dezembro 31). *Wikipédia, a enciclopédia livre*. Recuperado 20:00, janeiro 21, 2025 de <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Viseu&oldid=69271217>.
- Viseu Dão-Lafões. (2025, janeiro 17). *Wikipédia, a enciclopédia livre*. Recuperado 21:00, janeiro 21, 2025 de https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Viseu_D%C3%A3o-Laf%C3%B5es&oldid=69379353.
- World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986 https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca
- Zanetti, M. L., Blagg, M. V., Santos, M. A., Péres, D. S. & Teixeira, C. R. S. (2007). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2), 186-192. <https://www.scielo.br/j/reben/a/bgLmLP6GTzwpcDG3ZP535Qz/?format=pdf&lang=pt>

Apêndices

Apêndice I- Pedido de autorização à coordenadora USF Grão Vasco

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao

Para: USF Grao Vasco

Cc: Renato Armando Joaquim Teixeira

Responder Responder

Importância alta

Exma. Sra. Coordenadora da USF Grão Vasco

Drª Ana Margarida

Boa tarde

Encontrando-me a desenvolver o Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF, venho por este meio solicitar que no relatório final possa incluir contexto de estágio, nomeadamente:

- pirâmide etária da USF Grão Vasco
- pirâmide etária dos utentes do ficheiro do Enf. Renato
- utentes do ficheiro do Enf. Renato distribuídos por género e idade
- numero de famílias inscritas com nº elementos por agregados familiar do Enf. Renato
- numero de famílias inscritas com nº elementos por agregados familiar da USF
- indicadores julho(mais recentes) da USF Grao Vasco/ ficheiro do Enf. Renato

Gostaria se possível aceder ao relatório de atividades de 2023 e carta de compromisso 2024.

Os itens solicitados serão retirados após consulta online do BICSP e através da aplicação MIM@UF, que terei de solicitar a quem tenha password gestor.


Salvaguardo que os dados pretendidos, não identificam qualquer utente, respeitando os princípios éticos e deontológicos.


Desde já grato pela atenção


Aguardo deferimento

Atenciosamente

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal

 REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES
caco

Apêndice II - Plano de formação: Registos de Enfermagem em Saúde Familiar Capacitação e Implementação de Boas Práticas

Fundamentação:

Sendo essencial o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESF, procurou-se identificar as necessidades e/ou as oportunidades que existiam na USF GV.

Deste modo, durante o período de integração no estágio e no processo de recolha de informação para caracterizar as famílias da lista do enfermeiro tutor, constatou-se um deficit de documentação no programa de saúde da família do sistema de informação SClínico, relativo à avaliação e intervenção nas famílias. Por isso, também foi realizada uma análise das listas dos demais enfermeiros da equipa, onde foram obtidas igualmente a ausência dessa documentação.

Os sistemas de informação assumem cada vez mais importância nos serviços de saúde, são meios facilitadores de transmissão da informação de uma forma rápida, fácil e segura, com o objetivo de promover a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. A integração de uma linguagem de enfermagem padronizada como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) facilita o encontro, processamento e gestão de uma enorme quantidade de dados e informação que colabora para o progresso da prática clínica, pesquisa, educação e disseminação dos saberes em enfermagem (Silva, 2016).

A documentação correta dos registos de enfermagem é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados, a continuidade das intervenções, a segurança do utente e o cumprimento das normas éticas e legais. No contexto de uma Unidade de Saúde Familiar, a utilização adequada do programa Sclínico, especificamente o módulo "Saúde da Família", é bastante pertinente para uma gestão eficiente e completa da informação clínica.

De acordo com Ribeiro (2021), a documentação de enfermagem é importante na continuidade de cuidados, permite melhorar a tomada de decisão do profissional de enfermagem, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados que são prestados, com reflexo na avaliação e qualidade dos serviços de saúde

Além disso, a prática de enfermagem reflexiva através da documentação, permite que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver a capacidade, a competência, o conhecimento e a perícia para decidir como, quem, porquê, o que deve ser feito e para que deve ser feito (resultados esperados), (Figueiredo & Moreira, 2009, citado por Silva, 2023).

Segundo os resultados da revisão de literatura conduzida por Ribeiro (2021), revelaram que ainda subsiste um problema em alguns serviços de saúde do nosso país, que é a escassez de padrões de registos de enfermagem, onde haja anotação dos registos da evolução dos cuidados. Acrescenta que os registos, independentemente da sua forma de apresentação, são documentos ricos de informação, assumindo-se como peça fulcral para garantir a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde, objetivando cuidados e maiores ganhos em saúde.

Em Enfermagem de Saúde Familiar, o foco é a família enquanto unidade de cuidados, abrangendo aspetos preventivos, educativos, curativos e de apoio em várias fases do ciclo de vida. Registos adequados e precisos são cruciais para garantir a monitorização eficaz dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e para avaliar o impacto das intervenções na saúde global das famílias.

A ESF desempenha, portanto, um papel central na promoção da saúde e no acompanhamento contínuo das famílias, sendo essencial que os registos clínicos reflitam de forma precisa e detalhada as intervenções realizadas.

Existem vários modelos que possibilitam operacionalizar intervenções familiares, destacando-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), construído para a realidade portuguesa, pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, tendo por base o modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido e aperfeiçoado por Wright & Leahey.

Considerando a importância da documentação, no processo de conceção de cuidados na prática de enfermagem, e seu impacto na organização e no bem-estar da família enquanto cliente, julgou-se fundamental desenvolver uma formação em serviço. A formação em serviço é um processo de capacitação contínua realizado diretamente no ambiente de trabalho, com o objetivo de aprimorar o conhecimento, as habilidades e as competências dos profissionais para melhor responder às necessidades do contexto em que atuam. A formação em serviço é, portanto, uma estratégia essencial para organizações que buscam eficiência, inovação e qualidade no atendimento.

Segundo Silva (2023), o Modelo Multinível de Kirkpatrick desenvolvido por Donald Kirkpatrick em 1959, é amplamente reconhecido como uma estrutura eficaz para avaliar a eficácia dos programas de formação. O modelo é composto por quatro níveis de avaliação, que pretende medir não apenas a perceção imediata dos participantes à formação, mas também os

impactos concretos no desempenho e nos resultados organizacionais, sendo que será dado ênfase aos dois primeiros, pois os dois últimos níveis exigem tempo para obter e analisar os resultados.

O autor destacado anteriormente, acrescenta que no primeiro nível, chamado **Reação**, o objetivo é medir a satisfação imediata dos participantes à formação. Esse nível avalia o que os participantes pensaram e sentiram sobre o conteúdo, a relevância e os métodos aplicados, permitindo uma análise inicial sobre a relevância da formação. Embora seja um nível essencial para entender a receptividade dos participantes, ele ainda não mensura se a formação trouxe mudanças efetivas no conhecimento ou no comportamento.

O segundo nível, **Aprendizagem**, visa entender se os participantes adquiriram o conteúdo conforme o esperado. Testes antes e depois da formação, exercícios práticos ou avaliações durante a formação são algumas das técnicas usadas para medir a aprendizagem. Esse nível é crucial para verificar se os objetivos de ensino foram atingidos e para identificar possíveis lacunas no conteúdo oferecido.

O terceiro nível, **Comportamento**, verifica se houve uma transferência eficaz de conhecimentos e habilidades para o trabalho diário dos participantes e o quarto nível, denominado **Resultados**, avalia o impacto da formação nos resultados organizacionais, como aumento da produtividade, melhorias na qualidade do serviço, redução de custos e maior satisfação dos clientes

Como tal, para que a formação em serviço promova o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e contribua para a resolução do problema identificado, foi elaborado um plano de formação intitulado como “ Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de Boas Práticas”, que incluiu várias etapas: diagnóstico dos conhecimentos, desenvolvimento da formação, implementação da formação e avaliação dos resultados.

Foi definido como **objetivo geral**: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às famílias, promovendo uma abordagem integrada e eficaz na documentação e intervenção em enfermagem de saúde familiar.

Como **objetivos específicos**: capacitar a equipa de enfermagem da USF Grão Vasco para realizar registos de ESF no programa Sclínico, na área de “Saúde da Família” assegurando a qualidade, precisão e conformidade com o MDAIF; Promover uma cultura organizacional de

formação e prática; Promover a organização dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde da família; Contribuir para uma visão partilhada da ESF aos diversos níveis de prevenção.

Após identificar o problema relacionado com a documentação sobre a família, foi realizado um diagnóstico das necessidades formativas. Para isso, elaborou-se um questionário com o propósito de identificar as principais necessidades da população alvo: equipa de enfermagem da USF Grão Vasco (N=9).

O questionário (ver final do trabalho) foi dividido em três partes: a primeira parte procurava entender se os enfermeiros já possuíam formação sobre o MDAIF e sobre enfermagem de saúde familiar, os motivos para não documentarem o cuidado prestado às famílias e se reconheciam vantagens em fazê-lo. A segunda parte incluiu perguntas em escala sobre saúde familiar e práticas de documentos. Na terceira e última seção, foram propostas 20 afirmações verdadeiras e falsas para avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros.

Foram definidos os objetivos e as estratégias de cada etapa de formação, conforme quadro 1.

Quadro 1 - objetivos e as estratégias de cada etapa de formação

Etapas	Objetivo	Estratégias
Etapa 1: diagnóstico da situação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem em relação aos registos no SClínico, nomeadamente no programa “Saúde da Família” • Avaliar o conhecimento atual sobre o MDAIF e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os registos existentes para identificar lacunas. • Elaboração de um questionário de diagnóstico de situação; • Aplicação do questionário de diagnóstico de situação; <p style="text-align: center;">Análise dos resultados.</p>
Etapa 2: Desenvolvimento da Formação	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um plano de formação alinhado com as necessidades identificadas. Definir conteúdos e métodos de ensino apropriados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do plano de sessão; Realização da apresentação com orientações para registo de informação no programa “Saúde da Família” do <i>SClínico</i>.
Etapa 3: Execução da formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a formação de forma eficaz, assegurando a participação de todos os membros da equipa de enfermagem • Facilitar a prática dos conhecimentos adquiridos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Execução da formação em serviço utilizando estudos de caso e simulações para aplicação prática. • Promover a interação e discussão entre os participantes durante as sessões.
Etapa 4: Avaliação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho do formador, a organização da ação e sugestões de melhoria; • Identificar os conhecimentos após a ação de formação • Identificar as competências 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de avaliação pós-formação para medir a satisfação e a compreensão dos participantes. • Aplicação do mesmo questionário inicial para avaliação de conhecimentos;

Foi delineado o seguinte cronograma do plano de formação, conforme quadro 2.

Quadro 2- cronograma do plano de formação

Cronograma do plano da formação					
Etapas	Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Etapa 1	• Analisar os registos existentes para identificar lacunas.	1 a 4			
	• Elaboração de um questionário de diagnóstico de situação	7 a 11			
	• Aplicação do questionário de diagnóstico de situação	14 a 25			
	• Análise dos resultados.		4 a 8		
Etapa 2	• Realização do plano de sessão;		11 a 15		
	• Realização da apresentação, com orientações para registo de enfermagem no programa “Saúde da Família” do <i>SCLínico</i> .			2 a 20	
Etapa 3	• Execução da formação em serviço utilizando estudos de caso e simulações para aplicação prática.				3
	• Promover a interação e discussão entre os participantes durante as sessões.				3
Etapa 4	• Aplicar questionário de avaliação pós-formação para medir a satisfação e a compreensão dos participantes.				3
	• Aplicação do mesmo questionário inicial para avaliação de conhecimentos;				3

Num total de nove enfermeiros da equipa aos quais foi aplicado o questionário, 8 providenciaram o seu preenchimento. Na análise dos resultados obtidos, verificou-se que, no grupo I, seis elementos da equipa de enfermagem conheciam o MDAIF através pós-graduação/mestrado/doutoramento e dois elementos, que não conheciam, manifestaram interesse em conhecer. Contudo, na análise constatou-se que sete referiram ter formação em enfermagem de família em que quatro foram em contexto graduação/mestrado/doutoramento e dois no curso de enfermagem.

Em relação ao programa “Saúde da Família”, os oito conheciam que este existia mas seis (75%) não documentavam. Deste modo, dos 75,0 % (n=6) enfermeiros que não registavam, 50% (n=3) referiram que o motivo principal era devido a sobrecarga de tarefas, um referiu também devido a ausência de formações esclarecedoras, outro devido a ausência formação sobre tema, outro não ter formação em avaliação e intervenção familiar, um que não identifica vantagens e um não respondeu.

Relativamente às vantagens que identificam com a documentação no programa “Saúde da Família”, considerando que 6 elementos não a concretizam, como destacado anteriormente,

87,5 % (n=7) responderam que contribui para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, seguidamente com 50% (n=4) identificaram como vantagens, conhecer melhor a família e também transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar.

Por último, na extração da lista de famílias, por enfermeiro de família, 75,0% referiram saber fazê-lo e os restantes 25,0% referiram que não.

No grupo II, foram elaboradas perguntas com opções de resposta em pontuação entre um a sete, sendo que a pontuação um corresponde a “nada” e sete a “muito”. O objetivo foi conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o nível da sua competência para abordar a família enquanto cliente, da necessidade de prestar cuidados de enfermagem às famílias, da competência para a documentação no programa de saúde da família, da importância da documentação sobre a avaliação da dimensão estrutural e papel prestador de cuidados da dimensão funcional e da sua motivação para efetuar a documentação.

No que concerne à competência para abordar a família como cliente, os enfermeiros apresentaram uma média de 5,38 e $\sigma=0,92$ em que o mínimo foi de 4 e o máximo de 6. Na perceção da sua competência na avaliação e identificação de necessidades da Família constatou-se uma média de 5,25 e $\sigma=0,71$ em que o mínimo foi de 4 e o máximo de 6.

Na competência para documentação no programa “Saúde da Família” obteve-se uma média de 4,25 com $\sigma=1,16$ em que o mínimo foi de 2 e máximo de 5. Nos registos de informação no programa relativamente à colheita de dados a média foi 4,13 com $\sigma=1,12$ e mínimo de 2 e máximo de 5. Na competência para documentação no programa, relativamente a diagnósticos e intervenções, a média foi de 4,63 com $\sigma=1,41$ e mínimo de 2 e máximo de 6. Como tal, na análise à perceção dos enfermeiros sobre o seu grau de competência nas diversas variáveis destaca-se que a média foi de 4,72 e $\sigma=0,99$.

Na tabela 1 são apresentados os resultados em função das respostas dos enfermeiros

Tabela 1 - Resultados sobre a perceção do grau de competências dos enfermeiros

	n	XMín	XMáx	\bar{x}	σ
Abordar família cliente	8	4	6	5,38	0,916
Avaliação e identificação necessidades família	8	4	6	5,25	0,707
Documentação programa “Saúde da Família”	8	2	5	4,25	1,165
Registo no programa sobre colheita dados	8	2	5	4,13	1,126
Registo no programa sobre diagnósticos e intervenções	8	2	6	4,63	1,408
Total	8	2	6	4,72	0,99

Como referido anteriormente, outra vertente que se pretendia analisar, era a importância da documentação atribuída pelos enfermeiros aos registos. Deste modo, no que se refere à importância da avaliação da dimensão estrutural e funcional, esta última no que concerne ao papel de prestador de cuidados obteve-se em ambas uma média de 5,25 em que mínimo foi 2 e máximo 7. Na dimensão estrutural o desvio padrão foi de 1,67 e na funcional foi de 1,58, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Resultados sobre a percepção do grau de importância dos enfermeiros atribuída aos registos no programa

	n	XMín	XMáx	\bar{x}	σ
Documentação sobre avaliação estrutural	8	2	7	5,25	1,669
Documentação sobre o papel prestador de cuidados	8	2	7	5,25	1,581

Outra questão considerada pertinente analisar foi a motivação para realizar a documentação no programa “Saúde da Família”, em que se obteve uma média de 5,25 e $\sigma=1,39$ onde o mínimo foi de 2 e máximo 6, conforme tabela 3. Importante destacar que 5 enfermeiros, ou seja, 62,5% responderam estarem bastante motivados para realizar a documentação no programa, conforme tabela 4.

Tabela 3 - Resultados sobre a motivação dos enfermeiros para efetuar registos no programa “Saúde da Família”

	n	XMín	XMáx	\bar{x}	σ
Motivação para efetuar registos	8	2	6	5,25	1,389

Tabela 4 - Resultados sobre a motivação dos enfermeiros para efetuar registos no programa “Saúde da Família”

	Frequência	%
Pouquíssimo motivado (2)	1	12,5
Alguma motivação (5)	2	25,0
Bastante motivação (6)	5	62,5
Total	8	100,0

Considerou-se importante realizar algumas relações entre as diferentes variáveis, pelo que se constata que quem afirmou registrar (n=2) no programa “Saúde da Família” o contexto da formação em enfermagem de Família foi pós-graduação/mestrado/doutoramento.

Quem referiu ter formação em enfermagem de família, apresentou uma média superior (4,77) de percepção do grau de competências nas diferentes variáveis comparativamente a quem não tinha, em que o valor foi de 4,40 conforme tabela 5.

Tabela 5 – Cruzamento da variável formação em enfermagem de família e o total da percepção do grau de competências dos enfermeiros

		\bar{x}
Formação em enfermagem de família	sim	4,77
	não	4,40

Na terceira parte do questionário, foram elaboradas 20 afirmações verdadeiras e falsas, cuja solução se encontra no final deste documento. No quadro 3 são apresentadas, em percentagem, as respostas certas e as respostas erradas para cada afirmação

Na apreciação aos resultados obtidos com a terceira parte do questionário foram bastante positivos, com um valor de 86,3% de respostas certas. No entanto, entre os elementos da equipa, verificou-se que existiam dúvidas relacionadas com alguns temas, (assinalados a amarelo e vermelho) como o modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall, a influência da estrutura, função e processo familiar na saúde da família, a comunicação, o tipo de intervenções na família, o apgar familiar e a matriz do MDAIF.

Quadro 3- Resultados da terceira parte do questionário com a percentagem de afirmações certas e erradas

Afirmações	certa	errada
1.Os níveis de intervenção na Família podem ser quatro: Família como contexto, família como cliente, família como sistema e família como componente da sociedade	100,0%	0,0 %
2.O modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall apresenta cinco etapas	62,5%	37,5%
3.Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança na família.	100,0%	0,0 %
4.No trabalho com famílias, toda a comunicação não verbal não é significativa, não existindo algo como a não comunicação.	75,0%	25,0 %
5.A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez, influencia a saúde de cada um dos membros.	100,0%	0,0 %
6.O desempenho competente de papéis é um determinante no processo familiar	100,0%	0,0 %
7.O que mais distingue as famílias é a sua estrutura	62,5%	37,5%
8.No processo familiar não são importantes as estratégias de coping	100,0%	0,0 %
9.O processo familiar parece ter maior efeito sobre o estado de saúde da família, do que a estrutura e a função	37,5%	62,5%
10.Cada posição dentro da família comporta apenas um papel	100,0%	0,0 %
11.Uma causa de tensão num papel familiar pode ser a falta de conhecimento do papel, conflito do papel, falta de consenso de papel e saturação do papel	100,0%	0,0 %
12.A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção da capacitação da família para a resolução dos seus problemas, sendo o enfermeiro de família facilitador dessas soluções.	100,0%	0,0 %
13.As intervenções junto da família podem ser simples nomeadamente através da utilização de perguntas lineares e circulares	75,0%	25,0 %
14.O Apgar familiar é um instrumento que permite avaliar funcionamento familiar	87,5%	12,5%
15.O Ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade	100,0%	0,0 %
16.O Apgar familiar é um diagrama com representação esquemática e simbólica do relacionamento entre gerações	75,0%	25,0 %
17.O instrumento de avaliação familiar “Face” avalia a coesão e adaptabilidade da família	87,5%	12,5%
18.No ciclo vital da família ocorrem mudanças resultantes da sua evolução que não constituem momentos de stress.	100,0%	0,0 %
19.A matriz operativa do MDAIF é constituída por 4 dimensões de avaliação.	75,0%	25,0 %
20.No MDAIF os focos: Papel Prestador de Cuidados e Processo Familiar fazem parte da dimensão funcional.	75,0%	25,0 %
Total	86,3%	13,7%

Legenda:

% respostas erradas significativas

pior % respostas certas

A análise global aos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros da USF GV, permitiu uma visão abrangente sobre as perceções e competências avaliadas, identificando padrões consistentes e áreas de melhoria nos diferentes domínios investigados.

Deste modo, destacou-se a necessidade de abordar a avaliação da família, o ciclo de vida familiar de Duvall e o MDAIF, uma vez que o referencial teórico funciona como um guia

orientador para a prática em enfermagem de saúde familiar, funcionando como fator positivo na obtenção de competências para a avaliação familiar (Oliveira et al., 2018).

Além disso, constatou-se uma necessidade de aprofundar conhecimentos ao nível da influência do processo familiar na saúde da família, pois foi neste domínio que se verificou um menor número de respostas certas. O processo familiar, que abrange as interações, a comunicação e o suporte emocional entre os membros da família, costuma ter um impacto mais direto e significativo sobre o estado de saúde da família do que a estrutura (a composição da família) e a função (os papéis desempenhados por cada membro). É por meio do processo familiar que os vínculos e a resiliência são fortalecidos, conferindo a unicidade à família.

Também foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito dos registos informáticos, pelo fato de que os enfermeiros atribuíram a si mesmos uma nota entre dois e cinco na autoperceção de sua competência para documentar no programa “Saúde da Família”. Destacaram-se algumas dimensões do MDAIF, como a dimensão estrutural e funcional, esta na área de atenção do papel de prestador de cuidados.

A partir destes resultados, foi elaborado um plano de sessão (ver final do trabalho), um documento com descrição da data, hora, duração total da ação de formação e do público-alvo. Nas etapas da ação de formação (introdução, desenvolvimento e conclusão) foram definidos os objetivos, o conteúdo formativo, as atividades, os recursos necessários e a duração de cada fase.

O objetivo geral definido foi: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às famílias, promovendo uma abordagem integrada e eficaz na documentação e intervenção em enfermagem de saúde familiar.

Como objetivos específicos delineou-se: capacitar a equipa de enfermagem da USF Grão Vasco para realizar registos de enfermagem de saúde familiar no programa SClínico, na área de “Saúde da Família” assegurando a qualidade, precisão e conformidade com o MDAIF; promover uma cultura organizacional de formação e prática; promover a organização dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde da família; contribuir para uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção.

Deste modo, foi concretizada a formação na USF Grão Vasco a 3 de janeiro 2025 pelas 12h, com a presença de 8 enfermeiros da unidade funcional e da professora Odete Amaral (apresentação – QR Code no final do trabalho).

A avaliação de conhecimentos ao final da formação constituiu uma etapa essencial para avaliar o impacto do processo formativo e consolidar as aprendizagens realizadas. Para este

fim, foi utilizado a III parte do questionário que já havia sido aplicado na fase de diagnóstico de situação, permitindo uma análise comparativa e objetiva entre os conhecimentos iniciais e os adquiridos ao longo da formação. Este instrumento de avaliação, baseado em questões estruturadas e abrangentes, proporcionou uma visão clara sobre o progresso dos participantes espelhando as áreas de maior ou menor consolidação dos conteúdos envolvidos.

Complementarmente, foi incorporado um recurso inovador e interativo: um jogo didático com escolhas múltiplas baseadas em casos clínicos. Esta abordagem lúdica e prática revelou-se eficaz na mobilização de conhecimentos teóricos e na simulação de contextos reais de decisão clínica. A utilização de casos clínicos, apresentados em formato de escolha múltipla, permitiu aos participantes exercícios de análise crítica, resolução de problemas e aplicação do conhecimento em situações próximas da prática profissional.

A combinação destas duas estratégias de avaliação, o questionário e o jogo didático proporcionaram uma abordagem diversificada e inclusiva, assegurando a avaliação de competências cognitivas, reflexivas e práticas. Para além de avaliar a aprendizagem, este modelo incentiva o envolvimento ativo dos participantes, promovendo um ambiente de aprendizagem dinâmico e colaborativo, com foco na aplicação prática dos conteúdos adquiridos ao longo da formação.

Na apreciação aos resultados obtidos, com a repetição da aplicação da terceira parte do questionário, constatou-se uma melhoria na percentagem total (93,6%), verificando-se em oito afirmações um aumento de percentagem de respostas certas e apenas em duas se confirmou uma diminuição. Destaca-se que a afirmação nº 9, tinha apresentado o pior resultado no questionário inicial, verificando-se uma melhoria muito significativa (conforme quadro 4).

Quadro 4- Resultados da repetição da terceira parte do questionário com a percentagem de afirmações certas e erradas

Afirmações	certa	errada
1.Os níveis de intervenção na Família podem ser quatro: Família como contexto, família	100,0%	0,0 %
2.O modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall apresenta cinco etapas	85,7%	14,3%
3.Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança	85,7%	14,3%
4.No trabalho com famílias, toda a comunicação não verbal não é significativa, não	71,4%	28,6 %
5.A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez,	100,0%	0,0 %
6.O desempenho competente de papéis é um determinante no processo familiar	100,0%	0,0 %
7.O que mais distingue as famílias é a sua estrutura	100,0%	0,0 %
8.No processo familiar não são importantes as estratégias de coping	85,7%	14,3%
9.O processo familiar parece ter maior efeito sobre o estado de saúde da família, do que	85,7%	14,3%
10.Cada posição dentro da família comporta apenas um papel	100,0%	0,0 %
11.Uma causa de tensão num papel familiar pode ser a falta de conhecimento do papel,	100,0%	0,0 %
12.A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção da capacitação da	100,0%	0,0 %
13.As intervenções junto da família podem ser simples nomeadamente através da	85,7%	14,3%
14.O Apgar familiar é um instrumento que permite avaliar funcionamento familiar	100,0%	0,0 %
15.O Ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade	100,0%	0,0 %
16.O Apgar familiar é um diagrama com representação esquemática e simbólica do	100,0%	0,0 %
17.O instrumento de avaliação familiar “Face” avalia a coesão e adaptabilidade da	85,7%	14,3%
18.No ciclo vital da família ocorrem mudanças resultantes da sua evolução que não	100,0%	0,0 %
19.A matriz operativa do MDAIF é constituída por 4 dimensões de avaliação.	100,0%	0,0 %
20.No MDAIF os focos: Papel Prestador de Cuidados e Processo Familiar fazem parte	100,0%	0,0 %
Total	93,6%	6,4%

Legenda: ■ melhoria % respostas certas
■ agravamento % respostas certas

Após a realização da sessão de formação, foi realizada a avaliação da perceção sobre a mesma com a aplicação de um questionário aos enfermeiros com o objetivo de avaliar os conteúdos programáticos e métodos, a capacidade e competência do formador, a organização da ação de formação e uma avaliação global da mesma numa escala de *Likert*, com valor de 1 “nada” a 5 “muito”. Deste modo, a análise dos dados recolhidos por este instrumento permitiu uma avaliação sistemática e objetiva dos diferentes aspetos da formação, oferecendo insights importantes para a melhoria contínua. Os resultados estatísticos foram analisados com base nas médias de respostas atribuídas pelos participantes em cada parâmetro, conforme demonstrado no quadro 5. Na área dos conteúdos e métodos, as respostas evidenciaram valores elevados (\bar{x} de 4,64) em que o interesse /utilidade dos conteúdos obteve a média superior com 4,88.

Relativamente à área do formador, a média também foi elevada (4,78), destacando-se parâmetros como o relacionamento com os(as) formando(as) e a pontualidade/cumprimento do horário, com média de 4,88.

No que diz respeito à organização, os dados refletiram que foi a área com menor média (4,25), onde as condições físicas tiveram a pior média (4,00) de todos os parâmetros analisados.

Em relação à área avaliação global da ação de formação, destaca-se que foi a área com maior média (4,79), onde se destacou o parâmetro as matérias abordadas adequadas ao nível de conhecimento, com média de 4,88.

Por fim, verifica-se uma média total alta de 4,64 na avaliação da ação de formação, evidenciando este resultado, não apenas a elevada qualidade da ação formativa, mas também o seu alinhamento com as expectativas e necessidades dos participantes, reforçando o seu contributo significativo para a capacitação profissional e para a promoção de uma prática mais eficiente e eficaz.

Quadro 5- Resultados da avaliação da Ação de formação

Área/Parâmetros	\bar{x}	σ
A-CONTEÚDOS E MÉTODOS	4,64	0,32
Conteúdos da ação de formação	4,75	0,46
Estrutura dos conteúdos	4,75	0,46
Interesse/ utilidade dos conteúdos	4,88	0,35
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	4,63	0,52
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática	4,50	0,54
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	4,38	0,52
B-FORMADOR	4,78	0,36
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação	4,75	0,46
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões	4,63	0,52
Relacionamento com os(as) formandos(as)	4,88	0,35
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	4,75	0,46
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões	4,88	0,35
C-ORGANIZAÇÃO	4,25	0,39
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	4,25	0,71
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc...)	4,00	0,93
Carga horária da sessão	4,50	0,54
D-AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	4,79	0,35
Concretização dos objetivos propostos	4,75	0,46
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	4,75	0,46
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento	4,88	0,35
TOTAL	4,64	0,32

Legenda: ■ melhores médias
■ menores médias

O desenvolvimento do processo formativo em serviço contribuiu para o desenvolvimento de competências pessoais na área de especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, mais especificamente na documentação e intervenção em enfermagem de saúde familiar.

A promoção de formação em serviço contribuiu para expandir as competências através da criação e sustentação de uma visão partilhada com os enfermeiros sobre ESF e sobre a documentação da avaliação da família, respeitando e contribuindo para a cultura organizacional, ou seja, manter a missão de ser uma unidade motivadora e promotora da evolução técnico-científica dos elementos da equipa.

Questionário



Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de Boas Práticas

Diagnóstico da situação para a formação profissional

O presente questionário tem como finalidade conhecer as necessidades formativas individuais da equipa de enfermagem nos registos informáticos no programa de “saúde da Família” com o intuito de planear a formação em serviço que será realizada pelo Enfermeiro Jorge Leitão no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Parte I

Selecione, por favor, com uma X em SIM ou NÃO para cada pergunta e responda às perguntas abertas com base nas suas respostas anteriores.]

	SIM	NÃO
1. Já conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu NÃO à pergunta anterior, tem interesse em conhecer o MDAIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, em que contexto?		
<input type="checkbox"/> Curso de Enfermagem		
<input type="checkbox"/> Formação em serviço		
<input type="checkbox"/> Auto-formação		
<input type="checkbox"/> Congressos/Jornadas/Workshops/Cursos		
<input type="checkbox"/> Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento		
3. Tem conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” no Sclínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costuma documentar no programa “Saúde da Família” no Sclínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu NÃO, quais os motivos que o levam a não o fazer:		
<input type="checkbox"/> As formações que participei não foram esclarecedoras		
<input type="checkbox"/> Ausência de formação sobre o tema		
<input type="checkbox"/> Não conhecer o programa de saúde “Saúde da Família”		
<input type="checkbox"/> Sobrecarga de tarefas		
<input type="checkbox"/> Não é obrigatório documentar no programa “Saúde da Família”		
<input type="checkbox"/> Não tenho formação em avaliação e intervenção familiar		
<input type="checkbox"/> Não identifico vantagens em documentar no programa “Saúde da Família”		
<input type="checkbox"/> Ausência de disponibilidade em consulta		
5. Que vantagens identifica na documentação no programa “Saúde da Família” no Sclínico?		
<input type="checkbox"/> Conhecer melhor a Família		
<input type="checkbox"/> Permite orientar para prática de enfermagem reflexiva		
<input type="checkbox"/> Transmissão de informação entre equipa multidisciplinar e entre outras organizações de saúde		
<input type="checkbox"/> Contribui para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem		
<input type="checkbox"/> Permite melhorar a tomada de decisão		
<input type="checkbox"/> Produção de indicadores que permitem a visibilidade dos cuidados de enfermagem		
<input type="checkbox"/> Fonte de pesquisa científica		
<input type="checkbox"/> Não identifico vantagens		
6. Sabe com extrair a sua lista de famílias por morada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte II

Selecione, por favor, com uma X na pontuação de 1 a 7 para responder às seguintes questões.

7. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência sendo que o 1 corresponde a “Nada competente” e o 7 a “Muito Competente”, como se pontua no sentido de abordar a família enquanto cliente?

1	2	3	4	5	6	7

8. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência sendo que o 1 corresponde a “Nada competente” e o 7 a “Muito Competente”, como considera ser a sua competência na avaliação e identificação de necessidades da Família?

1	2	3	4	5	6	7

9. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência sendo que o 1 corresponde a “Nada competente” e o 7 a “Muito Competente”, como considera ser a sua competência para a documentação no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

10. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência sendo que o 1 corresponde a “Nada competente” e o 7 a “Muito Competente”, como considera ser a sua competência no registo de informação no âmbito do programa “Saúde da Família” relativamente à colheita de dados?

1	2	3	4	5	6	7

11. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência sendo que o 1 corresponde a “Nada competente” e o 7 a “Muito Competente”, como considera ser a sua competência no registo de informação no âmbito do programa “Saúde da Família” relativamente a diagnósticos e intervenções, na escala de 1 a 7?

1	2	3	4	5	6	7

12. Na sua percepção sendo que o 1 corresponde a “Nada importante” e o 7 a “Muito Importante”, o quanto considera importante a documentação sobre a avaliação da dimensão estrutural da família no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

13. Na sua percepção sendo que o 1 corresponde a “Nada importante” e o 7 a “Muito Importante”, o quanto considera importante a documentação sobre a dimensão funcional no que concerne ao papel de prestador de cuidados no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

14. Na sua opinião, sendo que 1 corresponde a “Nada Motivado” e o 7 a “Muito Motivado”, o quanto classifica a sua motivação para realizar a documentação no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

Parte III

Selecione, por favor, com uma X em V (Verdadeiro) ou F (Falso) para cada afirmação.

	V	F
1. Os níveis de intervenção na Família podem ser quatro: Família como contexto, família como cliente, família como sistema e família como componente da sociedade		
2. O modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall apresenta cinco etapas		
3. Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança na família.		
4. No trabalho com famílias, toda a comunicação não verbal não é significativa, não existindo algo como a não comunicação.		
5. A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez, influencia a saúde de cada um dos membros.		
6. O desempenho competente de papéis é um determinante no processo familiar		
7. O que mais distingue as famílias é a sua estrutura		
8. No processo familiar não são importantes as estratégias de coping .		
9. O processo familiar parece ter maior efeito sobre o estado de saúde da família, do que a estrutura e a função		
10. Cada posição dentro da família comporta apenas um papel		
11. Uma causa de tensão num papel familiar pode ser a falta de conhecimento do papel, conflito do papel, falta de consenso de papel e saturação do papel		
12. A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção da capacitação da família para a resolução dos seus problemas, sendo o enfermeiro de família facilitador dessas soluções.		
13. As intervenções junto da família podem ser simples nomeadamente através da utilização de perguntas lineares e circulares		
14. O Apgar familiar é um instrumento que permite avaliar funcionamento familiar		
15. O Ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade		
16. O Apgar familiar é um diagrama com representação esquemática e simbólica do relacionamento entre gerações		
17. O instrumento de avaliação familiar "Face" avalia a coesão e adaptabilidade da família		
18. No ciclo vital da família ocorrem mudanças resultantes da sua evolução que não constituem momentos de stress.		
19. A matriz operativa do MDAIF é constituída por 4 dimensões de avaliação.		
20. No MDAIF os focos: Papel Prestador de Cuidados e Processo Familiar fazem parte da dimensão funcional.		

Muito Obrigado pela sua participação!

Solução da Parte III do questionário

Parte III



Selecione, por favor, com uma X em V (Verdadeiro) ou F (Falso) para cada afirmação.

	V	F
1. Os níveis de intervenção na Família podem ser quatro: Família como contexto, família como cliente, família como sistema e família como componente da sociedade	X	
2. O modelo do Ciclo de Vida Familiar de Duvall apresenta cinco etapas <u>Correção:</u> o modelo do Ciclo de Vida de Duvall apresenta 8 etapas		X
3. Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança na família. <u>Correção:</u> os cuidados de enfermagem à família centram-se na família enquanto cliente.		X
4. No trabalho com famílias, toda a comunicação não verbal não é significativa, não existindo algo como a não comunicação. <u>Correção:</u> toda a comunicação não verbal é significativa, existindo algo como a não comunicação.		X
5. A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez, influencia a saúde de cada um dos membros.	X	
6. O desempenho competente de papéis é um determinante no processo familiar	X	
7. O que mais distingue as famílias é a sua estrutura <u>Correção:</u> o que mais distingue as famílias é o seu processo familiar		X
8. No processo familiar não são importantes as estratégias de coping <u>Correção:</u> no processo familiar são importantes as estratégias de coping		X
9. O processo familiar parece ter maior efeito sobre o estado de saúde da família, do que a estrutura e a função	X	
10. Cada posição dentro da família comporta apenas um papel <u>Correção:</u> mesmo elemento da família pode assumir vários papéis		X
11. Uma causa de tensão num papel familiar pode ser a falta de conhecimento do papel, conflito do papel, falta de consenso de papel e saturação do papel	X	
12. A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção da capacitação da família para a resolução dos seus problemas, sendo o enfermeiro de família facilitador dessas soluções.	X	
13. As intervenções junto da família podem ser simples nomeadamente através da utilização de perguntas lineares e circulares	X	
14. O Apgar familiar é um instrumento que permite avaliar funcionamento familiar	X	
15. O Ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade	X	
16. O Apgar familiar é um diagrama com representação esquemática e simbólica do relacionamento entre gerações <u>Correção:</u> o genograma é um diagrama com representação esquemática e simbólica...		X
17. O instrumento de avaliação familiar "Face" avalia a coesão e adaptabilidade da família	X	
18. No ciclo vital da família ocorrem mudanças resultantes da sua evolução que não constituem momentos de stress. <u>Correção:</u> ocorrem mudanças que constituem momentos de stress		X
19. A matriz operativa do MDAIF é constituída por 4 dimensões de avaliação. <u>Correção:</u> A matriz operativa do MDAIF é constituída por 3 dimensões de avaliação.		X
20. No MDAIF os focos: Papel Prestador de Cuidados e Processo Familiar fazem parte da dimensão funcional.	X	

Muito Obrigado pela sua participação!

Plano de Sessão

Plano de Sessão

Tema: Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de Boas Práticas.

Data: 03/01/2025

Hora: 12:00 horas

Duração: 60 min

População alvo: equipa de enfermagem

Recursos: Computador, projetor multimédia e sala de reuniões.

Objetivo geral: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às famílias, promovendo uma abordagem integrada e eficaz na documentação e intervenção em enfermagem de saúde familiar.

Etapa	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégia		Método	Tempo
			Atividades	Recursos		
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadrar o tema e os objetivos da sessão - Divulgar os dados da análise do diagnóstico de situação 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador; - Enquadramento do tema e dos objetivos; - Divulgação do diagnóstico de situação 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral pelo formador 	<ul style="list-style-type: none"> Computador e Projetor multimédia 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio) 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a família enquanto unidade de cuidados; - Explicar as dimensões da matriz operativa do MDAIF; - Documentar a avaliação das famílias no programa Saúde da Família; - Aumentar a auto percepção da competência para a documentação no programa Saúde da Família sobre a avaliação da família; - Aumentar a percepção sobre a importância da documentação da avaliação da família no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados); - Conhecer o método de extrair a lista de famílias por enfermeiro de família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos centrais do (MDAIF) (Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família); - Matriz operativa do MDAIF; - Etapas do ciclo de vida familiar - Diagnósticos de enfermagem Saúde Familiar - Instrumentos de avaliação familiar (genograma, ecomapa, escala de APGAR, Escala de readaptação social, Escala de Graffar, Escala de faces II, Escala de Zarit, escala de Barthel, escala de Morse, escala de Braden). - Documentação da avaliação das famílias no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados) no programa Saúde da Família do Sclínico; - Extração da lista de família por morada do Sclínico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral pelo formador - Debate e análise de um estudo de caso 	<ul style="list-style-type: none"> Computador e projetor multimédia 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo - Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio) - Ativo 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sistematizar a sessão; - Avaliar a percepção dos participantes sobre a sessão de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos; - Aplicar questionário de avaliação pós-formação para medir a satisfação e a compreensão dos participantes; - Aplicação do mesmo questionário inicial para avaliação de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral pelo formador; - Esclarecer as Dúvidas; 	<ul style="list-style-type: none"> Computador e projetor multimédia 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Ativo 	15 min

Questionário de Avaliação da Ação de Formação



Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de

Boas Práticas

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Tema: Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação e Implementação de Boas Práticas no Programa Clínico

Data: 03/01/2025 | **Formador:** Jorge Ricardo Leitão

A sua opinião sobre esta ação que terminou é muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito” conforme a sua opinião.

A – CONTEÚDOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/ utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					

B - FORMADOR	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões					
Relacionamento com os/as formandos/as					
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas					
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões					

C- ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc...)					
Carga horária da sessão					

D- AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento					

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

Apresentação da Formação (QR CODE)



Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar
Unidade Curricular Estágio II - Estágio de natureza profissional em Enfermagem de
Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório Final
2023/2024

**Registos de Enfermagem em Saúde Familiar: Capacitação
e Implementação de Boas Práticas**

3 de janeiro de 2025

Jorge Leitão 21892

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Odete Amaral e pelo
Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária Renato Teixeira



Apêndice III- Envolvimento da Família Cuidados de Enfermagem: scoping review

ARTIGO DE REVISÃO

RIIS

Envolvimento da Família nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros – Scoping Review

Involvement of the Family in Nursing Care: Nurses' attitudes – scoping review

Participación de la Familia en los cuidados de enfermería: actitude de los enfermeiros - scoping review

Jorge Leitão*, Odete Amaral**

RESUMO

Enquadramento: As perceções e atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem são determinantes para a qualidade das intervenções, refletindo o reconhecimento da família como parceira ativa na promoção e proteção da saúde e no suporte ao bem-estar familiar. **Objetivo:** mapear a evidência científica sobre as perceções e atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e continuados sobre o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. **Metodologia:** Scoping review, seguindo a mnemónica P (participantes), C (conceito) e C (contexto) recomendada pelo Joanna Briggs Institute. Pesquisa nas bases de dados PubMed, CINAHL, Medline, B-on, Scielo e RCAAP. Incluíram-se estudos publicados em português, espanhol e inglês, com limite temporal 2018-2024, selecionados por 2 revisores independentes através do Rayyan. **Resultados:** identificados 449 artigos, após retirados os artigos duplicados e aplicados critérios de inclusão, o corpo do estudo ficou constituído por 11 artigos, que destacam as perceções positivas dos enfermeiros face às famílias, com evidência da dimensão família como parceiro dialogante e recurso de coping; refletindo a importância atribuída à integração das famílias nos cuidados de enfermagem. **Conclusão:** os enfermeiros têm atitudes positivas e de suporte face à família, existindo fatores influenciadores tais como sociodemográficas e profissionais.

Palavras-chave: enfermeiros; atitude; perceção; família

*Licenciado em Enfermagem, Pós-graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do MEd-DSV, Enfermeiro na USF Corroal de Sal, Portugal.

**Doutorado em Saúde Pública, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana, Portugal.
<https://orcid.org/0000-0001-3184-4874>

Autor de correspondência:

Como referenciar:

ABSTRACT

Background: Nurses' perceptions and attitudes regarding family involvement in nursing care are determinants of the quality of interventions, reflecting the recognition of the family as an active partner in promoting and protecting health and supporting family well-being. **Objective:** To map the scientific evidence on the perceptions and attitudes of primary and continuing care nurses regarding family involvement in nursing care. **Methodology:** Scoping review following the mnemonic P (Participants), C (Concept), and C (Context) recommended by the Joanna Briggs Institute. Searches were conducted in the PubMed, CINAHL, Medline, B-on, Scielo, and RCAAP databases. Studies published in Portuguese, Spanish, and English from 2018 to 2024 were included, selected by two independent reviewers using Rayyan. **Results:** A total of 449 articles were identified, after removing duplicates and applying inclusion criteria, the final sample consisted of 11 articles. These studies highlight nurses' positive perceptions of families, with evidence supporting the role of the family as a dialoguing partner and a coping resource, reinforcing the importance of integrating families into nursing care. **Conclusion:** Nurses demonstrate positive and supportive attitudes towards families, with influencing factors including sociodemographic and professional aspects.

Keywords: Nurses; attitude; perception; family

RESUMEN

Marco contextual: Las percepciones y actitudes de los enfermeros respecto a la implicación de la familia en los cuidados de enfermería son determinantes para la calidad de las intervenciones, reflejando el reconocimiento de la familia como un socio activo en la promoción y protección de la salud y en el apoyo al bienestar familiar. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica sobre las percepciones y actitudes de los enfermeros de atención primaria y continuada en relación con la implicación de la familia en los cuidados de enfermería. **Metodología:** Scoping review siguiendo la mnemotecnía P (Participantes), C (Concepto) y C (Contexto) recomendada por el Joanna Briggs Institute. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, CINAHL, Medline, B-on, Scielo y RCAAP. Se incluyeron estudios publicados en portugués, español e inglés, con un límite temporal de 2018 a 2024, seleccionados por dos revisores independientes a través de Rayyan. **Resultados:** Se identificaron 449 artículos; tras eliminar duplicados y aplicar criterios de inclusión, la muestra final quedó constituida por 11 artículos. Estos estudios destacan las percepciones positivas de los enfermeros hacia las familias, con evidencia del rol de la familia como un socio en el diálogo y un recurso de afrontamiento, subrayando la importancia de la integración de las familias en los cuidados de enfermería. **Conclusión:** Los enfermeros muestran actitudes positivas y de apoyo hacia la familia, existiendo factores influyentes como los aspectos sociodemográficos y profesionales. **Palabras clave:** Enfermeros; actitud; percepción; familia

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Apêndice IV- Pedido de autorização às autoras da Escala IFCE-AE

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao
Para: palmiraoliveira@esenf.pt
qui, 24/10/2024 17:59

Responder Responder a todos Reencaminhar

! Importância alta

Exma. Enfermeira Palmira Oliveira


Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão, Enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar - Carregal do Sal integrada na ULSVDL, encontrando-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu e a realizar Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, com trabalho de projeto subordinado ao tema "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados", sob orientação da Professora Doutora Odete Amaral, vem por este meio solicitar a V. Exma. autorização para integrar a Escala de Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) no meu questionário.


O objectivo geral do estudo é analisar a perceção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.


Ao dispor para esclarecimentos adicionais


Atenciosamente


Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal


REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE


UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES


aacb


USF

USF Carregal do Sal
Rua D. Rita - Albergaria - 3430-261 Carregal do Sal
Tel: 232668270

Apêndice V- Pedido de autorização à autora da Escala ESFamília

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao

Para: cristina-enf@sapo.pt

dom, 13/10/2024 22:07

! Importância alta

Boa noite


No âmbito do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a iniciar uma investigação intitulada " A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados", com o objetivo geral: analisar a perceção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidado nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar no meu estudo a *Escala de Educação para a Saúde Familiar – Perceção dos Enfermeiros (ESfamília)* por si construída e validada. Esta integrará um questionário estruturado em três partes, sendo esta escala a 3ª parte.

Para informações adicionais envio meu contacto telefónico: 918455562

Atenciosamente


Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal




USF Carregal do Sal
Rua D. Rita - Albergaria - 3430-261 Carregal do Sal
Tel: 232968270

Apêndice VI- Pedido de autorização à Diretora Clínica dos CSP da ULS VDL


portância alta




Projeto.investiga.jorge.pdf
452 KB



Questionario.jorge.pdf
522 KB



Consentimento Informado.jo...
570 KB



declaração.direct.Clinica.pdf
230 KB

4 anexos (2 MB) ↳ Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE ↓ Transferir tudo

Exma. Senhora Diretora Clínica para a área dos Cuidados de Saúde Primários
Dra. Rita Figueiredo

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV. O objetivo geral é analisar a perceção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar nas Unidades Funcionais da ULSVDL, que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de auto-preenchimento aos enfermeiros. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento, bem como uma declaração, em que solicito a sua autorização para a execução do estudo de investigação mencionado, para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da ULSVDL.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (JRLeitao@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal



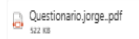

Apêndice VII - Pedido de autorização aos Coordenadores das UF da ULS VDL

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao

Para: USF Grao Vasco; USF Cidade Jardim; USF Viriato; USF Carregal do Sal; USF Alvez Martins; USF Candido Figueiredo; USF Coração da Beira; USF Estrela Do Dao; USF Infante D Henrique; USF Lusitana; USF Rio Dao; **Mais 10** sáb, 19/10/2024 16:01

Cc: Maria Odete Amaral <mamaral@essv.ipv.pt>

Urgência alta

 452 KB
  570 KB
  522 KB
  243 KB

4 anexos (2 MB) [Guardar tudo no OneDrive](#) - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [Transferir tudo](#)

Ex.mo(a) Sr.(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da ULSVDL

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV e pelo Enfermeiro Renato Teixeira - Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária da USF Grao Vasco. O objetivo geral é analisar a perceção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.






Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar, na instituição que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento aos enfermeiros da unidade. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento, bem como uma declaração, em que solicito a sua autorização para a execução do estudo de investigação mencionado, para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da ULSVDL.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (JRLleitao@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal

 REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE
 SNS | SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES
 cacb
 USF
 USF Carregal do Sal
 Rua D. Rita - Albergaria - 3450-261 Carregal do Sal

Apêndice VIII - Pedido autorização Presidentes/Provedores Instituições com UCCI

Consent_Informado.Jorge.pdf 512 KB Projeto_Investigacao.jorge.pdf 453 KB Questionario.jorge.pdf 303 KB

3 anexos (2 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Ex.mo Sr. Presidente da Associação Solidariedade Social de Farminhão

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV e pelo Enfermeiro Renato Teixeira – Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária da USF Orão Vasco. O objetivo geral é analisar a percepção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar, na instituição que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento aos enfermeiros da UCCI. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (JRLeita@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Estudante do 1º CMEC-ESF da ESSV

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal

Ex.mo(a) Sra. Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Tábua
D.ª Sandra Mena

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV. O objetivo geral é analisar a percepção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar, na instituição que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento aos enfermeiros da UCCI. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (JRLeita@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Estudante do 1º CMEC-ESF da ESSV

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal

3 anexos (1 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Ex.ma Sra. Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Santar
Maria Infância Alves Pamplona Francisco

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV. O objetivo geral é analisar a percepção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar, na instituição que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento aos enfermeiros da UCCI. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (JRLeita@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Estudante do 1º CMEC-ESF da ESSV

Consentimento_Informado_je... 519 KB Projeto_investigacao.jorge.pdf 452 KB Questionario.jorge.pdf 302 KB

3 anexos (2 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Ex.mo Sr. Presidente da ACREDITA - IPSS Associação de Solidariedade Social de Travassós de Baixo

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados". O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV. O objetivo geral é analisar a percepção e atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família na prestação de cuidados nos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar, na instituição que V.Exa. representa, uma recolha de dados, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento aos enfermeiros da UCCI. A participação é voluntária, o consentimento informado será assegurado através de autorização por escrito em impresso próprio e será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Enviamos em anexo o projeto de investigação, o questionário e o Consentimento Informado, para leitura e conhecimento.

Mais informamos que enquanto investigador principal da investigação, encontro-me disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (918455562) ou email (jrleita@arscentro.min-saude.pt).

Gratos pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Estudante do 1º CMEC-ESF da ESSV

Jorge Leitão
Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico
USF Carregal do Sal

Apêndice IX - Submissão do projeto à Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL



4 anexos (3 MB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Exma. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ULSVDL

Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão, Enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar - Carregal do Sal integrada na ULSVDL, encontrando-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu e a realizar Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, com trabalho de projeto subordinado ao tema "A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados", sob orientação da Professora Doutora Odete Amaral, vem por este meio solicitar a V. Exma. autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados nas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (USF, UCSP e UCC) integradas na ULSVDL.

Em anexo envio mod:140 - Submissão de Projetos de Investigação; Projeto de Investigação; instrumento de colheita de dados e consentimento informado

Pede deferimento

Jorge Leitão

Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico

USF Carregal do Sal



USF Carregal do Sal

Rua D. Rita - Albergaria - 3430-261 Carregal do Sal
Tel: 232982270

Apêndice X – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Caro(a) Enfermeiro(a)

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver uma investigação intitulada “A Família no Processo de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados”. O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV, sendo o objetivo geral avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem e identificar boas práticas de educação para a saúde focadas na família, em contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados. Para isso precisamos da sua ajuda através da participação no presente estudo.

A sua participação é completamente voluntária e anónima, sendo garantido não só o anonimato como também a confidencialidade dos dados. Qualquer informação obtida durante este estudo será confidencial e obedece ao sigilo profissional. Todos os dados pessoais serão codificados de modo que os participantes não possam ser identificados e são armazenados de forma segura em computador com palavra-passe apenas conhecido do investigador principal. Os dados serão destruídos imediatamente após publicação. A publicação de resultados não conterá qualquer elemento que permita a identificação dos participantes no estudo.

Mais informo que, poderá desistir a qualquer momento se essa for a sua vontade, sem que daí advinha qualquer prejuízo ou penalização.

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo. Informe e sublinhei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos e serão destruídos imediatamente após a publicação. Fornecei o meu contacto para poder esclarecer qualquer dúvida adicional que surja.

Nome legível do investigador Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão

Contacto institucional do investigador responsável: 918455562; email (jrleitao@arscentro.min-saude.pt).

À Pessoa

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

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela pessoa que assina este documento. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas obtive resposta esclarecedora, tendo-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Foi-me ainda garantida a destruição dos dados imediatamente após a publicação dos mesmos.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária concordo fornecer, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

.../.../... (data) Assinatura

Apêndice XI – Questionário aplicado no estudo de investigação

QUESTIONÁRIO

Exm. Senhor(a) Enfermeiro (a)

No âmbito do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu e a realizar na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco da ULS Viseu Dão Lafões, encontrando-me a realizar uma investigação intitulada “**A Família no Processo de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados**”, com o objetivo geral: avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros sobre o envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem e identificar boas práticas de educação para a saúde focadas na família, em contextos de Cuidados de Saúde Primários e Continuados e com objetivos específicos: avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros que prestam cuidados em CSP (USF, UCSP, UCC) e UCCI no envolvimento da família no processo de cuidados de enfermagem; avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a importância da educação para a saúde focada na família nos contextos mencionados; identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes dos enfermeiros no envolvimento da família no processo de cuidados e na educação para a saúde familiar.

Pede-se a sua colaboração no preenchimento do questionário. Os dados recolhidos serão utilizados para fins estatísticos e identificação de necessidades práticas e de registo sobre a temática, contribuindo para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, designadamente Enfermagem de Saúde Familiar.

A confidencialidade e o anonimato dos dados serão assegurados.

Equipa Investigadora:
Jorge Leitão, 1º CMEC-ESF
jleitao@arscentro.min-saude.pt
Professora Doutora Odete Amaral, ESSV
mamaral@essv.ipv.pt

Parte I – Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Qual a sua idade? _____ (anos)
2. Género? *Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:*
 - 1 Feminino
 - 2 Masculino
 - 3 Prefiro não responder
3. Qual o seu estado civil? *Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:*
 - 1 Solteiro(a)
 - 2 União de fato/ Casado(a)
 - 3 Separado(a)/Divorciado(a)
 - 4 Viúvo(a)
4. Qual o seu nível de escolaridade? *Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:*
 - 1 Bacharelato
 - 2 Licenciatura
 - 3 Mestrado
 - 4 Doutoramento
5. Indique o seu título profissional. *Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:*
 - 1 Enfermeiro
 - 2 Enfermeiro Especialista
 - 3 Enfermeiro Gestor
6. Caso possua o título de especialista em enfermagem atribuído pela ordem dos enfermeiros, indique a sua área de especialização. *Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:*
 - 1 Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
 - 2 Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Familiar
 - 3 Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
 - 4 Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
 - 5 Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
 - 6 Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
 - 7 Enfermagem de Reabilitação
 - 8 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 - 9 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 - 10 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
 - 11 Outra. Qual? _____

7. Há quanto tempo exerce a profissão? _____ (anos)
8. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem? Selecione a opção que mais se adequa à sua situação:
- ₁ Unidade de saúde Familiar
 - ₂ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
 - ₃ Unidade de Cuidados na Comunidade
 - ₄ Unidade de Cuidados Continuados Integrados
9. Há quanto tempo exerce funções no atual serviço? _____ (anos)
10. Alguma vez frequentou alguma formação no âmbito da enfermagem de família?
- ₁ Sim ₂ Não

10.1 Se respondeu Sim à questão anterior, indique o contexto onde desenvolveu o processo formativo:

Selecione todas as que considerar à sua situação:

- ₁ Curso de Enfermagem
- ₂ Autoformação em casa
- ₃ Aprendeu com um colega mais experiente
- ₄ Formação em serviço
- ₅ Congressos/Jornadas/Workshops/Cursos
- ₆ Pós- graduação
- ₇ Mestrado
- ₈ Doutoramento
- ₉ Outro. Qual? _____

11. Onde é que adquiriu formação sobre educação para a saúde focada na família? *Selecione todas as que considerar à sua situação:*

- ₁ Curso de Enfermagem
- ₂ Autoformação em casa
- ₃ Aprendeu com um colega mais experiente
- ₄ Formação em serviço
- ₅ Congressos/Jornadas/Workshops/Cursos
- ₆ Pós- graduação
- ₇ Mestrado
- ₈ Doutoramento
- ₉ Outro. Qual? _____

12. Realiza educação para a saúde ao indivíduo/ família tendo como foco a família?

- ₁ Sim ₂ Não

12.1 Se, sim há quanto tempo? _____ (anos)

12.2 Em que contexto realiza educação para a saúde tendo como foco a família? *Selecione todas as que considerar à sua situação:*

- ₁ No domicílio
- ₂ Nas escolas
- ₃ No internamento
- ₄ No Centro de Saúde
- ₅ Nos Locais de Trabalho
- ₆ Redes sociais
- ₇ Telefonicamente
- ₈ Outro. Qual? _____

13. Considera que existem fatores que o(a) restringem na realização de educação para a saúde focada na família?

- ₁ Sim ₂ Não

13.1 Se respondeu afirmativo à questão anterior, *selecione todas as que considerar à sua situação:*

- 1 Falta de espaço adequado
2 Ações protocoladas não adequadas ao indivíduo/ família
3 Carga horária desadequada
4 Carga de trabalho
5 Outro. Qual? _____

Parte II – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2009).

Não há respostas certas ou erradas. Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com um X a sua opinião numa das colunas. Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Considere que: 1- Discordo completamente/ 2- Discordo/ 3- Concordo/ 4- Concordo completamente

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

Parte III – Escala de Educação para a Saúde Familiar – Percepção dos Enfermeiros (ESFamília)
(Pereira, 2019)

Assinale com um X a importância que atribui a cada uma das seguintes situações relativamente à percepção que tem da sua atuação na promoção de educação para a saúde focada na família.

Considere que: 1- Nada importante/ 2- Pouco importante/ 3- Importante/ 4- Muito importante/ 5 – Extremamente importante

✚ Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Fatores/Categorias	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extrema importante
	1	2	3	4	5
Perceber cada família como unidade de cuidados distinta					
Realizar educação para a saúde ao indivíduo e ou família estando recetivo ao contexto social, geográfico, político e cultural					
Compreender o indivíduo e a família na sua singularidade					
Promover a mudança de comportamentos de risco dos indivíduos, família e da comunidade, promovendo a realização de atividades de educação para a saúde focadas na família					
Estimular a mudança de comportamentos voluntária, considerando o contexto de vida de cada pessoa/ família					
Conscencializar o indivíduo/ família, tendo presente a sua história de vida					
Estimular e possibilitar que o indivíduo/ família tenham um olhar crítico-reflexivo sobre a realidade que vivenciam					
Realizar educação para a saúde que não se limite ao ato de transmissão de informações relacionadas com a saúde					
Facilitar o suporte familiar, centrado nas necessidades de educação sentidas pela família					
Possibilitar uma visão crítica, uma maior participação e autonomia na promoção da saúde familiar, através da realização de educação para a saúde que integre os conhecimentos científico, popular e senso comum					
Procurar coletivamente soluções para o problema/necessidade individual e familiar					
Desenvolver ações de promoção de educação para a saúde focadas na família					
Desenvolver ações de educação para a saúde focadas na família em todos os contextos em que desenvolve a prática de enfermagem, maximizando a proximidade com as famílias e os seus elementos					
Promover espaços de consciencialização crítica e apropriação da pessoa e família como atores sociais					
Privilegiar os cuidados de saúde às famílias, tendo como objetivo capacitar o sistema familiar para a autonomia					
Assumir a responsabilidade de realizar atividades de educação para saúde focadas na família aos utentes e às famílias a quem presta cuidados					
Realizar educação para a saúde tendo como foco a família e cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital					
Valorizar a família e os seus elementos, a sua história, a sua capacidade de criação perante as necessidades/ problemas vivenciados					
Privilegiar os cuidados de saúde às famílias com o objetivo capacitar o sistema familiar para a autonomia					
Entender o enfermeiro como o profissional mais capacitado e preparado para realizar educação para a saúde à pessoa/família					

Muito Obrigado pela sua participação!

Anexos

Anexo I – Autorização da coordenadora USF GV divulgação de dados da UF


pedido autorização dados caracterização da USF Grão Vasco

Boa tarde,

Reencaminho a resposta do Dr. Diogo Ramos, relativamente ao assunto supracitado.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Margarida Correia
Médica de Família
Coordenadora da USF Grão Vasco
USF Grão Vasco



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.
USF Grão Vasco
Av. Madre Rita de Jesus
3500 179 Viseu
TEL. +351 233467398
usf.gv@arsceto.min-saude.pt
<http://www.dtu.min-saude.pt/>

De: Presidente CCS Dão Lafões - Viseu <pcacs.dl@arsceto.min-saude.pt>
Enviado: 28 de novembro de 2024 11:14
Para: Ana Margarida Esteves Correia Outeiro <AMOuteiro@arsceto.min-saude.pt>
Cc: Isabel Maria De Jesus Pires Da Ribeira Silva <IMSilva3@ulsvdl.min-saude.pt>; Estelvina Maria Dos Santos Pina Marques Alves <EMAlves@ulsvdl.min-saude.pt>; Sara Raquel Pereira Dias <SRDias2@ulsvdl.min-saude.pt>; CA - Diretor Clínico - Cuidados de Saúde Primários - ULSVDL <dcclinico.csp@ulsvdl.min-saude.pt>; Ana Margarida Vaz Rodrigues Amaral Pinto <AMPinto5@ulsvdl.min-saude.pt>; Secretariado ACeS Dão Lafões - Viseu <secretariado.dl@arsceto.min-saude.pt>
Assunto: RE: pedido autorização dados caracterização da USF Grão Vasco

Exma. Senhora Coordenadora da USF Grão Vasco
Dra. Ana Margarida Outeiro

Segundo a informação prestada, o acesso aos dados pretendidos não implica consulta de processos clínicos individuais. Mais, os documentos e plataformas a que se referem são de consulta pública e já cumprem critérios de anonimização que salvaguardam os direitos dos cidadãos.

Assim, não encontramos qualquer impedimento de acesso aos dados que se referem. Ainda assim, entendemos que deve existir um procedimento interno da UF, que garanta o compromisso do profissional para o fim específico a que se destina e o âmbito do uso dos mesmos, nesta ou em outras situações semelhantes.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Anexo II - Autorização das autoras da Escala IFCE-AE

Re: pedido autorização para utilizar escala IFCE-AE

De palmiraoliveira@esenf.pt <palmiraoliveira@esenf.pt>

Data qui, 24/10/2024 18:11

Para Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <JRLeitao@arscentro.min-saude.pt>

Bom dia, Sr.º Enfº Jorge Leitão

O grupo de investigação autoriza a utilização da versão portuguesa por nós traduzida e validada, exclusivamente para fins da sua investigação no âmbito do seu Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Contudo, aconselhamos que seja simultaneamente pedida autorização aos autores originais do instrumento IFCE - AE, embora deva tomar essa decisão com os seu orientadores!

Votos de muito sucesso!

Com os melhores cumprimentos

Profª Palmira Oliveira

Anexo III - Autorização da autora da Escala ESfamília

Re: pedido autorização usar ESfamília

De Alda Pereira <crisina-enf@sapo.pt>

Data qui, 17/10/2024 14:39

Para Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <JRLeitao@arscentro.min-saude.pt>

Boa tarde Sr. Enfermeiro Jorge

Sim pode utilizar a Escala de Educação para a Saúde Familiar - Perceção dos Enfermeiros (ESfamília).

O tema da sua investigação pareceu-me interessante pelo que quando terminar gostaria de ter conhecimento das conclusões a que chegou se for possível.

Com os melhores cumprimentos,

Alda Cristina da Silva Pereira


Anexo IV- Autorização da Diretora Clínica para a área dos CSP da ULS VDL**FW: autorização realização de investigação**

De CA - Diretor Clínico - Cuidados de Saúde Primários - ULSVDL <dclinico.csp@ulsvdl.min-saude.pt>

Data seg, 21/10/2024 15:18

Para Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <JRLeitao@arscentro.min-saude.pt>

Cc Secretariado ACeS Dão Lafões - Viseu <secretariado.dl@arscentro.min-saude.pt>

 4 anexos (2 MB)

Projeto.investiga.jorge.pdf; Questionario.jorge..pdf; Consentimento Informado.jorge.pdf; declaração.direct.Clinica.pdf;

Ex.mo Sr. Enf. Jorge Leitão

A proposta de estudo apresentada tem a nossa concordância, pelo que poderá submetê-la à Comissão de Ética da ULS (etica@ulsvdl.min-saude.pt).

Com os melhores cumprimentos,

Rita Figueiredo

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar

Diretora Clínica para a Área dos Cuidados de Saúde Primários

Anexo V – Autorização dos Coordenadores das UF da ULS VDL

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Carregal do Sal da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Carregal do Sal, de 20 de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Abrantes da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Carregal do Sal, de 20 de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Viseu da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Viseu, de 16 de Novembro de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

US Viseu Dão-Lafões, E.P.E.
USC Viseu
Unidade de Cuidados de Saúde Primários e Continuados

FW: pedido autorização realização estudo investigação

De: Maria Fernandes Matos Abranches <MFAbranches@centro.min-saude.pt>

Data qui 24/10/2024 17:52

Para: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <RLeitao@centro.min-saude.pt>

4 anexo(s) (2 MB)

Projecto:investigação.pdf; Consentimento informado jorge.pdf; Questionário jorge.pdf; declaração coordenador.pdf

Exmo. Sr. Enfermeiro Jorge Leitão

Tendo em conta a população e o carácter voluntário da participação nada temos a opor. Com os Melhores Cumprimentos,

Maria Abranches
Enfermeira Chefe / Coordenadora do USC de Viseu
Centro de Saúde de Viseu / Unidade de Cuidados na Comunidade de Viseu
963075322

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Cova da Beira da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Viseu, de 18 de Outubro de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Coimbra de Saúde da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Coimbra de Saúde, de 7 de Novembro de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Cova da Beira da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

Viseu, de 15 de Outubro de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da USVDL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1º CMCC-ESP de ISSV, Enfermeiro na USF Carregal do Sal.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Elo de ligação/Responsável pela recolha de dados na USVDL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Continuados.

Prestando realizar a investigação em epígrafe na USVDL E.P.E., solicito a V/Exa, na qualidade de investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 19 de Outubro, de 2024

O Investigador: Jorge Ricardo Leitão
(assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional USF Cova da Beira da USVDL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da USVDL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização da investigação em apreço.

USF Cova da Beira, de 04 de Novembro de 2024

O/A Coordenador(a) da Unidade Funcional: [Assinatura]
(assinatura)

US Viseu Dão-Lafões, E.P.E.

RE: autorização para aplicação de questionário aos enfermeiros da UF

De: Carla Moreira Neves Moreira <CAMoreira@centro.min-saude.pt>

Data qua 06/11/2024 14:05

Para: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <RLeitao@centro.min-saude.pt>

Exmo Sr. Enf. Jorge Leitão

Enfermeiro/elemento do Conselho Técnico

USF Carregal do Sal

Em resposta ao email de V. Exa informo que está autorizada a aplicação do questionário aos enfermeiros da USF Louñana.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Moreira
Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar
Coordenadora USF Louñana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.
Av. do Duque
3054-028 (3100) Portugal
Tel: +351 292 432 500

RE: autorização para aplicação de questionário aos enfermeiros da UF


De: [USF Viutao <usf.viutao@snscentro.min-saude.pt>](mailto:usf.viutao@snscentro.min-saude.pt)
 Data: ter, 05/11/2024 10:21
 Para: [Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <RLeitao@snscentro.min-saude.pt>](mailto:RLeitao@snscentro.min-saude.pt)

Exmo. Sr. Ent. Jorge Leitão

Cordiais saudações.

Venho por este meio informar que a equipa de enfermagem da USF Viutao está disponível para colaborar na investigação, com parecer favorável do nosso Conselho Técnico.

Com os melhores cumprimentos,
Vitor Martins
 Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar
 Coordenador de USF Viutao | Certificação de Qualidade de Hinc. Orlas



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.
 UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR VIEUTAO
 Travessa do Centro de Saúde, 3
 3500-179 VISEU, PORTUGAL
 Tel.: (+351) 231 482 744 | Fax: (+351) 231 482 709

RE: pedido autorização realização estudo investigação

De: [Ana Paula Lopes Pinheiro <AnaPaulaLopesPinheiro@apf.pinheiro@snscentro.min-saude.pt>](mailto:AnaPaulaLopesPinheiro@apf.pinheiro@snscentro.min-saude.pt)
 Data: dom, 20/10/2024 15:49
 Para: [Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leitao <RLeitao@snscentro.min-saude.pt>](mailto:RLeitao@snscentro.min-saude.pt)

Exmo Sr. Enfermeiro Jorge Leitão,

Tem a minha autorização para aplicar os inquéritos aos enfermeiros da USF Viseu-Cidade. Com os melhores cumprimentos,

Ana Paula Pinheiro, Dr.ª
 Assistente Graduada de MGF
 Coordenadora USF Viseu-Cidade
 Diretora de Internato da URS VDL
 USF Viseu-Cidade



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a) Coordenador(a) da Unidade Funcional da ULSDVL E.P.E.

Nome do Investigador Principal: Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A. Leitão - Licenciado em Enfermagem, Pós-Graduado em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudante do 1.º CMGEC-ESF de ESSV, Enfermeiro na USF Central do Sul.

Orientador(a): Professora Doutora Odete Amaral, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Obj. de estudo/Responsáveis pela recolha de dados na ULSDVL: Enfermeiro Jorge Leitão, Professora Odete Amaral

Título da Investigação/Estudo/Publicação: A Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Comunitários.

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe na ULSDVL E.P.E., sob o(a) V/BU, na qualidade de investigador, e emissão de declaração abaixo indicada:

Com os melhores cumprimentos,
 Viseu, 05 de Novembro, de 2024

O investigador
Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A. Leitão
 (assinatura)

Na qualidade de Coordenador(a) da Unidade Funcional ULSDVL S. Pedro do Sul da ULSDVL, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, bem como a publicação/divulgação dos resultados, por se tratar de um estudo com interesse científico para a mesma.

Para ser presente à Comissão de Ética para a Saúde da ULSDVL E.P.E., declaro que a Unidade Funcional possui todos os meios técnicos, de recursos humanos e condições logísticas, que permitem a realização de investigação em apreço.


S. Pedro do Sul, 30 de Novembro de 2024

O(A) Coordenador(a) da Unidade Funcional
Assinatura: LIS CARLOS RODRIGUES FONSECA
 Nome de Impressão: LIS CARLOS RODRIGUES FONSECA
 Número de Impressão: 1422346
 Data: 2024/11/05 15:04:09

Anexo VI - Autorização dos Presidentes/Provedores das Instituições com UCCI

FW: projeto de investigação- pedido de autorização aplicação questionários

De Duarte Coelho - ASSF <duartecoelho@assf.pt>
Data qui, 24/10/2024 14:00
Para Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leita0 <JRLeitao@arscentro.min-saude.pt>

 3 anexos (2 MB)
 Consenti_Informado.Jorge.pdf; Projeto.investiga.jorge.pdf; Questionario.jorge.pdf;


Boa tarde, Enfermeiro Jorge

Informo, relativamente ao pedido efetuado, que a Direção da Associação de Solidariedade Social de Farminhão – ASSF, à qual pertence a UCCI de Farminhão, autoriza ali, a recolha dos dados solicitados e necessários para o projeto aqui referido.

Atenciosamente
 Duarte Coelho
 Presidente da Direção

FW: projeto de investigação- pedido de autorização aplicação questionários

De Helena SCM Tábua <helena@scmtabua.pt>
Data qua, 23/10/2024 16:13
Para Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leita0 <JRLeitao@arscentro.min-saude.pt>
Cc geral@scmtabua.pt <geral@scmtabua.pt>; 'Marina Cardoso UCC' <marina.cardoso@scmtabua.pt>; 'Filipa Ribeiro' <coordenacao.enfermagem@scmtabua.pt>

 3 anexos (2 MB)
 Consenti_Informado.Jorge.pdf; Projeto.investiga.jorge.pdf; Questionario.jorge.pdf;

Ex.mo Senhor Enf. Jorge Leitão,

Em resposta ao mail infra, encarrega me a Sra Provedora de informar que autoriza os Srs. Enfermeiros da UCCI desta Misericórdia, a participar no projeto de investigação que V.Ex.^a está a desenvolver.

Com os melhores cumprimentos.

A Assistente Administrativa,
Helena Silva

Com os melhores cumprimentos.

A Assistente Administrativa,
Helena Silva

ENC: pedido autorização aplicação questionários aos Enfermeiros da UCCI

 SKM_C22...17500.pdf

P Provedora | Santa Casa da Misericórdia de Santar <provedora@scmsantar.pt>
 Para: Cristina Niza <cristinaniza@hotmail.com>; Jorge Ricardo Fernandes Cardoso A Leita0
 sex, 03/01/2025 17:44

 SKM_C22725010317500.pdf
 107 KB

Boa tarde Sr. Enfermeiro Jorge Leitão,
 Sou a enviar o documento assinado.

Com os melhores cumprimentos
 Infância Pamplona

Com os melhores cumprimentos.

A Provedora
 Maria Infância Pamplona


 "Apoiar e Servir"
 Santa Casa da Misericórdia de Santar

Anexo VII – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS VDL

	
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
DELIBERAÇÃO	
N/ Referência	10/29/11/2024
Designação	Pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito do estudo/projeto subordinado ao tema: "A Família na prestação de cuidados de enfermagem: perceção dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e continuados.
Investigador principal	Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão, mestrando em enfermagem comunitária.
Data do documento	21 Outubro 2024
Data de Entrada na CES	28 Novembro 2024
Data de Deliberação CES	29 Novembro 2024

Analisado, o pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito do estudo/projeto subordinado ao tema: "A Família na prestação de cuidados de enfermagem: perceção dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e continuados, cujo investigador principal é o enfermeiro Jorge Ricardo Fernandes Cardoso Alves Leitão, mestrando em enfermagem comunitária, esta CES deliberou, que o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

Elementos da CES da UL SVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 29/11/2024

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa
Vogal: Dra. Celeste Nascimento



Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

Autorizado.

 Assinado de forma digital por JOÃO ANTÓNIO
 DIAS GABRIEL
 ULSVDL - Enfermeiro Diretor
 em 12-12-2024 16:08

Av. Rei D. Duarte – 3504 509 VISEU Tel.: 232 420 500 - extensão: 11317 Fax: 232 420 591 Correio eletrónico: gisca@hsp.viseu.mh.gov.pt